



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE SANIDAD, POLÍTICA SOCIAL
E IGUALDAD

INFORME DEL GOBIERNO PARA LA EVALUACIÓN DE LA LEY DE PROMOCIÓN DE LA AUTONOMIA PERSONAL Y ATENCION A LAS PERSONAS EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA.

**MINISTERIO DE SANIDAD, POLÍTICA
SOCIAL E IGUALDAD**

4 DE NOVIEMBRE 2011.



**GOBIERNO
DE ESPAÑA**

**MINISTERIO
DE SANIDAD, POLÍTICA SOCIAL
E IGUALDAD**

EQUIPO DE TRABAJO

Directora

Purificación Causapié Lopesino
Directora general del Imserso.

Coordinación Técnica

Antonio Balbontín López-Cerón
Subdirector General de Planificación, Ordenación y
Evaluación del Imserso.

Colaboradores Externos

Gregorio Rodríguez Cabrero
Universidad de Alcalá

Vicente Marbán Gallego
Universidad de Alcalá

Antoni Vilá Mancebo
Universitat de Girona

Julia Montserrat Codorniú
Universitat Ramon Llull

Simón Sosvilla Rivero
Universidad Complutense

Enrique Morán Aláez
Eustat-Universidad de Alcalá

Equipo Técnico Imserso.

Raquel Presa García-López

Javier Ballesteros Navarro

Ángel Calle Montero

Clara Gutiérrez Gamero

María José Javaloyes López

Pablo Martínez García

Pilar Cámara de la Torre

Pedro Calderín Fernández

Isabel Pérez Hernández

María José Trenado González

Virginia Velázquez Marcos

**Apoyo documental,
logístico y administrativo
Imserso.**

María Ángeles García Matallana



INDICE

	Pág.
RESUMEN EJECUTIVO.....	10

PARTE PRIMERA

CAPÍTULO I. ANÁLISIS NORMATIVO	67
INTRODUCCIÓN	68
1. Antecedentes.....	69
2. La LAPAD	71
2.1. Modelo	71
2.2. Contenido	72
3. Otras Leyes que inciden en la regulación de la autonomía y la protección de la dependencia	83
3.1. Ámbito Estatal	84
3.2. Ámbito Autonómico	89
4. Despliegue de la LAPAD	115
4.1. Ámbito Estatal	116
4.2. Ámbito Autonómico	140
5. Consideraciones finales.....	156
5.1. Conclusiones.....	156
 CAPÍTULO II. COSTES Y FINANCIACION	 164
1. Dimensión global del gasto en la prevención, promoción y atención a la dependencia.....	165
2. El SAAD	168
3. Estimación del gasto corriente en las Comunidades Autónomas derivado de la implantación del SAAD	170
3.1. Gasto corriente autonómico absoluto en el ámbito del SAAD	170
3.2. Gasto corriente autonómico nuevo y gasto consolidado en el ámbito del SAAD	180



4.	Gasto en la Seguridad Social de personas cuidadoras no profesionales	184
5.	Financiación del SAAD. Distribución entre Administraciones y Personas beneficiarias	185
5.1.	Aportación financiera Administración General del Estado.....	186
5.2.	Aportación financiera de las personas beneficiarias.....	192
5.3.	Aportación financiera de las Comunidades Autónomas.....	195
5.4.	Financiación al gasto nuevo corriente total en atención a la Dependencia	196
6.	Conclusiones.....	199
CAPÍTULO III. IMPACTO ECONÓMICO DEL SAAD		201
Introducción.....		202
1.	El gasto total de la LAPAD	204
2.	Metodología.....	206
3.	Resultados de las simulaciones.....	218
3.1.	Efectos sobre el mercado de trabajo.....	219
3.2.	Efectos sobre las finanzas públicas	228
3.3.	Efectos sobre la inflación.....	239
3.4.	Efectos sobre la producción y el crecimiento económico.....	241
4.	Consideraciones finales.....	245
CAPÍTULO IV. ANÁLISIS COMPARADO EUROPEO.....		249
Introducción.....		250
1.	Antecedentes. El Libro Blanco de la Dependencia	251
2.	El modelo social europeo de atención a la dependencia: Naturaleza y cambios recientes.....	255
2.1.	Rasgos generales del modelo social europeo de atención a la Dependencia	255
2.2.	Cambios recientes en el modelo de atención a la dependencia: Una síntesis	262
3.	Modelos nacionales de atención a la dependencia	263
3.1.	Países del Modelo Nórdico.....	264
3.2.	El Modelo Anglosajón	267
3.3.	El Modelo Continental.....	268



3.4. El Régimen Mediterráneo	275
4. Conclusiones.....	277
CAPÍTULO V. SISTEMA DE INFORMACION	281
Introducción.....	282
1. El acceso al Sistema	283
2. Valoración de la dependencia y emisión del dictamen	290
3. El inicio de la prestación del servicio	295
4. Las personas beneficiarias	301
5. Las prestaciones y los servicios	310
CAPÍTULO VI. MEMORIA DE ACTIVIDADES DE LA ADMINISTRACIÓN GENERAL DEL ESTADO EN EL ÁMBITO DEL SAAD	314
Introducción.....	315
1. Órganos del SAAD. Consejo Territorial del SAAD, Comité Consultivo del SAAD y otros órganos consultivo.	318
1.1. Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia	322
1.2. Comité Consultivo del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia	331
1.3. Consejo Estatal de Personas Mayores.....	332
1.4. Consejo Nacional de la Discapacidad	334
1.5. Consejo Estatal de Organizaciones no Gubernamentales de Acción Social.....	335
2. Normativa estatal de desarrollo de la Ley 39/2006, de 14 de Diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia.....	336
2.1. Normas con rango de Ley	337
2.2. Reales Decretos.....	339
2.3. Ordenes Ministeriales	343
2.4. Resoluciones administrativas.....	344
2.5. Desarrollo de la Ley 39/2006 en Ceuta y Melilla	348
3. Actuaciones relacionadas con la valoración de la situación de la situación de dependencia	350
4. Financiación del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia por la Administración General del Estado	354



5.	Actuaciones en materia de calidad del SAAD, profesionalización del SAAD, y formación de los cuidadores no profesionales	357
6.	Sistema informático del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SISAAD).....	362
6.1.	Evolución histórica	363
6.2.	El Sistema de Información	373
6.3.	Evaluación del desarrollo realizado.....	389
7.	Estadística del SAAD.....	393
7.1.	Prestaciones reconocidas	410

PARTE SEGUNDA

CAPÍTULO VII. ANÁLISIS EVALUACIÓN COMUNIDADES AUTÓNOMAS	432
Introducción.....	433
1. Valoración general de la implantación del SAAD	442
1.1. Las fortalezas del SAAD	443
1.2. Las debilidades del SAAD	445
1.3. El SAAD contribuye a la creación de empleo	447
2. Valoración de la demanda social del SAAD	447
2.1. Correspondencia entre solicitudes y demandas esperada	447
2.2. Tipo de profesionales y principales administraciones implicadas en el itinerario de gestión de la valoración.....	448
2.3. Principales problemas en la gestión del proceso de valoración	450
2.4. Prácticas de mejora y controles de calidad del Sistema de Valoración.....	453
3. El Programa Individual de Atención (PIA) y las prestaciones sociales.....	454
3.1. El Plan Individualizado de Atención: Equipo profesional y Conocimiento de recursos disponibles.....	454
3.2. Adecuación de los recursos sociales a las necesidades surgidas de las valoraciones	455
3.3. Las prestaciones sociales	456
3.4. La gestión de la calidad y buenas prácticas en la gestión de los servicios	458
3.5. Las personas cuidadoras no profesionales: Formación, información y Seguimiento en el entorno familiar.....	459
4. La gobernanza del SAAD y el Sistema de Información	460
4.1. Una visión general de la gobernanza del SAAD en las Comunidades Autónomas.....	461
4.2. Coordinación entre Comunidades Autónomas y Corporaciones	



Locales.....	462
4.3. Los Órganos Consultivos en las Comunidades Autónomas	463
4.4. Quejas y reclamaciones de los ciudadanos	464
4.5. Encuestas de satisfacción del ciudadano	465
4.6. Sistemas de Información y Evaluación	465
5. Propuestas de mejora del SAAD.....	466
5.1. Recomendaciones.....	467
CAPITULO VIII. INFORME SOBRE CONSULTA REALIZADA A LOS AGENTES SOCIALES Y ECONÓMICOS, CONSEJOS CONSULTIVOS, ORGANIZACIONES PROFESIONALES Y PROVEEDORES DE SERVICIOS.	472
Introducción.....	473
1. Valoración del SAAD por los Agentes Sociales y Económicos	482
1.1. Valoración general del desarrollo del SAAD	482
1.2. Valoración del Sistema de acceso, prestaciones, gobernanza y financiación	483
1.3. Propuestas de perfeccionamiento del SAAD	490
2. Valoración del SAAD por los Consejos Consultivos del SAAD	497
2.1. Valoración general del desarrollo del SAAD	497
3. Valoración del Sistema de Acceso, prestaciones, gobernanza y Financiación.....	499
4. Propuestas de perfeccionamiento del SAAD	506
4.1. Propuestas de carácter general.....	506
4.2. Propuestas para mejorar la gobernanza del SAAD	508
4.3. Propuestas para mejorar la participación en el Comité Consultivo.....	508
4.4. Otras propuestas de mejora	509
5. Valoración del SAAD por los proveedores de servicios sociales	513
5.1. Valoración general del desarrollo del SAAD	513
5.2. Valoración del Sistema de Acceso, prestaciones, gobernanza y financiación	515
5.3. Propuestas de perfeccionamiento del SAAD	520
6. Valoración del SAAD por los Colegios y Organizaciones Profesionales	525
6.1. Valoración general del desarrollo del SAAD	525
6.2. Valoración del Sistema de acceso, prestaciones, gobernanza y financiación	526
6.3. Propuestas de perfeccionamiento del SAAD	533



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE SANIDAD, POLÍTICA SOCIAL
E IGUALDAD

CAPÍTULO IX. INFORME SOBRE CONSULTA REALIZADA A LA FEMP	544
Introducción.....	545
1. Valoración general del SAAD	546
2. Acceso y prestaciones sociales de dependencia en las Corporaciones Locales.....	547
3. Valoración del coste del SAAD en las Corporaciones Locales	549
4. El impacto del SAAD en la rama de los Servicios Sociales	550
5. Propuestas de mejora.	551
CAPÍTULO X. ANÁLISIS DE LA ENCUESTA A PERSONAS BENEFICIARIAS Y PERSONAS CUIDADORAS.	553
Introducción al análisis	554
1. La opinión global de personas beneficiarias y personas cuidadoras con la LAPAD.....	555
2. La opinión de las personas beneficiarias	558
3. La opinión de las personas cuidadoras	567
4. Nota metodológica	574
CONCLUSIONES FINALES Y LÍNEAS DE ACTUACIÓN	578
Anexos.....	589



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE SANIDAD, POLÍTICA SOCIAL
E IGUALDAD

RESUMEN EJECUTIVO



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE SANIDAD, POLÍTICA SOCIAL
E IGUALDAD

RESUMEN EJECUTIVO DEL INFORME DEL GOBIERNO PARA LA EVALUACIÓN DE LA LEY 39/2006, DE 14 DE DICIEMBRE, DE PROMOCIÓN DE LA AUTONOMÍA PERSONAL Y ATENCIÓN A LAS PERSONAS EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA. (2007-2010)

ÍNDICE

- 1. ANÁLISIS NORMATIVO**
- 2. COSTES Y FINANCIACIÓN**
- 3. EL IMPACTO ECONÓMICO DEL SAAD**
- 4. ANÁLISIS COMPARADO EUROPEO**
- 5. EL SISTEMA DE INFORMACIÓN.**
- 6. MEMORIA DE ACTIVIDADES DE LA ADMINISTRACIÓN GENERAL
DEL ESTADO EN EL ÁMBITO DEL SAAD**
- 7. ANÁLISIS EVALUACIÓN COMUNIDADES AUTÓNOMAS**
- 8. INFORME SOBRE CONSULTA REALIZADA A LOS AGENTES
SOCIALES Y ECONÓMICOS, CONSEJOS CONSULTIVOS,
ORGANIZACIONES PROFESIONALES Y PROVEEDORES DE
SERVICIOS**
- 9. INFORME SOBRE CONSULTA REALIZADA A LA FEDERACIÓN
ESPAÑOLA DE MUNICIPIOS Y PROVINCIAS (FEMP)**
- 10. ANÁLISIS DE LA ENCUESTA A PERSONAS BENEFICIARIAS Y
PERSONAS CUIDADORAS .**



En el presente Resumen ejecutivo se presentan los objetivos, metodología y resultados del proceso de análisis del Sistema de promoción de la Autonomía y Atención a las personas en situación de dependencia (SAAD).

Dicho análisis se ha llevado a cabo como aportación de la Administración General del Estado a la evaluación de los resultados de aplicación de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia (LAPAD), que ha de llevar a cabo el Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, de conformidad con lo previsto en el apartado 4 de la disposición final primera de dicha norma.

Este proceso ha consistido en once objetivos de análisis mediante los cuales se han abordado los principales desarrollos e impactos de la LAPAD entre el 1 de enero de 2007 y finales de 2010.

Se ha realizado tanto el análisis de procesos como el de impactos, si bien ambos se entremezclan. Entre los objetivos de análisis de procesos están el análisis normativo, el marco internacional, la consulta a las Comunidades Autónomas, Consejos Consultivos y la Federación Española de Municipios y Provincias, la estructura y análisis del gasto y financiación del SAAD, el desarrollo del Sistema de Información del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SISAAD) y la gestión por la Administración General del Estado del SAAD. Entre los objetivos de análisis de resultados están los de tipo económico (impacto en la producción, empleo, fiscalidad y déficit público) y los de tipo social (la valoración que las personas beneficiarias del SAAD hacen de las prestaciones que reciben y, en general, del desarrollo de esta nueva política).

En este resumen destacamos los objetivos del análisis, la metodología adoptada y los principales resultados. En el epígrafe final se hace una propuesta de líneas de actuación que pueden contribuir al perfeccionamiento del SAAD.

1. ANÁLISIS NORMATIVO

El objetivo del Informe es contribuir a la evaluación de los resultados de la aplicación de la LAPAD, en este caso del proceso legislativo seguido.

En concreto, la evaluación ha consistido en una revisión en profundidad de la legislación existente, tanto estatal como autonómica, en cada uno de los pilares del SAAD: sistema competencial, acceso, prestaciones, financiación, información y sanciones.

Se analiza la normativa estatal y autonómica referente a la promoción de la autonomía personal y de protección de las situaciones de dependencia hasta finales del año 2010. Sin embargo, se incluyen asimismo algunas normas relevantes referentes al tema del ámbito de la discapacidad y la atención sanitaria.

Partiendo de la existencia de un modelo de atención a la dependencia complejo y singular, mediante el que se materializa el derecho subjetivo a servicios y prestaciones de servicios sociales bajo un sistema de cooperación entre Administraciones, gestión mixta y financiación de la AGE, las CCAA y los usuarios, el informe destaca los siguientes aspectos:

El modelo de promoción de la autonomía y atención a las situaciones de dependencia español es complejo y presenta algunas dificultades de aplicación. Sin embargo, en estos años se ha desarrollado normativamente y se ha progresado en la estructuración de los mecanismos jurídicos para su implantación.

- Legislación que incide en la regulación de la promoción de la autonomía y la protección a la dependencia

Normas estatales

Las leyes específicas relativas a la discapacidad (LISMI, LIONDAU) afectan y en algunos casos completan la protección que establece la LAPAD. También deben tenerse en cuenta los preceptos de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, ya que ha sido firmada y ratificada por España y forma parte del derecho interno.

De la normativa sanitaria, la Cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud, que se establece en cumplimiento de la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, no incluye explícitamente las prestaciones sociosanitarias que establecía la mencionada Ley.

Las medidas previstas en la legislación española relativas a la compatibilidad de la vida laboral con la familiar y social, a pesar de las mejoras de estos últimos años, resultan insuficiente para atender todas las necesidades de las personas en situación de dependencia y sus familias.

Normas autonómicas

Todos los Estatutos de Autonomía reformados contienen referencias a la autonomía y a las situaciones de dependencia, así como a los servicios sociales. La mayoría de ellos establecen y regulan los derechos de las personas en situación de dependencia y el derecho de acceso a los servicios sociales.

Estos nuevos Estatutos reafirman y concretan la competencia exclusivas de las Comunidades Autónomas en materia de servicios sociales.

El proceso normativo de incorporación de la materia autonomía-dependencia a la legislación autonómica en general es diverso y abierto, pero parece dirigirse,



a través de los acuerdos adoptados en el Consejo Territorial, hacia la convergencia en muchos de los aspectos básicos.

- La promoción de la autonomía y la protección a la dependencia en las Leyes de servicios sociales

Anteriores a la LAPAD

Estas leyes no trataban específicamente de la dependencia hasta el año 2003, a partir del cual algunas Comunidades Autónomas inician el camino hacia la incorporación de esta problemática de forma explícita a los servicios sociales.

A pesar de existir experiencias autonómicas de integración y coordinación sociosanitaria no se observa un modelo considerado satisfactorio para abordar la problemática de la promoción de la autonomía y atención a las situaciones de dependencia. Las diferencias entre ambos ámbitos - carácter asistencialista o universal, distinto nivel de derechos y de competencias, diferencias de recursos y de capacidad financiera- dificultan dicha colaboración. Por otra parte, se observan pocas normas autonómicas de carácter transversal que faciliten los enfoques globales de actuaciones conjuntas de los sectores de bienestar a favor de las personas en situación de dependencia y sus familiares.

Se apreciaba un sesgo importante en la normativa analizada hacia la atención a la dependencia en detrimento de la prevención de la dependencia y la promoción de la autonomía.

El impacto de la LAPAD en los servicios sociales autonómicos

La LAPAD afectó a la mayoría de elementos de los sistemas autonómicos de servicios sociales (legislativos, organizativos y financieros) en el ámbito de la promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia.



Leyes de servicios sociales posteriores a la LAPAD

Todas las nuevas leyes de servicios sociales incorporan los aspectos relacionados con la promoción de la autonomía y atención a las situaciones de dependencia y se observa una progresiva integración de conceptos, principios, servicios y prestaciones de la LAPAD a estas leyes, aunque lo hacen con distinta intensidad y persisten todavía algunas disfunciones (doble regulación de los derechos y deberes o la dualidad de regímenes de infracciones y sanciones) y carencias (coordinación operativa sociosanitaria).

Es importante remarcar que la LAPAD y las leyes de servicios sociales posteriores introducen cambios significativos en los sistemas de servicios sociales que afectan a los aspectos substantivos (principios, derecho subjetivo, derechos y deberes de los usuarios), instrumentales (carteras/catálogo de servicios; convenios), organizativos (sistema, red única, modelo interadministrativo cooperativo) y de financiación (compartida, con participación de los usuarios), generando con ello un nuevo paradigma, que tiene como ejes centrales el derecho subjetivo y los principios de autonomía (funcional y moral) y de universalidad.

— El despliegue normativo de la LAPAD

Modificaciones y desarrollo estatal de la LAPAD

Las recientes modificaciones de la LAPAD, adoptadas con motivo de las medidas extraordinarias, pretenden, por una parte, unificar y limitar razonablemente el plazo máximo de tramitación del procedimiento de reconocimiento de la situación de dependencia y del derecho a las prestaciones del SAAD y, correlativamente, modificar el régimen de retroactividad de las prestaciones, de modo que sólo se devengará, cuando la tramitación del procedimiento supere el plazo máximo de los seis meses.

La revisión de los baremos ha comportado su modificación y adaptación con el fin de mejorar dicho instrumento. La norma reguladora de los nuevos baremos también establece la equivalencia de las nuevas valoraciones con las realizadas para determinar la gran invalidez y la necesidad de concurso de otra persona de las prestaciones no contributivas de la Seguridad Social, si bien establece que en todo caso se aplicará el nuevo baremo, y se reconocerá lo que resulte más favorable a la persona beneficiaria. Por otra parte, a partir de la entrada en vigor del nuevo baremo, éste será el único instrumento aplicable para la valoración de las citadas situaciones de necesidad de concurso de otra persona.

Una de las prestaciones que ha resultado más controvertida en la práctica ha sido la establecida para recibir los cuidados en el entorno familiar, ya que, a pesar del carácter excepcional que le otorga la Ley, ha sido una de las más concedidas. Por este motivo había sido objeto de estudio y debate por parte del CT y en la normativa de 2011 se han ajustado y concretado los requisitos de acceso para dar cumplimiento a la Ley.

Deben destacarse, por otra parte, los avances realizados a partir de los acuerdos del CT sobre los criterios comunes para la acreditación y para garantizar la calidad de los centros y servicios del SAAD. También se ha progresado en la configuración y regulación del Sistema de información normalizado y unificado del SAAD (SISAAD) como instrumento básico para la gestión, la planificación, la evaluación y la toma de decisiones.

En el año 2011 se han hecho efectivos los derechos de las personas en situación de dependencia moderada (Grado I), por ello, se han concretado los servicios y prestaciones económicas que les corresponden y su intensidad. Es necesario destacar de esta norma el carácter prioritario que otorga a la prevención para evitar la agravación de la dependencia.

La regulación del seguro de dependencia y la hipoteca inversa se llevó a cabo a través de la Ley 41/2007, de 7 de diciembre. Recientemente la Ley 27/2011, introduce determinadas previsiones relativas a los seguros colectivos de dependencia: en el ámbito tributario mediante la modificación de la normativa del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas, y en ámbito de la protección de los compromisos por pensiones con los trabajadores, mediante la modificación de las normas sobre Planes y Fondos de Pensiones.

El régimen de incompatibilidades entre los servicios y entre éstos y las prestaciones económicas, fue objeto de amplios debates en el seno del CT y finalmente se alcanzó un acuerdo de mínimos que recoge la normativa y que dejó un margen a las CCAA para el ejercicio de sus competencias. Otra cuestión muy debatida fue la regulación de la participación de las personas beneficiarias en la financiación de las prestaciones, que, como señala el propio preámbulo del acuerdo del CT adoptado al efecto, se trata igualmente de un acuerdo de mínimos, que puede ser mejorado por las CCAA.

En los términos establecidos en la LAPAD, el Estado y las CCAA financian dicha ley, con la contribución de los usuarios, cuyas aportaciones se regulan, atendiendo, además de los criterios de la LAPAD, a los citados criterios acordados en el CT y la correspondiente normativa autonómica. Por lo que se refiere al nivel acordado, en este apartado merece una mención el nuevo acuerdo alcanzado sobre el Marco de cooperación interadministrativo para establecer los criterios de reparto de los créditos de la AGE correspondientes al nivel acordado por el periodo 2010-2013. Por otra parte, debe recordarse que las aportaciones de la AGE para la celebración de los convenios con las CCAA finalizan el 31 de diciembre de 2015.

Se constata un despliegue completo de la normativa estatal de desarrollo de la LAPAD y, por otra parte, se aprecia un avance considerable en los acuerdos adoptados en la CT, como se observa en su reflejo normativo.



Desarrollo autonómico

Las normas autonómicas analizadas ponen de relieve que el proceso de reglamentación de la LAPAD es desigual y que depende en buena medida del ritmo de desarrollo legislativo autonómico.

Por otra parte, en términos generales, la legislación autonómica en el ámbito que tratamos de los servicios sociales presenta diferencias, como ocurre en los sistemas descentralizados como el español, que no regulan las materias de forma uniforme sino que, dentro de sus competencias, pueden adaptar sus políticas a sus realidades. Se aprecian diferencias en la regulación de la intensidad protectora, el régimen de compatibilidades, la capacidad económica y la aportación usuarios. Esta situación ha abierto un debate sobre el alcance de estas diferencias, que se centra en la determinación del contenido mínimo común que garantice la igualdad. Hasta ahora, dicho contenido mínimo de derechos, se ha fijado en el marco establecido en la LAPAD y los acuerdos del Consejo Territorial, respetando el reparto competencial establecido.

Las CCAA han concretado los procedimientos y han regulado la configuración de los órganos evaluadores, así como sus componentes y características.

Parecen oportunas las medidas transitorias dictadas por algunas CCAA para ajustar los servicios y prestaciones a la LAPAD y las de los servicios sociales autonómicos, con el fin de evitar perjuicios a las personas beneficiarias o usuarias. También parecen oportunas las medidas adoptadas por algunas CCAA para facilitar la aplicación de la LAPAD, mediante subvenciones para facilitar la adaptación de los centros y servicios a los nuevos requerimientos de acreditación y calidad, así como la mejora de las ayudas para facilitar la autonomía personal.

Para la ejecución de las nuevas competencias en materia de autonomía-dependencia algunas CCAA adaptaron su organización y crearon nuevos



órganos o adecuaron los existentes y otras optaron por la creación de órganos y entes específicos de diversa naturaleza y funciones (coordinación, seguimiento, gestión, participación).

La normativa autonómica de servicios sociales atribuye competencias/responsabilidades a los gobiernos locales, especialmente relativas al nivel primario (prevención, información, orientación, seguimiento, elaboración de los programas individuales, etc.) y a los servicios de proximidad (atención domiciliaria, teleasistencia, centros de día, etc.), que son claves para la eficaz aplicación de la LAPAD.

2. COSTES Y FINANCIACIÓN

El informe de evaluación ha estimado el gasto y la financiación destinada a la prevención, promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia de acuerdo con los objetivos establecidos en la Ley 39/2006 de Promoción de la Autonomía Personal y atención a la dependencia (LAPAD). Ello incluye la gestión del gasto de las prestaciones de las personas beneficiarias de la Ley en las CCAA más las ciudades de Ceuta y Melilla. Se incluye, también, el gasto de las cuotas de la Seguridad Social de los cuidadores no profesionales asumido por la Administración General del Estado y el gasto corriente del Plan E (Fondo especial del Estado para la dinamización de la economía y del empleo) del 2009. Asimismo, se tiene en cuenta la participación de los usuarios en la financiación del SAAD (art. 33). No se considera el nivel adicional que las CCAA puedan realizar mejorando el importe de las prestaciones previstas en la LAPAD o añadiendo otras no incluidas en el catálogo de prestaciones.

La parte más importante del gasto se concentra en la gestión y financiación de las prestaciones de la LAPAD y, por ello, el análisis se centra sobre todo en este punto.

El análisis del gasto y financiación se realiza desde la doble perspectiva de financiación del gasto consolidado y financiación del gasto nuevo (a partir de 2007), pues la existencia de un sistema de financiación específico para la implantación del SAAD solo se explica por la necesidad de financiar los “gastos nuevos” generados a partir de dicha implantación, quedando fuera los “gastos consolidados”, puesto que los mismos ya cuentan con un sistema de financiación preexistente.

Pero además, con el objetivo de analizar el cumplimiento del objetivo de la Ley en cuanto a la colaboración paritaria entre las Comunidades Autónomas y la Administración General del Estado del gasto nuevo, se analiza el gasto nuevo neto, esto es, el gasto nuevo financiado por las Administraciones Públicas, una vez deducido el copago de las personas usuarias.

Los años de análisis son 2009 y 2010, ya que son años de progresiva consolidación del SAAD.

Las limitaciones de la información proporcionada por las Comunidades Autónomas a través de los cuestionarios enviados han exigido el realizar un análisis basado tanto en la información del gasto de la Administración General del Estado como en la estimación del gasto de las Comunidades Autónomas a partir de fuentes secundarias que proporcionan información sobre promedio de prestaciones, precios de los servicios, prestaciones económicas, estimación del copago y del coste de gestión del sistema.

En base a estos indicadores, cuyo detalle se encuentra en el informe ampliado, se ha estimado el gasto total, el gasto consolidado o histórico realizado por las CCAA en función de las plazas existentes en 2005 y el gasto nuevo generado como consecuencia del desarrollo de la LAPAD.

La LAPAD está cumpliendo con el objetivo de impulsar el gasto en protección social para las personas en situación de dependencia. El indicador del gasto/PIB

se ha doblado desde el año 2003 pasando del 0,32% al 0,64%, en el 2010; asimismo se percibe un crecimiento importante entre el 2009 y el 2010 de casi dos décimas pasando del 0,44% al 0,64% del PIB.

El incremento del gasto se debe, principalmente, al aumento del número de plazas/servicios y a las prestaciones económicas de la LAPAD. Se han creado 109 mil plazas en el periodo 2005/2010 y se concedieron un promedio de prestaciones económicas de 382.650, en el 2010.

El indicador gasto/ habitante/ año subraya este incremento, el cual pasa del 75 euros por habitante, en el 2009, a 113 euros por habitante en el 2010. Este incremento es aún mayor si sólo tomamos en consideración el gasto en dependencia destinado a mayores de 80 años, en este caso el indicador gasto por habitante mayor de 80 años se situaba en los 866€/año en el año 2009 incrementándose hasta alcanzar los 1.434 €/ año en el 2010 (un 65.64 % de incremento).

Acorde con el incremento de plazas/servicios creadas en el periodo 2005/2009, se estima el volumen de gasto "nuevo", el cual alcanza la cifra de 2.262,84M€ (sin incluir 140 millones de gasto corriente en el marco del Plan E) y de 3.623,92M€, en 2009 y 2010, respectivamente. EL peso del gasto nuevo crece a lo largo de los años en relación al gasto consolidado (gasto previo a la LAPAD). El volumen del gasto nuevo respecto al gasto total muestra dicho crecimiento pasando del 55%, en el 2009 al 61%, en el 2010. Viceversa, el gasto consolidado pasa del 45%, en el 2009 al 39% en el 2010, respectivamente.

La participación de los usuarios en la financiación del coste total de la dependencia muestra retornos pequeños, del orden del 10%. Se debe a la actual forma de provisión de las prestaciones de las Comunidades Autónomas; a mayor porcentaje de prestaciones económicas, menor es el porcentaje de

recuperación del coste total. Ello es consecuencia de la gran diferencia en la contribución de los usuarios según sean servicios (15% de media) o según sean prestaciones económicas (5% de media). Dichos porcentajes pueden crecer ligeramente según la estructura de la provisión de las prestaciones, del modelo del copago de la Comunidad Autónoma y del nivel de renta de los usuarios, entre otras variables. Sin embargo, el grado de participación de los usuarios en el coste de la LAPAD es muy difícil que llegue a alcanzar el 33% previsto en la memoria económica de la Ley.

La visión global de la financiación entre los agentes que intervienen en el Sistema configurado por la LAPAD muestra que respecto del gasto consolidado, en el año 2009 la Administración General del Estado participó alrededor de un 48%, las Comunidades Autónomas con un 44% y los usuarios con un 8%. En el año 2010 la Administración General del Estado participa alrededor de un 39%; las Comunidades Autónomas con un 52% y, los usuarios con un 9%.

Por lo que se refiere al gasto nuevo neto, (una vez deducidos los copagos de los usuarios) en el que las contribuciones de los dos niveles de Administración deberían igualarse, las cifras en el 2010 muestran que mientras la Administración General del Estado aporta el 54% del total, las Comunidades Autónomas lo hacen con el 46%. No obstante, existen diferencias entre las Comunidades Autónomas, y cinco de ellas aportan un presupuesto adicional igual o superior al importe recibido de la AGE. Así, en el 2010 se habría casi alcanzado el equilibrio financiero marcado por la LAPAD aunque esta meta no se había logrado en el 2009. No obstante, debe puntualizarse que de computar la aportación de la AGE al Plan E, y las cuotas de seguridad social de las personas cuidadoras no profesionales, se vería incrementada la aportación de la AGE.

3. EL IMPACTO ECONÓMICO DEL SAAD

Este informe presenta los resultados de la evaluación de los efectos macroeconómicos del gasto público en atención a la dependencia contemplados en la LAPAD para los años 2009 y 2010 a partir de los datos de gasto de prestaciones del Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia y del Plan Español para el Estímulo de la Economía y el Empleo (Plan E). Se utiliza el modelo macroeconómico HERMIN-España, que intenta captar adecuadamente los distintos canales a través de los cuales se manifiestan tanto las prestaciones de servicios y económicas como las inversiones públicas realizadas para la atención a los dependientes beneficiarios estos años.

Para ello, parte de datos sobre importes desagregados por tipo de prestación y destino económico y, en base al citado modelo econométrico, se captan adecuadamente tanto los efectos de demanda registrados durante la materialización de la inversión y los derivados de las distintas transferencias y servicios contemplados en las medidas objeto de estudio, como los de oferta a largo plazo derivados del aumento del capital público y privado. Es decir, no sólo se consideran los impactos positivos sobre la demanda agregada que desencadenan un ajuste al alza de la actividad económica general por la vía del multiplicador convencional del gasto agregado, sino que también se tienen en cuenta, y esto es muy importante, el hecho de que, al materializarse las inversiones se incrementan las dotaciones de capital a disposición de las empresas, y se genera un impacto favorable de oferta del sector privado, cuyos principales efectos consisten en un aumento de la productividad del trabajo y del capital privado, que abarata la producción y estimula la renta y la actividad económica general. Este efecto de oferta se suma al efecto de demanda y, si bien tarda algo más en madurar, es más duradero que el primero.

Los resultados obtenidos sugieren las siguientes conclusiones:



- El gasto público en atención a la dependencia ha mantenido/generado durante los años 2009 y 2010 un total de 248 mil empleos, (112 mil en el 2009 y 136 mil en 2010). De estos 248 mil empleos, un total de 185 mil puestos de trabajo se han mantenido/generado en el ámbito de los servicios sociales y 63 mil empleos indirectos en el resto de sectores productivos.
- LA LAPAD, a través del gasto nuevo derivado de su entrada en vigor ha creado 165 mil empleos (72 mil en el 2009 y 93 mil en 2010). De estos 165 mil empleos, un total de 123 mil puestos de trabajo se han creado en el ámbito específico de la atención a personas en situación de dependencia y 42 mil empleos indirectos en el resto de sectores productivos.
- Los efectos totales (de demanda y los debidos a la externalidad de oferta) de las actuaciones públicas contempladas para la atención a la dependencia habrían contribuido a la reducción de la tasa de desempleo en el año 2009 en -0,22 puntos porcentuales, mientras que minoración se habría situado en -0,26 puntos porcentuales en el año 2010. Si tenemos en consideración únicamente el gasto nuevo derivado de la implantación de la LAPAD, sería responsable el gasto nuevo de un descenso de -0,15 puntos porcentuales en la tasa de desempleo en 2009 y de -0,16 puntos en 2010. Este descenso es el responsable de un ahorro muy importante en prestaciones de desempleo.
- Las actuaciones contempladas en el ámbito del SAAD habrían supuesto un incremento de la ratio de déficit público de 0,25 puntos porcentuales en el 2009 y de 0,30 puntos en el 2010. El gasto nuevo destinado en España a la atención a la dependencia derivada de la LAPAD sería el responsable un



incremento en la ratio déficit público de 0,16 puntos porcentuales en el 2009 y en el año 2010 habría implicado 0,18 puntos porcentuales de crecimiento del déficit.

- Durante 2009 y 2010 el gasto derivado de la atención a la dependencia es la responsable directa de unos ingresos públicos de 2.707 millones de euros, 1.222 millones en 2009 y 1.485 millones en 2010. Tomando específicamente sólo en consideración el gasto nuevo derivado de la LAPAD, se estima que durante los dos años objeto del estudio el gasto nuevo derivado de la entrada en vigor de la LAPAD es la responsable directa de unos ingresos públicos de 1.272 millones de euros (547 millones en el año 2009 y 553 millones en el año 2010)
- Se habría producido un incremento por impuestos directos (Impuestos corrientes sobre la renta, el patrimonio, etcétera) cifrado en 822 millones de euros (371 millones en el año 2009 y 451 millones en el 2010). Tomando sólo el gasto nuevo se estima en 334 millones (166 millones en 2009 y 168 millones en 2010).
- Por impuestos indirectos (Impuestos del tipo valor añadido, Impuestos y derechos sobre las importaciones y otros impuestos sobre la producción) se habrían incrementado en 744 millones de euros (336 millones en 2009 y 408 millones en 2010). Tomando sólo el gasto nuevo se cifra en 302 millones (150 millones en 2009 y 152 millones en 2010).
- Las cotizaciones sociales habrían crecido 1.141 millones de euros (515 millones en 2009 y 626 millones en 2010). Se estima tomando sólo el gasto nuevo un a cifra de 464 millones (231 millones en 2009 y 233 millones en 2010).



- Durante 2009 y 2010 el gasto derivado de la atención a la dependencia ha producido un incremento de la ratio deuda pública/PIB de 0,32 puntos en el año 2009 y de 0,51 puntos en 2010. Tomando en consideración sólo el gasto nuevo derivado de la implantación de la LAPAD el gasto nuevo sería el responsable de un incremento de sólo 0,21 puntos para el año 2009 y de 0,30 puntos para el año 2010.
- Un 19,70 por ciento de los gastos ocasionados en el ámbito del SAAD se habrían recuperado por medio de retornos fiscales de diversa naturaleza. Esta tasa de retorno (medida por ratio de deuda incremental sobre tamaño del shock) del gasto total de la LAPAD es apreciable (cerca de veinte céntimos por euro invertido).
- El efecto de las ayudas e inversiones en materia de dependencia en un incremento en los precios de la cesta representativa del consumo de los hogares españoles de 0,02 puntos porcentuales en 2009 y para el año 2010 estimamos que el aumento en precios habría sido de 0,03 puntos porcentuales. En lo referente al efecto sobre la tasa de inflación derivados del gasto nuevo en atención a la dependencia, en 2009 sería responsable de un incremento de 0,015 puntos el gasto nuevo y para el año 2010 el aumento estaría en 0,008 puntos porcentuales en la tasa inflación.
- Si el volumen de la producción real de la economía española registró durante el período 2008-2010 una tasa media de crecimiento anual (TCA) del -1,95 por ciento (escenario con SAAD), dicha tasa habría sido más pronunciada retrocediendo hasta el -2,10 por ciento sin los efectos totales (de demanda y de oferta) de la atención a la dependencia en el ámbito del SAAD. Este diferencial de 0,15 puntos porcentuales en constituiría el plus de crecimiento económico real que se habría derivado de los efectos

totales de la ejecución de las actuaciones públicas examinadas. En términos de aportación a la tasa de crecimiento real, de las quince centésimas que suponen el plus asociado al gasto total de la LAPAD, nueve se originarían con el gasto nuevo y seis se derivarían del gasto consolidado.

4. ANÁLISIS COMPARADO EUROPEO.

La atención a la dependencia es el último desarrollo en materia de política social en una parte creciente de los países miembros de la UE. Es la respuesta a un riesgo social en base a un derecho subjetivo. El proceso de envejecimiento de la población, las demandas de calidad de vida, los cambios en el seno de la familia tradicional y la incorporación de la mujer al mercado de trabajo, así como los procesos de reestructuración del Estado de Bienestar, han conducido al desarrollo en el espacio social europeo de sistemas de atención a la dependencia y de apoyo a la autonomía. Junto con las pensiones y la atención sanitaria constituye la triada de la estrategia europea de protección social junto a la inclusión social.

Los diferentes sistemas han ordenado sus programas sociales de tipo asistencial (para personas en situación de dependencia muy frágiles y sin recursos) o contributivo (gran invalidez debido a accidentes laborales) en un sólo sistema que supere la fragmentación institucional y la desigualdad de acceso mediante sistemas de regulación nacional del derecho social a la protección, organizando el gobierno multinivel para su gestión y asegurando la financiación de unas prestaciones básicas para todo ciudadano que son complementadas en el plano de los gobiernos regionales y locales.

Los sistemas de dependencia no sustituyen los cuidados informales realizados por los hogares, por el contrario, los refuerzan en cierto modo a la vez que ponen también las bases para un desarrollo social que facilite el reparto de la



carga de los cuidados en el seno de los hogares y entre hombres y mujeres, así como una socialización del riesgo.

Los nuevos sistemas de dependencia son mixtos, teniendo las siguientes notas comunes, compartidas plenamente por el SAAD español:

- El Estado regula el conjunto del sistema, garantiza unas prestaciones básicas, reequilibra las políticas regionales y locales y se responsabiliza de la regulación y financiación básica del sistema.
- Las regiones de la planificación del sistema, acreditación de servicios e inversión en equipamientos con ayuda estatal;
- Los ayuntamientos son la pieza clave o punto de entrada en el sistema de protección y en la organización de los servicios sociales comunitarios;
- El sector privado, mercantil y economía social, colabora con el Estado en la gestión de servicios sociales dentro de redes públicas en las que el sector público tiene un mayor o menor peso directo según los países.
- Las familias siguen siendo estructura central en el sistema de cuidados.
- La garantía de unas prestaciones básicas no cubre el coste de los cuidados, de ahí que el copago sea una de las fuentes de financiación, si bien es en conjunto la menor.
- La libertad de elección del usuario ha propiciado un desarrollo de las prestaciones monetarias en detrimento de los servicios. Este desarrollo es objeto de debate por parte de los sindicatos y determinadas organizaciones sociales en la medida en que refuerza el papel tradicional de la mujer cuidadora y no facilita la creación de empleo en el sector de los servicios sociales.



El sistema español para la autonomía y atención a la dependencia (SAAD) que se desarrolla en enero de 2007 a partir de la entrada en vigor de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, ha supuesto una reforma profunda de la atención a la dependencia en España. El caso español es un ejemplo de modelo en el que se combina la tradición institucional en la atención a la dependencia– la inclusión del SAAD en el sistema de servicios sociales autonómicos y locales – con nuevos enfoques de universalización y garantía de un mínimo nivel de protección en todo el territorio del Estado.

El SAAD ha permitido la transición de un modelo típicamente mediterráneo de cuidados de larga duración a un modelo propio que puede incluirse en buena medida en el modelo continental (modos de valoración y acceso), si bien comparte algunos de sus rasgos fundamentales (p.e. centrados en los servicios, igualdad de género, financiación con impuestos generales) con el modelo nórdico, manteniendo finalmente un papel importante de las familias en el sistema.

Por tanto, podemos decir que hoy el sistema español ha superado el modelo mediterráneo de cuidados para estar plenamente integrado en los modelos europeos más avanzados de protección a la dependencia. Se trata de un modelo complejo de atención a la dependencia que responde a la nueva generación de derechos sociales y a la estrategia europea de cuidados de larga duración, donde la cobertura del riesgo se comparte entre varios agentes institucionales y sociales, personas afectadas y cuidadores familiares; se garantiza una cobertura universal en base a prestaciones básicas topadas con un mínimo garantizado por el Estado para todo ciudadano en situación de dependencia; se planifica y gestiona de manera descentralizada; la provisión de servicios es mixta en un marco de creciente competencia entre los sectores mercantil y la economía social; canaliza las reivindicaciones y demandas

sociales mediante un amplio sistema de participación de los agentes sociales y económicos y las ONG en sistemas consultivos.

5. SISTEMA DE INFORMACIÓN

A partir de la información recogida en el Sistema para la Información del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SISAAD), se ha procedido a realizar un análisis socio-demográfico de los datos existentes.

La información analizada tiene su origen en los datos suministrados por las propias comunidades autónomas, que en definitiva se trata de las administraciones que poseen la competencia en materia de asuntos sociales, y por ende le corresponde a las mismas el desarrollo y gestión de la Ley de Dependencia en sus respectivos ámbitos territoriales. En relación a los datos manejados, debe resaltarse que la calidad de los mismos no resulta similar en todos los momentos desde la implantación de la Ley de Dependencia. Ello es así, por una parte, porque al inicio del despliegue de la Ley apenas existía información que se pudiese suministrar, toda vez la gestión de la ley se encontraba en sus primeros pasos. Y por otra parte, no todas las comunidades autónomas han mostrado una diligencia similar a la hora de informar sobre su gestión realizada, por lo que existen determinados campos donde la información es escasa e incluso inexistente. Además, debe tenerse en consideración que muchas comunidades cuentan con sus propios sistemas informáticos, hecho que en ocasiones produce importantes dilaciones en la remisión de la información.

Por todo ello, y en aras, a contar con una información lo más fiable posible, en el presente informe se ha optado por seguir un método basado en la creación de tres años desplazados, formados por el segundo semestre del primero y el primer semestre del segundo; así, el primer año comprendería el segundo semestre del 2007 y el primero del 2008; el segundo el segundo semestre de

2008 y el primero de 2009; y por fin el último el segundo semestre de 2009 y el primero de 2010.

Una vez expuesto lo anterior, para analizar la información recogida se ha seguido los diferentes pasos que componen el procedimiento para el reconocimiento de la situación de dependencia, y los correspondientes servicios y prestaciones que pudieran corresponderle a la persona beneficiaria: la solicitud de reconocimiento, la valoración de la persona, la emisión del dictamen técnico, y el reconocimiento y efecto de las prestaciones. Además, debe analizarse asimismo otra serie de variables, tales como las características de las personas beneficiarias, así como las posibles revisiones del grado y nivel o de las prestaciones.

El acceso al Sistema. Tal y como se ha señalado en el apartado relativo a las estadísticas del SAAD, en análisis del perfil del solicitante nos muestra dos grandes realidades: una que la dependencia resulta mayoritariamente femenina; y otra, que incide de manera más acusada en las personas de edades más avanzadas.

En relación con la presentación de solicitudes en las diferentes comunidades autónomas, y poniéndolo en relación con la cifra en términos absolutos del número de solicitudes presentadas en el territorio nacional, se observa un cierto orden de acuerdo a su tamaño poblacional: primero Andalucía, que representa algo menos del 30% del total, luego Cataluña con un máximo del 20%, Madrid, con entre un 5 y un 10%, la Comunidad Valenciana, con un 5%, etc. En este sentido se puede apreciar unas proporciones más o menos homogéneas, con pequeñas variaciones debidas al diferente ritmo de gestión realizada por parte de las diferentes comunidades.

La segunda forma de comparación se realiza mediante el cálculo de unos ratios por comunidades que tiene en cuenta su composición por edad, de forma que

si el comportamiento de su población fuera idéntico al de la población española en su conjunto el índice tomaría el valor de 0, en tanto que los valores negativos y positivos miden el porcentaje por debajo o por encima en relación con la media española.

Si revisamos las comunidades con ratios positivos, aparece de forma destacada Andalucía, con cifras reales que superan entre un 70% y un 105% las esperadas en función de su estructura demográfica; el valor más alto corresponde a 2008/09, pero la caída posterior conduce a un índice aún superior al del primer período.

También destaca por arriba la Región de Murcia, con valores decrecientes del ratio (53%, 29%, 13%), lo que indicaría que su población aproxima su comportamiento al de la media española. El País Vasco empieza presentando un índice elevado en 2007/08 (26%), para igualarse a la media en 2008/09 y caer por debajo a continuación (-13%). En el caso de Extremadura, el valor inicial (16%) se convierte en negativo en 2008/09 (-22%) para recuperarse en la etapa final (8%). La ciudad de Melilla, con una población total considerablemente inferior, presenta valores positivos durante los dos primeros años (20%, 33%) para igualarse a la media española en el último. La Rioja muestra valores positivos y crecientes a lo largo del período (5%, 13%, 33%).

En el punto de equilibrio aparece Cantabria, que se aleja un máximo del 5% con respecto a la media española en el año intermedio. Tampoco se halla lejos Cataluña, aunque con oscilaciones mayores: empieza por debajo de la media y en seguida la supera moderadamente. Castilla-La Mancha muestra una pauta similar, pero de forma más acentuada, ya que el ratio alcanza el 33% en el último año. Aragón comienza bastante por debajo de la media (-20%), para equipararse con ella al final.

El resto de comunidades se sitúa de forma generalizada por debajo de la media española, destacando Castilla y León y Madrid cuyos ratios están por debajo del -40% en 2007/08, se mantienen en valores similares al año siguiente y evolucionan lentamente hacia la media en 2009/10, aunque aún lejos de alcanzarla. Asturias, Baleares y Canarias presentan ratios iniciales en torno al -25%, con escasas o nulas ganancias en el período, si bien en las tres es 2008/09 el momento más bajo. El caso de Galicia es similar, salvo por el hecho de que esta comunidad empieza menos mal (-15%) y acaba algo peor (-37%).

Valoración de la dependencia y emisión del dictamen. Un análisis conjunto de la información recogida en estos cuadros nos indica cómo en los primeros compases del desarrollo del Sistema apenas se producían dictámenes. Y en segundo lugar, resulta muy apreciable cómo ha ido evolucionando el resultado global de los dictámenes: con el paso del tiempo, los dictámenes referidos a las situaciones más graves de dependencia (Grado III) han ido paulatinamente perdiendo fuerza, mientras aumentan el volumen de los dictámenes que reflejaban una situación de dependencia asociada a los grados y niveles más bajos.

El inicio de la prestación del servicio. La serie de tasas de inicio del servicio presenta el característico perfil que ya hemos observado en anteriores etapas del proceso: bajos niveles hasta los 65 años y fuerte incremento a continuación hasta situarse por encima del 35% al final de la vida. Puede destacarse cómo los períodos iniciales (2007/2008 y 2008/2009) resultan cuantitativamente los mayores, debido a que los mayores volúmenes de incorporaciones se produjeron en los primeros años de implantación de la Ley.

Analizando los datos mensuales observamos que la prestación de servicios no se inicia paulatinamente a lo largo de los meses, sino que tiende a concentrarse en el mes de enero de cada año: en 2008 comenzó la atención a 59.827 personas beneficiarias y en 2009 nada menos que a 126.252. Ello puede

deberse en gran medida en que en ambos ejercicios se produjo la incorporación de nuevos colectivos al Sistema, como lo fue el grado II nivel 2 en el año 2008, y el grado II nivel 1 en el año 2009.

Si se ponen en relación los inicios de la prestación con la emisión de los dictámenes, vemos de nuevo a Andalucía, La Rioja y Murcia destacar en la puesta en marcha de los servicios tras el pertinente dictamen, alcanzando valores del 85%, en tanto que Extremadura y Castilla-La Mancha se aproximan al 75%. En cambio observamos que la Comunidad Valenciana y, sobre todo, Canarias aparecen bastante rezagadas, ésta última con apenas el 36% de los dictámenes puestos en ejecución.

Las personas beneficiarias. La mayoría de los beneficiarios históricos correspondan a Andalucía que, con un 26,5%, supera la cuarta parte de los beneficiarios del SAAD que ha habido hasta ahora, lo cual se compara favorablemente con su peso poblacional en España que ronda el 18%. A continuación se sitúa Cataluña con un 16,7% de beneficiarios históricos, ligeramente por encima de su peso demográfico que se sitúa en el 16%. La Comunidad de Madrid y Castilla y León tienen similar porcentaje de beneficiarios, un 7,7% y un 7,6% respectivamente, si bien su relevancia demográfica es radicalmente distinta: Madrid, con casi el 14% de la población española, frente a la proporción de Castilla y León, que representa menos del 5,5%.

La Comunidad Valenciana y el País Vasco tienen también cifras muy similares de beneficiarios históricos, 5,6% y 5,5% pese a las diferencias poblacionales, ya que la primera supone algo menos del 11% de la población española, por el 4,5% de la última.

A continuación se sitúa Castilla La Mancha y Murcia con 5,1% y 5% de las personas beneficiarias, que en el primer caso está algo por encima del peso poblacional (4,4%) y en el segundo lo supera con mucho (3,2%).

Las restantes CC.AA. aparecen en el siguiente orden: Aragón (3,9%), Galicia (3,8%), Extremadura (2,4%), Asturias (2,2%), Cantabria (2%), Baleares (1,6%), La Rioja (1,5%), Canarias (1,3%), Navarra (1,1%) y Ceuta y Melilla (0,1% cada una). Puede destacarse la diferencia con algunos pesos poblacionales: Aragón (3%), Galicia (6%) o Canarias (4,5%), con diferencias absolutas lógicamente pequeñas pero con algunas diferencias relativas notables, tanto en sentido positivo (Aragón, La Rioja) como negativo (Galicia y Canarias en particular).

Respecto al sexo de las personas beneficiarias, los hombres constituyen aproximadamente la tercera parte de las personas y las mujeres los dos tercios restantes. Por lo que respecta a la edad, apenas un 20% corresponden a edades inferiores a los 65 años. El conjunto de edades más característico de la dependencia es el siguiente: primero el grupo de 80 a 84 años (17,3%), después el de 90 a 94 años (13,5%). Las edades de 75 a 79 años (11,2%), de 95 a 99 años (6,2%) y 70 a 74 años (5,9%) constituyen los siguientes grupos poblacionales en importancia, en tanto que el resto tiene un peso considerablemente inferior, entre el 1% y el 3%.

Los beneficiarios históricos viven distribuidos por el territorio español en municipios de tamaño diverso. El grupo más numeroso reside en municipios de 5.000 a 50.000 habitantes (32%), seguidos de los municipios más pequeños (27,5%) y las capitales de provincia (27,6%). En los municipios de más de 50.000 habitantes que no son capitales provinciales reside un 12,5%.

A finales de 2010 los dependientes clasificados en los grados III y II han tenido derecho a acceder a los beneficios del SAAD, pero su incorporación ha sido

progresiva, iniciándose por los casos más graves, lo que explicaría por qué las personas beneficiarias de grado III, niveles 2 (29%) y nivel 1 (31,5%), suponen la mayor parte del total de personas beneficiarias. Clasificadas las personas beneficiarias por año de la resolución, puede observarse claramente como el porcentaje que representan el grupo más grave de dependientes va descendiendo de forma continua con el paso del tiempo.

Las prestaciones y los servicios. A fecha 1 de enero de 2011 existían 668.578 personas beneficiarias recibiendo prestaciones. El promedio es de 1,2 prestaciones por persona beneficiaria debido a la compatibilidad, si bien el rango de variación de las comunidades oscilaba entre los mínimos de Canarias y Aragón con 1 y los máximos de Andalucía (1,31), Castilla La Mancha (1,34) y La Rioja (1,43).

Lo cierto es que la oferta de servicios de las comunidades es muy heterogénea. Ni siquiera en todas ellas predomina la prestación económica por cuidados familiares. Algunas prestaciones son residuales, como la prestación económica por asistente personal que sólo figura en la oferta de diez comunidades y cuenta con un total de 747 casos (0,1%). Tampoco es muy relevante la prevención de dependencia y promoción de la autonomía personal, con un 1,5% de las prestaciones y sin oferta en 6 comunidades.

Fijándonos en prestaciones o servicios más comunes, vemos que hay tres comunidades sin prestaciones de teleasistencia (Aragón, Baleares y Canarias), cinco Comunidades sin servicio de ayuda a domicilio (Aragón, Baleares, Canarias, Comunidad Valenciana y Murcia) y una sin prestación económica vinculada al servicio (Cantabria); todo ello de conformidad con los datos obrantes en el Sistema de Información facilitados por las propias Comunidades.

Aunque no parezca un factor importante, existen diferencias en la atención a las personas beneficiarias en función de su sexo, ya que lo cierto es que los

hombres reciben en mayor medida prevención de la dependencia (+0,4), centros de día / noche (+1,7) y prestaciones económicas por cuidados familiares (+5,4) y las mujeres en cambio más teleasistencia (+2,1), ayuda a domicilio (+1,8), atención residencial (+1,8) y prestaciones económicas vinculadas a servicio (+1,8).

Hay prestaciones más dedicadas a los dependientes graves y otras más para la dependencia moderada. Los dependientes de grado III nivel 2 reciben atención residencial en un 23,5%, pero este servicio va perdiendo importancia hasta suponer menos del 9% entre los más moderados –grado II nivel 1- de los actualmente cubiertos. También se benefician en mayor medida de la prestación económica vinculada a servicio, al suponer el 8,5%, casi el doble que en los menos graves de los dependientes.

La prestación económica por cuidados familiares es siempre la más reconocida, próxima al 50% del total. Aunque sigue la misma línea de la teleasistencia y la ayuda domiciliaria, oscila de forma mucho más moderada: apenas crece 3 puntos con la disminución de la gravedad de la dependencia; además presenta variaciones a la pauta, ya que son los dependientes de grado II nivel 2 los que alcanzan el máximo del 50,1%.

6. MEMORIA DE ACTIVIDADES DE LA ADMINISTRACIÓN GENERAL DEL ESTADO EN EL ÁMBITO DEL SAAD

La evaluación de los resultados de la aplicación de la Ley desde su entrada en vigor, exige examinar cómo ha sido la participación de la Administración General del Estado y cuáles han sido sus resultados.

La Ley atribuye a la Administración General del Estado competencias de muy distinta índole.

— Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia.

Este Consejo Territorial ha sido creado por la LAPAD como instrumento para la articulación del Sistema, y en el mismo tienen representación la Administración General del Estado, las Comunidades Autónomas, Ceuta, Melilla y dos representantes de las Entidades Locales.

Los Acuerdos del Consejo Territorial han constituido el marco para el desarrollo de la normativa estatal y autonómica aprobada para la implantación de la Ley. Además, el Consejo ha informado la normativa estatal de desarrollo en materia de dependencia.

Desde la entrada en vigor de la Ley hasta el 31 de diciembre de 2010:

- Ha celebrado un total de 47 reuniones, en pleno y en comisión delegada.
- Se han constituido 7 grupos de trabajo que han celebrado un total de 48 reuniones.
- Ha adoptado un total de 16 Acuerdos:
 - ✓ Acuerdo en materia de valoración de la situación de dependencia, de fecha 22 de enero de 2007.
 - ✓ Acuerdo sobre condiciones de acceso y cuantía de las prestaciones económicas, de fecha 9 de mayo de 2007.
 - ✓ Acuerdo sobre criterios para las intensidades de protección de los servicios, la compatibilidad entre los mismos y la protección de los beneficiarios desplazados, así como de los emigrantes españoles retornados, de fecha 9 de mayo de 2007.



- ✓ Acuerdo sobre determinación de la capacidad económica del beneficiario y sobre los criterios de participación de éste en las prestaciones del SAAD, de fecha 27 de noviembre de 2008.
- ✓ Acuerdo sobre criterios comunes de acreditación para garantizar la calidad de los centros y servicios del SAAD, de fecha 27 de noviembre de 2008.
- ✓ Acuerdo sobre criterios comunes de acreditación en materia de formación e información de cuidadores no profesionales, de fecha 22 de septiembre de 2009.
- ✓ Acuerdo sobre objetivos y contenidos comunes de la información del Sistema de información del SAAD, de fecha 22 de septiembre de 2009.
- ✓ Acuerdo en materia de órganos y procedimientos de valoración de la situación de dependencia, de fecha 25 de enero de 2010.
- ✓ Acuerdo para la mejora de la calidad de la prestación económica para cuidados en el entorno familiar del SAAD, de fecha 25 de enero de 2010.
- ✓ Acuerdo sobre modificación del baremo de valoración de la situación de dependencia, de fecha 1 de junio de 2010.
- ✓ Acuerdo sobre Criterios comunes para la conceptualización, elaboración y evaluación de Buenas Prácticas, de fecha 1 de Junio de 2010.
- ✓ Acuerdo sobre los criterios para determinar las intensidades de protección de los servicios y el importe de las prestaciones económicas para las personas reconocidas en situación de dependencia en Grado I, de fecha 28 de octubre de 2010.
- ✓ Acuerdos relativos al Marco de cooperación interadministrativa y criterios de reparto de créditos de la AGE para la financiación del nivel acordado. Desde 2007 a 2010, el CT ha aprobado

anualmente el Marco de Cooperación interadministrativa y criterios de reparto de créditos de la AGE para la financiación del nivel acordado. En 2010 el CT acordó un Marco de Cooperación plurianual 2010-2013, por lo que durante dicho periodo se procederá a actualizar anualmente, de la forma prevista en el propio Acuerdo, los criterios establecidos para el reparto de los créditos.

— Órganos consultivos del SAAD.

Los proyectos normativos y los proyectos de Acuerdos del Consejo Territorial y, han sido previamente informados por los Consejos Consultivos.

Desde la entrada en vigor de la Ley hasta el 31 de diciembre de 2010, los órganos consultivos han celebrado las siguientes reuniones en las que se han tratado temas relacionados con el SAAD:

- El Comité Consultivo ha celebrado un total de 16 reuniones, en pleno y en comisión permanente.
- El Consejo Estatal de las Personas Mayores ha celebrado un total de 29 reuniones, en pleno y en comisión permanente. Constituyó un Grupo de Trabajo sobre dependencia.
- El Consejo Estatal de la Discapacidad ha celebrado un total de 13 reuniones, en pleno y en comisión permanente.
- El Consejo Estatal de Organizaciones No Gubernamentales de Acción Social ha celebrado un total de 19 reuniones, en pleno y en comisión permanente.

— Normativa estatal de desarrollo de la LAPAD



En lo que respecta a la normativa estatal, la Disposición final séptima de la LAPAD faculta al Gobierno para dictar cuantas disposiciones sean necesarias para su desarrollo y ejecución.

En base a esta facultad, desde la promulgación de esta Ley se han aprobado una serie de normas, Reales Decretos, Órdenes Ministeriales y Resoluciones para facilitar su aplicación. Siguiendo los mandatos contenidos en la propia Ley, con carácter previo a la aprobación de cada una de las citadas disposiciones, se ha recabado el correspondiente Acuerdo del Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, o bien el correspondiente informe de dicho Consejo.

Seis meses después de la entrada en vigor de la Ley y dentro de los plazos establecidos al efecto, el Gobierno había desarrollado todos los aspectos sustantivos necesarios para la puesta en marcha y aplicación de la Ley: aprobación del baremo de valoración de la situación de dependencia, nivel mínimo de protección garantizado por la Administración General del Estado, Seguridad Social de los cuidadores de las personas en situación de dependencia, Sistema de Información del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SISAAD), y los criterios para determinar las intensidades de protección de los servicios y la cuantía de las prestaciones económicas.

Anualmente, se han establecido o, en su caso, actualizado las cuantías del nivel mínimo así como las cuantías máximas de las prestaciones económicas.

Como consecuencia del proceso constante de autoevaluación de la actuación del Administración General del Estado y con objeto de mejorar la eficacia y eficiencia en el cumplimiento de su obligación de contribuir al SAAD mediante el nivel mínimo de protección garantizado, se introdujeron mejoras en el procedimiento de libramiento de los fondos a las Comunidades Autónomas.

El texto de la LAPAD fue modificado a través del Real Decreto-Ley 8/2010, de 20 de mayo, por el que se adoptan medidas extraordinarias para la reducción del déficit público. Por una parte, con el objeto de unificar y limitar razonablemente el plazo máximo de tramitación del procedimiento de reconocimiento de la situación de dependencia y del derecho a las prestaciones del SAAD, se establece el plazo máximo de 6 meses, desde la solicitud hasta el reconocimiento de la prestación que corresponde a la persona beneficiaria, y ello independientemente de que la Comunidad Autónoma haya establecido un sólo procedimiento o dos procedimientos distintos, uno para el reconocimiento de la situación de dependencia y otro para la determinación de la prestación que resulte de la elaboración del Programa Individual de Atención (PIA).

Por otra parte, en línea con lo anterior, se modifica el régimen de retroactividad de las prestaciones, de modo que sólo se devengará, cuando la tramitación del procedimiento supere el plazo máximo de los seis meses, a partir del día siguiente a aquél en el que venció dicho plazo.

— Actuaciones relacionadas con la valoración de la situación de dependencia

En relación con la elaboración de los instrumentos para la valoración de la situación de dependencia, la Administración General del Estado a través del Imserso ha impulsado, en cada momento, actuaciones dirigidas a desarrollar e implantar el sistema de valoración de la situación de dependencia establecido en la Ley. Ha desarrollado igualmente diversa documentación como ayuda a los profesionales para la valoración y aplicación del baremo de valoración de la situación de dependencia, como manuales de uso para el empleo del Baremo de Valoración de la Dependencia y para el empleo de la Escala de Valoración de la situación de dependencia en edades de cero a tres años (EVE), y el compendio de resolución de dudas y problemas de valoración en la aplicación del baremo reglamentado en el RD 504/2007, de 20 de abril.



El Imserso ha organizado acciones formativas relacionadas con la aplicación de los instrumentos de valoración de la situación de dependencia, tales como cursos de “Formación de formadores” dirigido a los profesionales que se encargarían de impartir la formación necesaria para la aplicación del baremo, previa a la entrada en vigor de su reglamentación.

- Financiación del sistema para la autonomía y atención a la dependencia por la administración general del estado

El Estado ha aportado, hasta el 31 de diciembre de 2010, 5.390.510.668 euros para financiar la atención a la dependencia principalmente a través del nivel mínimo de protección garantizado, del nivel acordado, las cuotas a la Seguridad Social de las personas cuidadoras no profesionales y a través de una financiación adicional mediante el Fondo Especial del Estado para la Dinamización de la Economía y el Empleo, creado por Real Decreto-Ley 9/2008, de 28 de noviembre (PlanE).

La Administración General del Estado ha cumplido sus obligaciones de pago del nivel mínimo de protección de conformidad con lo previsto en el lo previsto en el Real Decreto 614/2007, de 11 de mayo, sobre nivel mínimo de protección del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, garantizado por la Administración General del Estado, a cuyo tenor la Administración General del Estado hará efectiva a las comunidades autónomas las cantidades que procedan en función del número de personas beneficiarias reconocidas en situación de dependencia con prestación reconocida, teniendo en cuenta para ello su grado y nivel y la fecha de efectividad de su reconocimiento; para lo cual la información es facilitada al efecto por las Comunidades Autónomas a través de la conexión a la red de comunicaciones y servicios telemáticos del SISAAD.

Del mismo modo, la Administración General del Estado ha realizado anualmente las transferencias de aquellas cuantías económicas que a cada Comunidad



Autónoma ha correspondido en concepto de nivel acordado de protección, en virtud del convenio suscrito al efecto con cada una de ellas en ejecución del Marco de Cooperación Interadministrativa establecido en el artículo 10 de la Ley.

Para hacer frente de sus obligaciones de pago, las cuantías inicialmente consignadas en los presupuestos generales del Estado para la promoción de la autonomía personal y atención a la situación de dependencia, han sido debidamente incrementadas a través de los correspondientes suplementos de crédito cuando ha sido necesario.

Así, en el año 2009, a la cuantía inicial presupuestada para la promoción de la autonomía personal y atención a la dependencia, ha de sumarse un suplemento por la cantidad total de 490.970.222,12 euros, (468.351.029 euros para el pago del nivel mínimo y 22.619.193,12 euros para el pago de las cuotas seguridad social de personas cuidadoras no profesionales).

En el año 2010, el suplemento ascendió a la cantidad total de de 448.616.113,52 euros (358.395.064,95 euros para el pago del nivel mínimo y 90.221.048,57 euros para el pago de cuotas de la seguridad social de de personas cuidadoras no profesionales).

La cifra total alcanzada por los suplementos de crédito a las cuantías inicialmente presupuestadas, asciende a 939.586.335,64 euros.

Para finalizar, cabe destacar una financiación adicional de la Administración General del Estado a las Comunidades Autónomas a través del Fondo Especial del Estado para la Dinamización de la Economía y el Empleo (PlanE), dotado con 400 millones de euros para financiar actuaciones referentes a la atención a la dependencia.



- Actuaciones en materia de calidad del SAAD, profesionalización del SAAD, y formación de los cuidadores no profesionales.

La Administración General del Estado a través del Imsero impulsa y participa en el proceso de elaboración y aprobación de normas UNE relativas a cada uno de los servicios que integran el catálogo de recursos previsto en la Ley de la Dependencia desde AENOR, propiciando la participación de todos los implicados (Administraciones, agentes sociales, organizaciones no gubernamentales, organismos técnicos, etc.)

Las Normas UNE resultantes son las siguientes:

UNE 158.101: Gestión de los centros residenciales y centros residenciales con centro de día o centro de noche integrado.

UNE 158.201: Gestión de centros de día y de noche.

UNE 158.301: Gestión del servicio de ayuda a domicilio.

UNE 158.401: Gestión del servicio de teleasistencia.

Por otra parte, ha sido aprobado el Real Decreto 1224/2009, de reconocimiento de de las competencias profesionales adquiridas por experiencia laboral. La competencia para el desarrollo y aplicación del mismo, corresponde al M^o de Trabajo e Inmigración y M^o de Educación, junto con las Comunidades Autónomas que realizarán, en función de sus necesidades, las convocatorias correspondientes del procedimiento de evaluación y acreditación.

En este proceso se han priorizado los procedimientos de reconocimiento, evaluación y acreditación de las cualificaciones profesionales del ámbito de la LAPAD y, a tal efecto, se ha realizado el siguiente desarrollo normativo y técnico a nivel Estatal, de las cualificaciones de "Atención sociosanitaria a

personas dependientes en instituciones sociales” y “Atención sociosanitaria a personas en el domicilio”:

- Elaboración de los instrumentos de apoyo (Guías de evidencia y Cuestionario de Autoevaluación) para la evaluación y acreditación de las competencias adquiridas a través de la experiencia laboral de estas cualificaciones.
- Se han realizado dos convocatorias de cursos de formación, para la habilitación como asesores o evaluadores de las cualificaciones anteriormente citadas, con un total de 501 plazas para evaluadores y 501 para asesores para todo el territorio del Estado.
- Se ha creado la Comisión Interministerial para el seguimiento y evaluación del procedimiento de las competencias profesionales adquiridas por la experiencia laboral, mediante Orden PRE/910/2011, de 12 de abril (BOE de 15 de abril de 2011), como órgano colegiado interministerial y adscrito al M^o de Educación o al de Trabajo.

Esta Comisión tiene como fines, entre otros, promover y difundir el procedimiento de evaluación y acreditación de competencias profesionales adquiridas a través de la experiencia, colaborar con las CCAA con el fin de coordinar el conjunto de acciones en todo el Estado y acordar propuestas conjuntas para el desarrollo del procedimiento y realizar el seguimiento y evaluación del mismo.

- Se crea la Plataforma de Información y Orientación, que establece el Real Decreto 1224/2009, vía Internet, que permite obtener información relativa al procedimiento de evaluación y acreditación, a las convocatorias y a las ofertas de formación, así como el Programa ACREDITA que es la herramienta que el Ministerio de Educación pone a disposición de los usuarios, para comprobar qué puedes obtener de la



Acreditación de Competencias y de qué modo puedes conseguir una titulación oficial.

— Estadística del SAAD

A partir de la información incorporada por las Comunidades Autónomas en el Sistema de Información del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, se han podido elaborar estadísticas que permiten analizar la implantación de la Ley así como el perfil de las personas beneficiarias. Estas estadísticas han venido siendo publicadas mensualmente en la página web del Imserso.

Así, a lo largo de estos cuatro años se ha incrementado de manera paulatina el número de solicitudes presentadas, las valoraciones realizadas, las prestaciones reconocidas, de forma acompasada a la resolución de los distintos procedimientos para el reconocimiento de prestaciones.

En relación con las personas solicitantes en función de su género, se puede afirmar que mayoritariamente son mujeres (en torno a un 65%, frente a un 35% de hombres). En función de la edad, a la finalización del ejercicio 2010, existen 1.191.629 solicitudes que corresponden a ciudadanos de más de 65 años (79,43%), entre las cuales 794.319 (52,95%) corresponden a mayores de 80 años.

Las personas beneficiarias atendidas a 1 de enero de 2011 ascendieron a 668.404 personas, que reciben un total de 800.009 prestaciones. También las personas beneficiarias de las prestaciones de dependencia son mayoritariamente mujeres (el 67%). Esto se corresponde con su mayor esperanza de vida.

Respecto a los menores de 3 años, y en base a la información referente a las comunidades que utilizan el SISAAD como herramienta de gestión, el 55% son

niños. La mayoría de estos menores tienen una valoración de gran dependencia (Grado III).

En cuanto al instrumento de valoración, a la mayoría de personas en situación de dependencia (el 56,65%) se les ha aplicado el Baremo de Valoración de discapacidad física, frente al 43,35% al que se ha aplicado el Baremo de Valoración de enfermedad mental o discapacidad intelectual. Por grados de valoración, la enfermedad mental o discapacidad intelectual es más frecuente en los grandes dependientes.

Resulta importante realizar un análisis que muestre la evolución en las valoraciones realizadas, desde una óptica de los resultados obtenidos. De esta manera, se puede observar cómo se ha experimentado un cambio significativo en los grados y niveles dictaminados: en los primeros años existía una gran preponderancia de los grados y niveles más elevados, mientras que con el devenir de los años esta tendencia se ha frenado, debido a un mayor reconocimiento de los grados y niveles más bajos.

Así, se puede observar cómo el Grado III, que constituía casi el 90% de las valoraciones en el año 2007, ha ido paulatinamente perdiendo peso, llegando a caer hasta un 35% en el año 2010. Por el contrario, el resto de grados y las valoraciones sin grado han experimentado una continua evolución ascendente. Se trata de un proceso cuya tendencia se mantendrá en el futuro, acentuándose aún más con la sucesiva incorporación de los grados más bajos.

Esta tendencia se puede explicar desde diferentes puntos de vista. En primer lugar, porque la atención de las personas en situación de dependencia se ha priorizado, atendiéndose primero a aquellas personas que se encontraban en una situación más grave, es decir, en una situación de dependencia de Grado III en sus diferentes niveles. De esta forma, una vez atendidas las personas con grados más altos, se pasará a atender a las personas de grados menos

elevados. Y en segundo lugar, resulta importante también resaltar que conforme se desarrolla el Sistema, se produce una aplicación con más precisión de los instrumentos de valoración de la dependencia (BVD y EVE), a causa de la experiencia ya acumulada en su manejo, lo que produce una mejora en la calidad de las valoraciones realizadas, de manera que las mismas se ajustan con mayor exactitud a la realidad de las personas valoradas.

Por lo que se refiere a las prestaciones reconocidas, los datos a este respecto de la finalización del año 2010, y que no varían en esencia de los que se pueden extraer de los años anteriores, reflejan que se han reconocido un total de 360.868 servicios (45,10%) frente a un total de 439.141 prestaciones económicas (lo que supone un 54,90% del total). El total de prestaciones concedidas ascendió a 800.009.

Se puede observar que hasta el 31 de diciembre de 2010, los servicios de prevención y de promoción de la autonomía personal son minoritarios, pues cuantitativamente supone un pequeño porcentaje del total de prestaciones reconocidas en el Sistema. Se prevé que esta tipología de servicios cobre una mayor importancia en la medida que se incorporen al sistema los grados y niveles más bajos, como con la incorporación del Grado I Nivel 2 a partir del 1 de enero de 2011.

De entre las prestaciones económicas, la más numerosa es la de cuidados en el entorno familiar, con 384.985 prestaciones, lo que supone el 48,12% del total de prestaciones reconocidas.

Respecto a los servicios de atención residencial se prestan especialmente a personas con una elevada dependencia. Así, una de cada cuatro personas reconocidas con el Grado III recibe este servicio (el 22,49% del total de las personas con Grado III).

Hay que señalar que la prestación económica vinculada al servicio se concede mayoritariamente ligada al servicio de atención residencial. Precisamente por ello, una distribución del reconocimiento de esta prestación por grados y niveles apunta cómo la misma resulta preponderante en el Grado III, al igual que el servicio de atención residencial.

7. ANÁLISIS EVALUACIÓN COMUNIDADES AUTÓNOMAS

En el preámbulo de la LAPAD, por la que se crea el SAAD, se afirma que el desarrollo de esta ley requiere de “una actuación conjunta de todos los poderes e instituciones públicas, por la que la coordinación y cooperación con las Comunidades Autónomas es un elemento fundamental”. En el artº 1.1 de dicha ley se dice que el SAAD “responderá a una acción coordinada y cooperativa de la Administración General del Estado y las Comunidades Autónomas” cuyo gobierno tiene lugar a través del Consejo territorial del SAAD como instrumento de cooperación para la articulación del sistema”. En definitiva, la valoración que del SAAD hacen las Comunidades Autónomas es central en el proceso de evaluación.

Esa valoración se ha basado en la recogida de información mediante cuestionario realizada entre el 1 de Noviembre de 2010 y el 31 de julio de 2011. A dicha consulta han respondido 15 Comunidades Autónomas y las Diputaciones del País Vasco. En base a dicha información se han elaborado el presente informe de evaluación sobre acceso al sistema, prestaciones y gobernanza, que aquí sintetizamos.

Las Comunidades Autónomas han destacado las fortalezas y debilidades del SAAD después de cuatro años de desarrollo efectivo. Entre las fortalezas se señalan: la extensión de la acción protectora a las personas dependientes en base al derecho subjetivo; la integración del SAAD en la rama de servicios sociales autonómicos; los avances en colaboración y coordinación entre las

diferentes Comunidades Autónomas y las Corporaciones Locales; la mejora en ordenación normativa, sistemas de información y herramientas de gestión es también una de las fortalezas de la implantación del SAAD; mejoras en profesionalización y calidad del sistema de servicios sociales; y la contribución del SAAD a la creación de empleo.

Entre las debilidades del SAAD las Comunidades Autónomas destacan las dificultades para hacer frente durante los primeros años a una demanda social; la debilidad inicial en establecer mecanismos de coordinación entre Administraciones así como sistemas de información eficientes a la hora del desarrollo del SAAD; el problema de la sostenibilidad financiera a medio-largo plazo.

En la consulta se han abordado los problemas de desarrollo del acceso al sistema y la asignación de prestaciones sociales. Así, en el acceso al sistema se ha puesto de manifiesto los avances en la formación de equipos multidisciplinares necesarios para la valoración de las situaciones de dependencia. Igualmente, se ha destacado la formación y calidad de los equipos, si bien existe una gran diversidad en cuanto a instrumentos y órganos de control en las Comunidades donde tan sólo la mitad de ellas ha articulado sistemas de control de calidad sistemáticos con órganos, equipos o comisiones ad hoc. Un avance sustancial en el grado de conocimiento de los recursos disponibles por el equipo que decide el PIA, si bien los plazos existentes entre el PIA y la efectiva recepción de las prestaciones es aún lento y desigual entre Comunidades.

Los servicios más deficitarios del SAAD siguen siendo los servicios residenciales, sobre todo para personas con discapacidad y enfermedad mental y el Servicio de Ayuda a Domicilio. El peso de la prestación económica vinculada a un servicio es altamente variable entre las Comunidades Autónomas.

Por otra parte, la casi totalidad de las Comunidades Autónomas tiene planes específicos de mejora de la calidad así como de participación de los agentes implicados en el SAAD, si bien son heterogéneos entre sí.

La gran mayoría de las Comunidades Autónomas consultadas oferta programas de formación y hacen un seguimiento de los cuidadores en el entorno. En materia de formación tiende a ser práctica cada vez más habitual la colaboración con las organizaciones no lucrativas que cuentan con un amplio bagaje en este ámbito. En relación al seguimiento de los cuidadores en el entorno la mayoría de las Comunidades consultadas realizan algún tipo de seguimiento, lo cual no implica que no existan dificultades ni escasez de recursos en este sentido, dado el enorme volumen de perceptores de las prestaciones económicas de cuidados en el entorno familiar.

El desarrollo del SAAD dentro de cada Comunidad Autónoma ha dado lugar a un proceso de descentralización de intensidad desigual y, todo indica, que de carácter más funcional que institucional. La presión de una creciente demanda social ha sido el factor determinante para reforzar la descentralización y, también, de mejora de los mecanismos de coordinación entre los niveles territoriales de gobierno. Para mejorar esta coordinación se han desarrollado sistemas integrados y herramientas de información y órganos de naturaleza técnica y política.

Las distintas Comunidades Autónomas no han creado consejos u órganos consultivos específicos para canalizar la participación de los agentes sociales y del movimiento asociativo en el SAAD. Los órganos ya existentes de participación en los sistemas autonómicos de servicios sociales siguen siendo la estructura fundamental de participación. Lo cual tiene pleno sentido si de lo que se trata es de integrar el SAAD en el sistema de servicios sociales. De manera complementaria se han creado grupos y comisiones de trabajo en el marco del diálogo social, civil y profesional.

El desarrollo del SAAD tampoco ha supuesto el desarrollo de sistemas específicos que canalicen las reclamaciones y quejas de los ciudadanos en materia de dependencia. La reglamentación ya existente en los servicios sociales de cada Comunidad permite canalizar las reclamaciones y quejas. Pero el SAAD ha supuesto mejoras y perfeccionamientos generales en los sistemas de reclamaciones. Las encuestas de satisfacción del beneficiario en materia de dependencia son, por ahora, una excepción.

La evaluación del SAAD a nivel autonómico está aún en su fase inicial. Lo que predomina es el seguimiento de los procesos pero no se han aplicado modelos de evaluación sistemática. No cabe duda que una vez finalizada la eclosión de la demanda social y dentro de una fase de estabilidad y consolidación del SAAD, que ya se está produciendo, la evaluación será una exigencia para la mejora continua.

Finalmente, entre las propuestas de mejora las Comunidades Autónomas destacan las siguientes:

- En el acceso al sistema se señalan dos propuestas de mejora: agilizar los procesos administrativos e integración de información de carácter social y sanitario y, por otro lado, acelerar el ejercicio efectivo del derecho mediante la reducción de la bolsa de personas beneficiarias potenciales o beneficiarias que están a la espera de recibir la prestación.
- Las propuestas relacionadas con las prestaciones para autonomía y atención a la dependencia son numerosas y entre ellas destacan las siguientes: continuar el desarrollo de la red pública de centros y servicios; mejora de los procesos de acreditación y calidad de centros y servicios; la mejora continua de la formación de los profesionales de la atención así como de los cuidadores familiares y,



en general, la profesionalización de los servicios; el refuerzo de los servicios frente a las prestaciones económicas; el refuerzo técnico del PIA; el desarrollo de la prevención que hasta ahora constituye un déficit en el desarrollo del SAAD así como de los productos de apoyo, eliminación de barreras y regulación de la figura del asistente personal; la necesidad de llegar a un consenso sobre un catálogo común consensuado de prestaciones e intensidades en todo el Estado en base a la propia LAPAD.

- En cuanto a Gobernanza: mejorar y unificar el SISAAD; avanzar hacia la armonización entre la LAPAD y las nuevas leyes de servicios sociales; avances en la compatibilidad entre las Comunidades Autónomas en cuanto a gestión de la información, prestaciones y movilidad de las personas beneficiarias; igualmente avances en materia de coordinación con el sistema sanitario; y, finalmente, la implantación de un sistema de buenas prácticas que se puedan difundir en todo el territorio del Estado.
- Finalmente, la sostenibilidad financiera del SAAD es una común preocupación de todas las Comunidades. Parece existir un cierto consenso en que el nivel mínimo garantizado por la Administración General del Estado se fije, no en relación al grado y nivel de dependencia, sino en relación al coste de las prestaciones ya que las prestaciones económicas tienen un coste menor que los servicios. No aparecen propuestas de creación de nuevas fuentes de financiación propias ni de mejora de la transparencia sobre el coste real y financiación. En este sentido nos remitimos al informe sobre análisis del coste y financiación del SAAD.

8. INFORME SOBRE CONSULTA REALIZADA A LOS AGENTES SOCIALES, ECONÓMICOS , CONSEJOS CONSULTIVOS, ORGANIZACIONES PROFESIONALES Y PROVEEDORES DE SERVICIOS

En el proceso de evaluación del desarrollo e impacto del Sistema de Autonomía Personal y Atención a la Dependencia (SAAD) se ha realizado una consulta a 15 instituciones y organizaciones que participan de un modo u otro en el desarrollo de la LAPAD, tanto en el Comité Consultivo (sindicatos y organizaciones empresariales) y consejos estatales (personas con discapacidad, personas mayores, ONG de acción social), como organizaciones profesionales y una representación de organizaciones de proveedores de servicios mercantiles y de la economía social. Son los actores fundamentales de la sociedad civil que intervienen en el SAAD mediante el Diálogo social, la participación institucional, la provisión de servicios y la intervención profesional. Pero, al mismo tiempo, en las consultas realizadas se resume la opinión de miles de organizaciones.

La consulta se ha realizado mediante entrevista directa, cumplimentación de cuestionario y, en su caso, aportación de materiales y documentos complementarios que refuerzan las opiniones vertidas. En base a dicha consulta se ha realizado un análisis por bloques de actores sociales e institucionales con el fin de proporcionar una visión sectorial de opiniones sobre el SAAD. En este resumen ejecutivo destacamos de manera sintética la valoración de este conjunto de actores sociales que, en general, es ampliamente coincidente.

Entre los elementos comunes de carácter positivo del SAAD los agentes sociales y económicos, consejos y organizaciones de proveedores y profesionales consultados destacan los siguientes: el desarrollo de un nuevo derecho subjetivo que refuerza el conjunto de los derechos sociales y el sistema de

protección social en general; además, la dependencia ha entrado en la agenda pública y ha ganado en visibilidad social; finalmente, el SAAD está contribuyendo a la creación de empleo, aunque en este punto la coincidencia no es plena y, en un sentido amplio, se considera una inversión social y económica.

Junto a esta valoración positiva se señalan los problemas y déficit de su desarrollo: el haberse centrado en exceso el sistema en las prestaciones económicas en detrimento del desarrollo de los servicios y, dentro de éstos, el limitado desarrollo de los servicios de autonomía personal y prevención; plazos administrativos desiguales entre Comunidades Autónomas entre la valoración y el acceso efectivo a la prestación; la existencia de velocidades diferentes en el desarrollo del SAAD entre las Comunidades Autónomas, lo cual afecta al principio de igualdad; una cooperación interadministrativa que se juzga insuficiente para contribuir con eficacia a la cohesión social y territorial; el papel subordinado de las Corporaciones Locales; un modelo de participación en los Consejos Consultivos del SAAD de carácter más informativo que proactivo; un sistema de financiación que, en parte, se considera insuficiente y que arroja dudas sobre su sostenibilidad futura, agudizadas por la crisis financiera y económica actual, a la vez que preocupa la transparencia financiera de las Administraciones Autonómicas. Adicionalmente preocupa la dispersión regulatoria en cuanto al copago y un sistema de colaboración pública y privada, mercantil y sin fin de lucro, que no acaba de encontrar estabilidad en su desarrollo.

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

En lo referente a las prestaciones sociales, los actores sociales e institucionales observan que en parte no ha sido una sorpresa la preferencia de las prestaciones económicas respecto de los servicios debido a la baja oferta general de estos últimos, el elevado coste de algunos de ellos, la inadecuación de los servicios a las necesidades concretas de la persona afectada, el peso de las tradiciones de cuidado familiar y, más recientemente, el peso creciente de la libertad de elección en las personas con discapacidad y del ciudadano en general. Se reconoce que la crisis económica y financiera y el coste inferior de las prestaciones económicas respecto de los servicios han favorecido esta deriva. Para otros actores sociales las prestaciones económicas deben ser excepcionales y el desarrollo de los servicios el objetivo fundamental del sistema tanto por razones de eficacia en la atención como por razones de creación de empleo. También existe una posición que sostiene que sería conveniente reforzar la exigencia en las condiciones de acceso a la prestación económica, debiendo otorgarse en la elaboración del Programa Individual de Atención el peso adecuado a la opinión profesional, y favorecer su combinación con servicios de proximidad, particularmente en el caso de la dependencia grave. El desarrollo de los servicios de prevención y de un servicio de ayuda a domicilio eficaz se considera una materia pendiente en el SAAD.

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

La acreditación de centros, la mejora continua de la calidad asistencial y un empleo estable y formado son considerados aspectos centrales en la evaluación del SAAD.



La Gobernanza del SAAD se valora de manera ambivalente. Por un lado, el SAAD ha puesto en marcha un sistema de cooperación y coordinación entre la Administración General del Estado y las Comunidades Autónomas que antes de 2007 no existía, y ha incorporado la voz de los agentes sociales y económicos y de la sociedad civil organizada en los Consejos Consultivos. En este sentido la atención a la dependencia es más sistema hoy que hace cuatro años. Por otra parte, de la consulta se deduce una crítica intensa a un modelo insuficiente de cooperación entre Administraciones que se traduce en un relativo bajo nivel de Estado y velocidades de aplicación diferentes; igualmente existe una crítica al bajo nivel de coordinación entre el sistema de servicios sociales y el sistema sanitario.

En relación con la participación en el SAAD, todos los representantes de la sociedad civil en los consejos consultivos y en el comité consultivo, sin excepción, aprecian positivamente la misma, así como el acceso a la información del sistema. Pero consideran que se influencia real en el proceso de la toma de decisiones es limitada. Todas las organizaciones profesionales demandan una presencia institucional de participación en el SAAD.

La financiación del sistema ha sido valorada como una suficiencia limitada, situación agravada por la actual crisis económica y financiera. Reconociendo el esfuerzo financiero de la Administración General del Estado, todos los actores consultados, casi sin excepción, demandan transparencia financiera a las Comunidades Autónomas en su aportación a la financiación del SAAD. Respecto de la sostenibilidad futura, los argumentos se centran tanto en la voluntad político-institucional de mantener y desarrollar el SAAD como en la potenciación de la capacidad financiera pública (mejora de los ingresos fiscales vía recuperación del impuesto del patrimonio e incluso aportaciones de la Seguridad Social) y privada (extensión de los productos financieros privados de seguro de dependencia).

Las propuestas de mejora y perfeccionamiento del SAAD se resumen como sigue:

- Medidas conducentes a estabilizar el diseño y composición de los equipos profesionales de valoración y de definición del PIA en base a las mejores prácticas.
- El desarrollo de los servicios es central para el devenir de la eficacia del sistema y su contribución al empleo. La inversión en esta campo es obligada por parte del sector público así como la mejora las formas de colaboración entre aquél y los proveedores privados, mercantil y economía social. Y como principio general: que las prestaciones en servicios sean flexibles para adaptarse a las condiciones reales de la persona en situación de dependencia.
- La gestión del caso y la definición precisa de perfiles profesionales, junto a avances en acreditación y calidad, son elementos fundamentales para el desarrollo de una oferta eficiente de servicios asistenciales.
- La Gobernanza del SAAD el aspecto que más preocupa a las organizaciones consultadas. De manera unánime se demanda una mejora de la cooperación entre la Administración General del Estado y las Comunidades Autónomas, así como un refuerzo de la capacidad de coordinación de la primera; avanzar en la coordinación entre servicios sociales y sanitarios; y poner en valor el papel institucional de las Corporaciones Locales. Los Consejos consultivos y miembros del Comité consultivo del SAAD demandan una participación más efectiva en el gobierno del sistema.

- La Financiación del SAAD no solo debe ser suficiente sino, sobre todo, sostenible a largo plazo. Para garantizar la sostenibilidad los actores sociales demandan un reforzamiento de la capacidad de coordinación de la Administración General del Estado, mejora de la capacidad fiscal del Estado así como intensificar la colaboración entre el sector público y el sector privado.
- La transparencia de la Información es otra demanda que surge de la consulta: ampliar los indicadores públicos que deben informar sobre la actividad e impacto social y económico del SAAD.

9. INFORME SOBRE CONSULTA REALIZADA A LA FEDERACIÓN ESPAÑOLA DE MUNICIPIOS Y PROVINCIAS (FEMP)

Se ha realizado una consulta al servicio técnico de la Comisión Bienestar Social de la FEMP con el fin de recoger su valoración de la implantación del SAAD.

Dicho servicio hace una valoración positiva del desarrollo del SAAD en general y de su implantación en el ámbito de las Corporaciones Locales. Considera que la aprobación de un derecho subjetivo a las prestaciones de autonomía y dependencia es un paso adelante en el bienestar de los ciudadanos a la vez que consolida el sistema de servicios sociales en el que se incardina el SAAD. Dicho desarrollo, sin embargo, no se ha plasmado en un reconocimiento y fortalecimiento del gobierno local en el SAAD en correspondencia con su importancia institucional y operativa.

Las Corporaciones Locales están teniendo un papel activo en la difusión de la información del SAAD a los ciudadanos, en la gestión del acceso al sistema y en la gestión de los servicios de proximidad – SAD y teleasistencia, sobre todo -, de manera directa y a través de fórmulas de colaboración con la Administración

Autonómica. Ello está facilitando el dar un mayor contenido y estabilidad a la rama local de servicios sociales locales.

La participación activa de los entes locales en el desarrollo local ha supuesto un esfuerzo presupuestario adicional con plantillas de gestión escasamente incrementadas, excepto en lo referente a valoración y gestión de servicios públicos nuevos. También un esfuerzo presupuestario en gastos de gestión, si bien se desconoce su volumen en comparación con los gastos directos de gestión de servicios y prestaciones. Se desconoce el peso del copago en la financiación local de los servicios de proximidad si bien se sitúan en una banda del 10-20 por ciento del coste total.

El desarrollo del SAAD está suponiendo una extensión y un reforzamiento de la rama de los servicios sociales que se ampliará con la puesta en marcha del grado I, nivel 2. Existe preocupación en lo referente a las implicaciones financieras de dicha extensión en las Corporaciones Locales y su impacto en el resto de los servicios sociales que parecen haber sufrido una cierta detracción de recursos humanos y financieros en favor de los servicios del SAAD.

Finalmente, los servicios técnicos de la Comisión de Bienestar Social de la FEMP proponen tres líneas generales de mejora del SAAD en su dimensión local: a) Reforzar la dimensión institucional de las CCLL en el SAAD de modo que tengan éstas una mayor capacidad de codecisión con la AGE y las Comunidades Autónomas; b) intensificar la inversión en la oferta de servicios de proximidad con el fin de que sea más atractiva que la prestación económica de cuidados no profesionales; c) reconocer el actual esfuerzo financiero de las CCLL en materia de servicios sociales a la vez que garantizar su capacidad financiera para hacer frente al despliegue de los servicios de proximidad de atención a la dependencia.

10. ANÁLISIS DE LA ENCUESTA A LAS PERSONAS BENEFICIARIAS Y PERSONAS CUIDADORAS .

En el proceso de evaluación del impacto del SAAD se ha recogido la opinión de la población beneficiaria y de las personas cuidadoras. Para ello se ha realizado encuesta en base a una muestra representativa de 2.500 unidades mediante muestreo aleatorio simple. La extracción se realizó a finales de mayo de este año y la recogida de información mediante encuesta telefónica ha tenido lugar en el mes de julio y la primera semana de septiembre de 2011 tanto a domicilio como en residencias.

En el informe se analizan los resultados de la encuesta centrándose en la valoración que tanto ellos como sus cuidadores, si los hubiera, realizan sobre la LAPAD y sobre aspectos concretos de la misma, es decir, la satisfacción de los beneficiarios con el proceso de valoración de su dependencia, su valoración de los servicios recibidos, su juicio sobre la efectividad de las prestaciones y su opinión general sobre la protección de la dependencia. En una segunda parte, se describe la opinión de los cuidadores sobre la efectividad de las prestaciones y su valoración global del sistema.

Una última puntualización se refiere al hecho de que la encuesta habla sólo de beneficiarios y de sus cuidadores, por lo que sus opiniones no tienen por qué representar a la de otras personas, sean dependientes o no, ni a los familiares que los atiendan si lo necesitan.

La satisfacción de los beneficiarios con la valoración recibida del grado y nivel de dependencia se aproxima al notable (3,4) en una escala de 0 a 5. Los factores que introducen mayores diferencias entre ellos son la edad –que provoca oscilaciones de 6 décimas y el grado y nivel de dependencia. La

satisfacción mayor se da entre los dependientes de más edad (3,5 a 80 y más años), los de más gravedad (3,5 los de grado III).

En cuanto a la valoración de los servicios y prestaciones económicas recibidos obtienen la puntuación más elevada próxima al sobresaliente (4,4). Las variables más relevantes en este apartado son la prestación principal recibida, la edad y la toma en consideración de la opinión del beneficiario. En el primer caso, se observan valoraciones de los servicios que van del máximo (4,7) de quienes reciben Atención residencial, cuidados en un Centro de día y noche, Servicio ayuda domicilio o Teleasistencia y el mínimo (4) de los que tienen la prestación económica para el cuidador familiar, aunque como se ha comprobado, todas las prestaciones reciben una nota alta. En el segundo, la puntuación máxima corresponde a los beneficiarios de más de 70 años (4,5) y la mínima a los de 40 a 49 años (3,9). Por último, los dependientes valoran mucho que se haya tenido en cuenta su opinión (4,6) penalizando las demás opciones (4,1). Aunque pudiera esperarse otra cosa, ni el hecho de pagar por el servicio recibido ni la puntualidad en la recepción del mismo tienen influencia apreciable en la valoración otorgada. Tampoco se observa influencia alguna del grado y nivel de dependencia en la valoración de los servicios recibidos, que, sin embargo, deben de ser diferentes; todos los grupos asignan exactamente la misma nota (4,4).

Los beneficiarios otorgan un notable (3,6) a la efectividad de las prestaciones recibidas. La variable que más incide en esta puntuación es la valoración de los servicios que muestra una estrecha correlación: quienes valoran bien los servicios recibidos los consideran muy eficaces (3,9), mientras que quienes los valoran mal los juzgan con severidad (1,6). Además, influye la toma en consideración de la opinión del beneficiario y la recepción de las prestaciones, que introducen oscilaciones de 7 décimas entre las puntuaciones otorgadas. Solamente el 8% de los beneficiarios afirman que las prestaciones son poco o

nada efectivas. Las demoras superiores a los 6 meses en la recepción de las prestaciones reducen la valoración media (3,5)

Hay una correlación evidente entre la valoración de la calidad de los servicios recibidos y el juicio sobre la efectividad de los mismos. Cuando un beneficiario considera que los servicios que recibe son de mala calidad, su juicio sobre su efectividad es muy negativo.

Como se ha expuesto, la opinión general de los beneficiarios respecto de la LAPAD bordea el notable (3,4). Los tres elementos que más influyen en esta opinión son de carácter subjetivo: la satisfacción con la valoración efectuada, el juicio sobre la efectividad de las prestaciones y la valoración de los servicios. Los dos primeros factores provocan divergencias de opinión de hasta 1,7 puntos y el último de 1,3 puntos entre los más y los menos favorables a la ley. Obviamente existe una estrecha relación entre la valoración de las fases del sistema y la valoración general del mismo.

Ninguno de los encuestados que recibe una prestación económica vinculada a un servicio declara una opinión negativa sobre el sistema de la atención a la dependencia. Su valoración media (3,6) queda, sin embargo, por debajo de quienes disponen de teleasistencia (3,7) y se sitúa a la par de quienes tienen una prestación por asistente personal. Los beneficiarios de servicios de centros de día o noche son los más críticos (3,2 puntos solamente) y con una proporción de opiniones negativas que alcanza el 4%.

Por lo que se refiere a las personas cuidadoras, conceden un notable (3,7) a la ley de dependencia y a los servicios que ofrece a los dependientes y destacan por la proporción de opiniones muy positivas: más de 13 puntos porcentuales de diferencia, es decir, más de un 50% adicional.

Los cuidadores otorgan casi un notable (3,4) a la efectividad de las prestaciones recibidas por los beneficiarios, cuya opinión es un poco más favorable aún. Sus

opiniones varían sobre todo en función de su edad (hasta 1,1 puntos), los años de cuidados (0,8 puntos) y las horas de cuidados (0,5), aunque las oscilaciones pueden considerarse, en parte, aleatorias debido al escaso tamaño de algunos colectivos. En términos generales, se aprecia que los cuidadores antiguos (3,4) juzgan más efectivas las prestaciones que los nuevos (3,3). En años de cuidados, son los que llevan 3 años quienes puntúan más alto (4), si bien la tendencia por duración es más bien negativa. Por horas diarias de cuidados, son los de 16 a 20 los que otorgan la nota más alta (3,7), aunque las variaciones de una a otra categoría no parecen ser más que aleatorias.

Muy lejos de esta relevancia, otras características que inciden en la opinión de los cuidadores son su edad, el parentesco con la persona dependiente y los años y horas de cuidados, pero con variaciones de sólo 4 décimas.



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE SANIDAD, POLÍTICA SOCIAL
E IGUALDAD

PARTE PRIMERA



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE SANIDAD, POLÍTICA SOCIAL
E IGUALDAD

CAPITULO I

ANÁLISIS NORMATIVO



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE SANIDAD, POLÍTICA SOCIAL
E IGUALDAD

INTRODUCCIÓN

El objetivo del presente informe es realizar la evaluación de los resultados de la aplicación de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia desde el punto de vista del proceso normativo llevado a cabo por las Administraciones competentes.

En el contenido del informe se analiza la normativa estatal y autonómica referente a la promoción de la autonomía personal y de protección de las situaciones de dependencia hasta finales del año 2010. Si embargo, se incluyen asimismo algunas normas relevantes referentes al tema, publicadas a lo largo del presente año 2011.



CAPITULO I. ANÁLISIS NORMATIVO

1. ANTECEDENTES

Con anterioridad a la aprobación de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre de 2006, de Promoción de la Autonomía personal y Atención a las personas en situación de dependencia (LAPAD), España disponía de copiosa normativa relativa a la protección de las situaciones de dependencia desde los distintos ámbitos, como sanidad, seguridad social, educación, servicios sociales, trabajo o urbanismo. Sin embargo, el contingente de personas afectadas y la problemática derivada de dicha situación había sufrido un gran aumento y complejidad en los últimos años, debido principalmente al envejecimiento de la población y a la incorporación de la mujer al mercado laboral. La nueva situación desbordaba las posibilidades de los sistemas de bienestar social, especialmente de los servicios sociales, con recursos limitados y con un carácter básicamente asistencialista, ya que para acceder a muchas de las prestaciones se debía acreditar previamente el estado de necesidad y la insuficiencia de recursos.

No obstante, debe tenerse en cuenta que las principales carencias se centraban fundamentalmente en dos colectivos, las personas menores de edad y las personas mayores de 65 años, que no disponían de prestaciones económicas para la ayuda para la realización de las actividades de la vida diaria. Las personas con discapacidad, a partir de la edad laboral o la mayoría de edad, disponían de diversas medidas protectoras para esta contingencia, como la pensión de gran invalidez de la seguridad social contributiva, el complemento de la prestación de invalidez y de las prestaciones por familiares a cargo no contributivas o el subsidio de tercera persona de la Ley de Integración Social de los Minusválidos (LISMI).

En relación a los servicios para atender al colectivo de personas en situación de dependencia y sus familias, desde los servicios sociales autonómicos y locales se habían desarrollado programas y servicios, que, a pesar de los grandes esfuerzos realizados, resultaron insuficientes para atender la creciente demanda.

Desde el punto de vista normativo, a principios de siglo ya se habían regulado diversos aspectos relacionados con los derechos de este colectivo y articulado respuestas desde el Estado y las Comunidades Autónomas (ver Anexo Tabla 1). Se puede afirmar que todas las Comunidades Autónomas tenían regulado sistemas de protección para personas mayores y para discapacidad, aunque fuera con normas de rango inferior a ley.

- **Antes de la LAPAD se disponía de normativa protectora de las situaciones de dependencia, establecida desde los distintos ámbitos del bienestar: salud, educación, servicios sociales, seguridad social, trabajo o urbanismo.**
- **En los últimos años se produce un incremento de las situaciones y de la complejidad de la problemática derivada de la dependencia, debido al aumento del envejecimiento y de la incorporación de la mujer al mundo laboral.**
- **Las principales carencias asistenciales se centraban en las personas menores y las personas mayores de 65 años en situación de dependencia.**
- **El ámbito más afectado era el de los servicios sociales, que no disponía de recursos suficientes para afrontar las crecientes necesidades derivadas de la dependencia.**
- **Se disponía de normativa estatal y autonómica que regulaba servicios y prestaciones para este colectivo y establecía medidas para su atención, siendo igualmente insuficiente.**
- **Se realizaron investigaciones que pusieron al descubierto la magnitud del fenómeno y sus principales características.**
- **Era necesario incrementar las medidas legales y financieras para afrontar dicha situación y garantizar a este colectivo y sus familias el derecho a los servicios y prestaciones que les garantizaran el derecho a una vida digna.**

2. LA LAPAD

2.1. MODELO

En el proceso legislativo de elaboración de la LAPAD se adoptaron decisiones relevantes que caracterizaron a esta norma y condicionaron su desarrollo. La primera de ellas giraba en torno al ámbito de la Ley, configurándose como una ley reguladora de prestaciones de servicios sociales, bajo el principio de un modelo de atención integral e integrada (arts. 3, o 15.1). La segunda cuestión, se refería al título competencial que facultaba al Estado para regular dicha materia (servicios sociales), ya que, de acuerdo con las previsiones constitucionales (asistencia social –art. 148. 1. 20. CE-) y los EA, las Comunidades Autónomas la habían asumido como competencia exclusiva. Se barajaron diversas alternativas competenciales posibles, como la inclusión de la autonomía-dependencia en el sistema de seguridad social –en la modalidad contributiva o la no contributiva- en cuyo caso el Estado dispondría de la competencia para establecer *la legislación Básica* y el régimen económico (Art. 149.17 CE), o tratar el tema desde la vertiente de la igualdad de derechos y deberes de todos los españoles, que permite al Estado regular las *condiciones básicas* que garanticen la igualdad de todos los españoles en el ejercicio de los derechos y en el cumplimiento de los deberes constitucionales (Art. 149.1.1). La elección de esta segunda opción (Disposición final octava) circunscribe, pues, las competencias estatales al establecimiento de las citadas “condiciones básicas” y obliga a una cooperación en el nuevo sistema de todas las administraciones implicadas.

La tercera decisión básica se refiere a la determinación de la fortaleza del derecho que se pretendía instaurar, es decir, decidir entre una prestación asistencial y selectiva (solo para personas sin recursos) u otra de derecho subjetivo y universal (para todos los ciudadanos), con garantía pública. La

opción elegida fue esta última, ya que la Ley reconoce el derecho subjetivo de ciudadanía. Todavía debemos referirnos a una cuarta característica del modelo relativa al ámbito protector; desde el punto de vista personal, se trataba de determinar si se daba cobertura a toda la población en situación de dependencia o sólo a determinados colectivos (especialmente al más desprotegido y numeroso de las personas mayores). Aunque esta última alternativa parecía ser la idea inicial, durante la tramitación se fue ampliando hasta alcanzar a todo el colectivo, que, como señala la LAPAD, afecta a todos los ciudadanos en cualquier parte del territorio español. En cuanto al ámbito de actuación, se podía ceñir a la atención a las situaciones de dependencia o ampliarlo también a la promoción de la autonomía, optando formalmente por la inclusión de ambos.

Estas notas –prestaciones de servicios sociales para la promoción de la autonomía y atención a las situaciones de dependencia, como derecho subjetivo universal para toda la población, con garantía pública, a través de la cooperación de todas las administraciones implicada en el sistema- son las que consideramos caracterizan el modelo español de promoción de la autonomía personal y atención a las situaciones de dependencia.

2.2. CONTENIDO

Con el fin de facilitar el análisis de las normas de desarrollo de la LAPAD se presentan a continuación los aspectos más relevantes del contenido de dicha ley.

2.2.1 Competencias

El Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD) se configura mediante la colaboración y participación de todas las administraciones y en la gestión optimiza los recursos públicos y privados disponibles.

— *Administración General del Estado (AGE)*

- ✓ Determinar, oído el Consejo Territorial (CT), el *nivel mínimo*.
- ✓ Garantizar el *nivel mínimo* de protección.
- ✓ Abonar la parte que le corresponda del nivel acordado de protección.
- ✓ Participar en el Consejo Territorial.
- ✓ Negociar y, en su caso, acordar los convenios de colaboración con cada Comunidad Autónoma, para el desarrollo del marco de cooperación interadministrativa, que deberán contener:
 - Indicación de las aportaciones del Estado para la garantía del nivel mínimo, de acuerdo con la normativa que actualiza anualmente dicho nivel.
 - Objetivos medios y recursos para la aplicación de los servicios y prestaciones, incrementando el nivel mínimo de protección del Estado.
 - Financiación que corresponde a cada Administración y los términos y condiciones para su revisión.
 - Aplicación de los criterios de reparto.

— *Consejo Territorial (CT)*

- ✓ Órgano central de articulación y cooperación del SAAD
- ✓ Las Comunidades Autónomas tendrán mayoría de representantes
- ✓ Competencias
 - Acordar el marco de cooperación interadministrativa.

- Establecer los criterios para determinar la intensidad de la protección.
- Acordar las condiciones y cuantía de las prestaciones económicas.
- Adoptar los criterios de participación de las personas beneficiarias en el coste de los servicios.
- Acordar el baremo, los criterios básicos y los órganos de valoración.
- Acordar planes, proyectos y programas conjuntos.
- Adoptar criterios comunes de actuación y evaluación del sistema
- Acordar los criterios de calidad y seguridad para los centros y servicios.
- Facilitar documentos, datos y estadísticas comunes.
- Establecer mecanismos de coordinación para el caso de personas desplazadas.
- Informar la normativa estatal de desarrollo de la ley.
- Servir de cauce de cooperación, comunicación e información entre las administraciones públicas.
- Acordar criterios de calidad y seguridad, los indicadores de calidad, las guías de buenas prácticas y la cartera de servicios.

Además de estas competencias generales, tienen, asimismo, asignadas funciones en los asuntos concretos siguientes:

- Acordar las condiciones de acceso al SAAD de los emigrantes españoles retornados.

- Proponer la fórmula de determinación de la capacidad económica en atención a la renta y el patrimonio del solicitante.
- Promover acciones de apoyo a las personas cuidadoras no profesionales que incorporarán programas de formación, información y medidas para atender los periodos de descanso.
- Acordar criterios, recomendaciones y condiciones mínimas que deberían cumplir los Planes de Prevención de las Situaciones de Dependencia que elaboren las Comunidades Autónomas, con especial consideración de los riesgos y actuaciones para las personas mayores.
- Acordar los criterios básicos de procedimiento para el reconocimiento de la situación de dependencia y las características comunes del órgano y profesionales que procedan al reconocimiento.
- Fijar los criterios comunes de acreditación de centros y planes de calidad del SAAD, dentro del marco general de calidad de la Administración General del Estado (AGE)
- Acordar los objetivos y contenidos de la información del sistema de información del SAAD.
- Acordar los estándares esenciales de calidad para cada uno de los servicios que conforman el Catálogo.
- Promover la adopción de un plan integral de atención para los menores de 3 años en situación de dependencia, en el que se contemplen las medidas a adoptar por las Administraciones Públicas, sin perjuicio de sus competencias, para facilitar atención

temprana y rehabilitación de sus capacidades físicas, mentales e intelectuales.

- Realizar una evaluación de los resultados de la ley, transcurridos los primeros tres años de su aplicación progresiva, proponiendo las modificaciones en la implantación del Sistema que, en su caso, estime procedentes.

— *Comunidades Autónomas (CCAA)*

- ✓ Participar en el Consejo Territorial.
- ✓ Negociar y, en su caso, acordar los convenios de colaboración con la Administración General del Estado (AGE) para el desarrollo del marco de cooperación interadministrativa.
- ✓ Establecer, si lo considera oportuno, un nivel adicional de protección.
- ✓ Abonar la parte que corresponda del nivel acordado de protección.
- ✓ En el marco del SAAD:
 - Planificar, ordenar, coordinar y dirigir los servicios
 - Gestionar los servicios y recursos para la valoración y atención a la dependencia.
 - Establecer los procedimientos de coordinación sociosanitaria y, creando, en su caso, los órganos de coordinación para garantizar una efectiva atención.
 - Crear y actualizar el Registro de centros y servicios y facilitar la acreditación que garantice los requisitos y estándares de calidad.

- Asegurar la elaboración de los programas individuales de atención (PIA).
- Inspeccionar y, en su caso, sancionar los incumplimientos
- Evaluar periódicamente el funcionamiento del sistema.
- Aportar a la Administración General del Estado (AGE) la información necesaria para la aplicación de los criterios de financiación.
- Establecer el régimen jurídico y las condiciones de actuación de los centros privados concertados.

— *Ceuta y Melilla*

En el caso peculiar de estas dos ciudades con Estatuto de Autonomía propio corresponde al IMSERSO, a través de sus Direcciones Territoriales, desarrollar el SAAD.

— *Administración Local (AL)*

- ✓ Podrán participar en el Consejo Territorial, en la forma y condiciones que éste disponga.
- ✓ Gestión de los servicios dentro de las competencias que la legislación vigente le confiere.

2.2.2 **Derecho a los servicios y prestaciones**

— **Naturaleza**

- ✓ Derecho subjetivo de ciudadanía: catálogo de servicios y prestaciones económicas

- ✓ De concurrencia (sometidos a disponibilidades presupuestarias): ayudas económicas para facilitar la autonomía personal (ayudas técnicas e instrumentos; accesibilidad y adaptaciones del hogar)

— Niveles de protección

- ✓ Mínimo (AGE)
- ✓ Acordado (AGE-CA)
- ✓ Adicional (CA)

— Catálogo de servicios, prestaciones económicas y ayudas

- ✓ Catálogo de servicios (prioridad)
 - Prevención situaciones de dependencia y promoción de la autonomía personal
 - Teleasistencia
 - Ayuda domicilio
 - Atención necesidades del hogar
 - Cuidados personales
 - De Centro de día y de noche
 - Centro de día para mayores
 - Centro de día para menores de 65 años
 - Centro de día de atención especializada
 - Centro de noche
 - De atención residencial



- Residencia de personas mayores en situación de dependencia
- Centros de atención a personas en situación de dependencia, en razón de los distintos tipos de discapacidad
- Prestaciones económicas
 - Vinculada al servicio

Si no es posible el acceso a servicios del SAAD
 - Para cuidados en el entorno familiar a cuidadores no profesionales Excepcional
 - De asistencia personal
- Ayudas económicas
 - Para facilitar la autonomía personal
 - Ayudas técnicas e instrumentos
 - Accesibilidad y adaptación del hogar

2.2.3 Derechos y deberes

— *Derechos*

- ✓ A acceder en condiciones de igualdad a las prestaciones y servicios, con independencia del lugar del territorio donde residan.
- ✓ A disfrutar de los derechos humanos y libertades fundamentales, con pleno respeto de su dignidad e intimidad.

- ✓ A recibir información completa y continuada en términos comprensibles y accesibles sobre su situación.
- ✓ A ser advertido sobre procedimientos docentes o de investigación.
- ✓ Al respeto a la confidencialidad.
- ✓ A participar en la formulación y aplicación de las políticas que afecten a su bienestar.
- ✓ A decidir sobre la tutela de su persona y bienes para el caso de pérdida de capacidad de autogobierno.
- ✓ A decidir libremente sobre el ingreso en un centro residencial.
- ✓ Al ejercicio pleno de sus derechos jurisdiccionales en caso de internamientos involuntarios.
- ✓ Al ejercicio pleno de sus derechos patrimoniales.
- ✓ A iniciar las acciones administrativas y jurisdiccionales en defensa del derecho de acceso en condiciones de igualdad a las prestaciones.
- ✓ A la igualdad de oportunidades, no discriminación y accesibilidad universal.
- ✓ A no sufrir discriminación por razón de orientación o identidad sexual.

— *Deberes*

- ✓ Suministrar información y datos requeridos por las Administraciones públicas competentes.
- ✓ A comunicar todo tipo de ayudas personalizadas que reciban.

- ✓ A aplicar las prestaciones económicas a las finalidades para las que fueron otorgadas.
- ✓ Cualquier otra obligación prevista en la legislación.

2.2.4 Garantía de los derechos

Los poderes públicos adoptaran las medidas necesarias para promover y garantizar el respecto a los derechos, sin más limitaciones que los derivados de la falta de capacidad de obrar.

2.2.5 Financiación

— Administración General del Estado (AGE)

- ✓ Coste derivado del nivel mínimo garantizado
- ✓ Parte correspondiente del nivel acordado (convenios) con las Comunidades Autónomas (hasta 2015)
- ✓ Pago de las cuotas de la seguridad Social de los cuidadores no profesionales.

— Comunidades Autónomas (CCAA)

- ✓ Parte correspondiente del nivel acordado (convenios) con la Administración General del Es
- ✓ Coste del nivel adicional voluntariamente establecido
- ✓ La aportación anual de cada Comunidad Autónoma será al menos igual a la de la Administración General del Estado (coste nivel mínimo y acordado)

2.2.6 Personas usuarias

- ✓ Principio de participación de las personas beneficiarios en el coste del servicio y modulación de las cuantías de las prestaciones económicas
- ✓ Criterios: tipo y coste del servicio y capacidad económica personal.
- ✓ Garantía de que ningún beneficiario quedará fuera de la cobertura del Sistema por no disponer de recursos económicos.

2.2.7 Sistema: SAAD

- ✓ Configuración: una *red de utilización pública* coordinada, compuesta por centros públicos y privados acreditados
- ✓ Objetivos:
 - Garantizar las condiciones básicas y el contenido común.
 - Encauzar la colaboración y participación de las Administraciones públicas.
 - Optimizar recursos públicos y privados
 - Contribuir a la mejora de las condiciones de vida de los ciudadanos
- **El modelo de atención a la dependencia español se caracteriza por las siguientes notas:**
 - **DERECHO SUBJETIVO**
Es un derecho subjetivo de ciudadanía
 - **UNIVERSAL**
Con un contenido mínimo común de derechos para toda la ciudadanía en cualquier parte del territorio español
 - **SERVICIOS SOCIALES**
Las prestaciones del SAAD se incardinan en el ámbito de

los servicios sociales.

○ **AUTONOMÍA-DEPENDENCIA**

El objeto es la promoción de la autonomía personal y la atención a las personas en situación de dependencia

○ **GARANTÍA PÚBLICA**

El Consejo Territorial del SAAD como instrumento de cooperación interadministrativa

○ **GESTIÓN MIXTA**

El SAAD optimiza recursos públicos y privados

- El título competencial del Estado se basa en la regulación de las *condiciones básicas* que garanticen la igualdad de derechos y deberes constitucionales de todos los españoles.
- Establece una preferencia por los servicios sobre las prestaciones económicas
- Las ayudas económicas para la autonomía personal no son un derecho subjetivo, a diferencia de las prestaciones.
- Es un sistema que contempla el copago de servicios por parte de las personas usuarias, si bien ninguna persona quedará fuera de la cobertura del Sistema por no disponer de recursos económicos.

3. OTRAS LEYES QUE INCIDEN EN LA REGULACIÓN DE LA PROMOCIÓN DE LA AUTONOMÍA Y LA PROTECCIÓN DE LA DEPENDENCIA.

Además de la LAPAD, otras leyes inciden en la promoción de la autonomía y la protección a la dependencia, ya que se trata de un ámbito transversal que a los afectan sectores de la salud, la educación, los servicio sociales, las pensiones o el urbanismo.

Estas normas deben estar presentes en cualquier análisis que se realice sobre la LAPAD y su desarrollo, ya que se refieren a los aspectos substantivos,

competenciales y organizativos de la promoción de la autonomía personal y la atención a las situaciones de dependencia.

3.1. ÁMBITO ESTATAL

Parece obligado hacer una breve referencia a algunas leyes estatales vigentes debido a la incidencia que tienen en el ámbito de la dependencia y que, por tanto, deben ser consideradas en las normas que se dicten para este colectivo.

3.1.1 Leyes específicas

La Ley 13/1982, de 30 de abril, de Integración Social de los Minusválidos (LISMI), que desarrolla el artículo 49 de la CE, estableció distintos servicios y prestaciones económicas para las personas con discapacidad. Esta ley se refiere a los servicios de información, orientación familiar, atención domiciliaria, atención residencial, asistencia sanitaria y prestación farmacéutica, recuperación y rehabilitación. También preveía prestaciones económicas entre las que incluye dos subsidios para las personas en situación de dependencia: subsidio por ayuda de tercera persona (para realizar los actos esenciales de la vida, tales como vestirse, desplazarse, comer y análogos) y el subsidio de movilidad y compensación de los gastos de transporte.

La Ley 51/2003, de 2 de diciembre, de igualdad de oportunidades, no discriminación y accesibilidad universal de las personas con discapacidad (LIONDAU) tiene igualmente interés en el ámbito de la dependencia, especialmente por los principios que establece y define (vida independiente, normalización accesibilidad universal, diseño para todos, dialogo civil y transversalidad de las políticas) y las medidas que establece (igualdad de oportunidades y de fomento y defensa).

A pesar de que la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (2006) sea una norma originaria internacional, al haber sido

firmada y ratificada por España, desde el pasado 3 de mayo, forma parte del ordenamiento jurídico español. Por tanto, todas las normas deben respetar sus principios (el respeto de la dignidad inherente, la autonomía individual, incluida la libertad de tomar las propias decisiones, y la independencia de las personas; la no discriminación; la participación e inclusión plenas y efectivas en la sociedad; el respeto por la diferencia y la aceptación de las personas con discapacidad como parte de la diversidad y la condición humanas; la igualdad de oportunidades; la accesibilidad; la igualdad entre el hombre y la mujer; el respeto a la evolución de las facultades de los niños y las niñas con discapacidad y de su derecho a preservar su identidad) y todos los derechos que establece (igualdad y no discriminación; accesibilidad; derecho a la vida, a la educación; libertad y seguridad; protección contra la violencia y abusos; vida independiente e inclusión social; acceso a la información; respeto a la privacidad; esputo al hogar y la familia; habilitación y rehabilitación; trabajo; nivel de vida adecuado y protección social; participación; etc.). Esta Convención establece, pues, un nuevo marco legal fundamentado en los Derechos Humanos, que exige la adaptación de la normativa española. Con esta finalidad ha sido aprobada la Ley 26/2011, de 1 de agosto, de adaptación normativa a la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.

3.1.2. Leyes sectoriales

— Seguridad Social

La acción protectora de la seguridad social prevé, en algunas de sus prestaciones, complementos o diferencias cuantitativas o cualitativas en el caso de que la persona beneficiaria requiera la ayuda de asistencia de otra persona para los actos esenciales de la vida diaria.

Los complementos o diferencias cuantitativas se contemplan en el complemento de la pensión de gran invalidez, la asignación económica por hijo a cargo mayor



de 18 años con un grado de minusvalía igual o superior al 75%, el complemento de necesidad de otra persona de la pensión de invalidez no contributiva, y el subsidio de ayuda a tercera persona de la Ley 13/1982, de 7 de abril, de Integración Social de los Minusválidos (LISMI).

Dentro de las diferencias cualitativas se puede citar a las personas beneficiarias de la pensión a favor de familiares, al incluir a los nietos y hermanos huérfanos de padre y madre, varones o mujeres, siempre que, además de otros requisitos, en la fecha del fallecimiento tuvieran reducida su capacidad de trabajo en un porcentaje valorado en grado de incapacidad permanente de gran invalidez (también en caso de incapacidad permanente absoluta), y a los padres y abuelos que, entre otros requisitos, estén incapacitados para todo trabajo (comprendiendo también, por tanto, la gran invalidez).

La seguridad social establece, asimismo, determinada protección a familiares que cuiden de personas que necesiten ayuda para las actividades básicas de la vida diaria.

Así, entre las prestaciones familiares, con carácter contributivo, se establece que el primer año del período de excedencia que disfruten los trabajadores para el cuidado de familiares, hasta el segundo grado de consanguinidad o afinidad, que, por razones de edad, accidente, enfermedad o discapacidad, no puedan valerse por sí mismos, y no desempeñen una actividad retribuida, se considerará efectivamente cotizado a los efectos de jubilación, incapacidad permanente, muerte y supervivencia, maternidad y paternidad.

También dentro de la pensión a favor de familiares, se incluyen como beneficiarios a los hijos y hermanos de pensionistas de jubilación o incapacidad permanente, ambas en su modalidad contributiva, o de aquellos trabajadores que al fallecer reunían los requisitos para el reconocimiento del derecho a pensión de jubilación o de incapacidad permanente (cuyo expediente de

incapacidad permanente se encontrara pendiente de resolución), varones o mujeres mayores de 45 años, que estén solteros, viudos, separados judicialmente o divorciados, siempre que acrediten dedicación prolongada al cuidado del causante fallecido.

Sin embargo, la acción protectora de la seguridad social no resulta suficiente para otorgar la adecuada protección a las personas en situación de dependencia y sus familias. No siempre se dispensa una protección específica para las personas que precisan la ayuda de tercera persona en la realización de las actividades básicas de la vida diaria frente a las personas que presentan otro tipo de incapacidades o necesidades; no toda la protección se extiende al nivel no contributivo; en ocasiones existen limitaciones al acceso a la prestación relacionadas con la edad de las personas beneficiarias o con sus ingresos económicos; y no se prevén prestaciones de servicios destinadas a la prevención y promoción de la autonomía personal, y la atención a la dependencia.

— Sanidad

En el reconocimiento general al derecho a la salud y su universalización ocupa un lugar destacado la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad y las normas de desarrollo, aunque en relación a la dependencia afecta más directamente la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud (SNS), que se refiere a las prestaciones *sociosanitarias* como respuesta a muchas de las necesidades originadas por situaciones de dependencia. Esta norma determina las personas destinatarias de las citadas prestaciones (aquellos enfermos, generalmente crónicos, que por sus especiales características pueden beneficiarse de la actuación simultánea y sinérgica de los servicios sanitarios y sociales para aumentar su autonomía, paliar sus limitaciones y sufrimientos y facilitar su reinserción social, art. 14) y regula las

prestaciones del ámbito sanitario: a) cuidados sanitarios de larga duración; b) la atención sanitaria de convalecencia; c) la rehabilitación en pacientes con déficit funcional recuperable. Para garantizar la continuidad de los servicios remite a la coordinación entre las Administraciones públicas correspondientes.

Sin embargo, a pesar de que la Ley de cohesión y calidad del SNS, comprende las prestaciones sociosanitarias dentro del catálogo de prestaciones de dicho sistema, se observa que la cartera de servicios comunes del SNS, establecida en el Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, no incluye explícitamente las prestaciones sociosanitarias.

El Real Decreto-ley 9/2011, de 19 de agosto, de medidas para la mejora de la calidad y cohesión del sistema nacional de salud, de contribución a la consolidación fiscal, y de elevación del importe máximo de los avales del Estado para 2011, encomienda al Gobierno la elaboración, en el plazo de seis meses, de la Estrategia de Coordinación de la Atención Sociosanitaria, con la finalidad de incidir en la mejora de la calidad de la atención a las personas que reciben servicios sanitarios y de atención social.

— Trabajo

La legislación laboral incluye diversas medidas relacionadas con los trabajadores con discapacidad -generalmente afectan también a los que se hallan en situación de dependencia-, especialmente dirigidas a favorecer la inserción para el trabajo, pero también para facilitar la jubilación anticipada de aquellas personas trabajadores que tengan reconocido un alto grado de discapacidad (65 %) o cuando siendo inferior (mínimo 45%) concurren evidencias que determinan de forma generalizada y apreciable una reducción de la esperanza de vida de esas personas Art. 161, bis, 1 TRLGSS).

En relación a las personas trabajadoras con algún familiar en situación de dependencia, prevé la posibilidad de una reducción de jornada –de al menos un octavo y un máximo de la mitad de la duración de aquélla-, para atender al cuidado del familiar hasta el segundo grado de consanguinidad o afinidad, que, por razones de edad, accidente, enfermedad o discapacidad, no puedan valerse por sí mismos, y no desempeñen una actividad retribuida o para el cuidado directo de algún menor de 8 años, o una persona con discapacidad física, psíquica o sensorial, que no desempeñe una actividad retribuida. Esta reducción de jornada conlleva la disminución proporcional del salario. (Art. 37.5 ET).

Igualmente, en el caso del cuidado a un familiar hasta el segundo grado de consanguinidad o afinidad, que, no puedan valerse por sí mismos, y no desempeñen una actividad retribuida les reconoce el derecho a un período máximo de dos años de excedencia, salvo que se establezca una duración mayor por negociación colectiva (Art. 46.3 ET)

Más recientemente, la ley 39/2010, de 22 de diciembre, establece el derechos de las personas trabajadoras a una reducción de jornada, con la disminución proporcional del salario, de al menos la mitad de su duración para el cuidado durante su hospitalización y tratamiento continuado del menor a su cargo afectado por cáncer o cualquier otra enfermedad grave que implique un ingreso hospitalario de larga duración y requiera la necesidad de su cuidado directo, continuo y permanente y, como máximo, hasta que el menor cumpla los 18 años. Por convenio colectivo, se podrán establecer las condiciones y supuestos en los que esta reducción de jornada se podrá acumular en jornadas completas (Art. 37.5 Estatuto de los Trabajadores).

3.2. ÁMBITO AUTONÓMICO

También la legislación autonómica dispone de normas que regulan los derechos y las prestaciones y servicios de las personas en situación de dependencia y

que enmarcan las normas de desarrollo. De una manera especial, deben tenerse en cuenta las normas más recientes, coetáneas o posteriores a la LAPD, como la reforma de los Estatutos de Autonomía o la nueva generación de leyes autonómicas de servicios sociales, que incorporan nuevos y significativos elementos en relación a las leyes anteriores.

3.2.1 Estatutos de Autonomía

Los Estatutos de Autonomía (EA) iniciales aprobados durante el periodo 1979-1983 y sus modificaciones posteriores, se centraban en la concreción de las competencias que asumían, dentro del marco constitucional, y en la creación y definición de las instituciones autonómicas. Sin embargo, las reformas de los EA aprobados en el periodo 2006-2011¹, además de regular los aspectos institucionales y competenciales, establecen, respetando en todo caso los derechos y libertades constitucionales, los derechos de los ciudadanos y ciudadanas de la comunidad y de las personas que se hallan en su territorio, así como los principios de las políticas a desarrollar en los distintos ámbitos. Esta ley básica de la CA distingue, de forma parecida a la CE, entre los derechos, de aplicación inmediata y con mecanismos de garantía, de los principios que precisan para su eficacia de leyes que los desarrollen. La excepción a este planteamiento lo constituye la reforma del EA de Extremadura (2011) que, como señala explícitamente en el preámbulo de la ley, “opta por no establecer un cuadro diferencial de derechos y deberes de los extremeños”.

La gestación de la reforma de los Estatutos de Autonomía (EA) fue simultánea a los debates sobre la LAPAD, por ello, no debe extrañar que en sus textos se observen frecuentes referencias a los derechos y a la materia relativa a la autonomía y la dependencia. Hasta la fecha se han reformado los Estatutos de autonomía siguientes:

¹ Aunque el periodo de evaluación es hasta el 2010, como se ha señalado, se incluyen algunas referencias importantes del año 2011.

- ✓ Ley orgánica 1/2006, de 10 de abril, de Reforma de la Ley Orgánica 5/1982, de 1 de julio, de Estatuto de Autonomía de la Comunidad Valenciana
- ✓ Ley Orgánica 6/2006, de 19 de julio, de reforma del Estatuto de Autonomía de Cataluña
- ✓ Ley Orgánica 1/2007, de 28 de febrero, de reforma del Estatuto de Autonomía de las Illes Balears
- ✓ Ley Orgánica 2/2007, de 19 de marzo, de reforma del Estatuto de Autonomía para Andalucía
- ✓ Ley Orgánica 5/2007, de 20 de abril, de reforma del Estatuto de Autonomía de Aragón
- ✓ Ley Orgánica 14/2007, de 30 de noviembre, de reforma del Estatuto de Autonomía de Castilla y León
- ✓ Ley Orgánica 1/2011, de 28 de febrero, de reforma del Estatuto de Autonomía de la Comunidad Autónoma de Extremadura

Las principales referencias de los derechos y la distribución competencial en los nuevos EA a las personas en situación de dependencia, ya sea de forma explícita o referida a los colectivos de mayores o de personas con discapacidad, se recogen en el Anexo Tabla 2. Del análisis de dichos preceptos se desprenden las observaciones siguientes:

- a)** Todos los EA reformados se refieren explícitamente a la autonomía personal y a las situaciones de dependencia.
- b)** Todos ellos -excepto Extremadura que se remite a los derechos constitucionales, estatutarios y a los reconocidos en otras leyes-, les reconocen determinados derechos a este colectivo. A menudo la



configuración de dichos derechos es muy amplia, por ello, varios EA (por ejemplo Cataluña, Andalucía, Castilla y León) señalan que debe interpretarse y aplicarse en el sentido más favorable para su plena efectividad y/o en otros casos se prevén Cartas de derechos y deberes que los deberán concretar (por ejemplo Comunidad Valenciana, Cataluña).

- c)** En relación a la distribución competencial, todos los EA asumieron competencias exclusivas en materia de servicios sociales, aunque con distintas denominaciones. Los EA reformados asumen igualmente la competencia *exclusiva*, aunque los refuerzan, para ello, en algunos casos, con el fin de evitar interpretaciones restrictivas, definen su contenido (por ejemplo el EA andaluz señala que “comprenden la potestad legislativa, la potestad reglamentaria y la función ejecutiva, íntegramente y sin perjuicio de las competencias atribuidas al Estado en la Constitución. En el ámbito de sus competencias exclusivas, el derecho andaluz es de aplicación preferente en su territorio sobre cualquier otro, teniendo en estos casos el derecho estatal carácter supletorio”, Art. 42.2.1º) o en otros se concreta el alcance mínimo en materia de servicios sociales (por ejemplo Cataluña, Andalucía, Aragón), que algunos EA extienden a las políticas de atención a personas dependientes (Illes Balears), prevención, atención e inserción social de los colectivos afectados por la dependencia (Castilla y León, Extremadura).

Las cuestiones competenciales fueron objeto de debate político y jurídico durante la tramitación parlamentaria de la LAPAD (ver Diario de Sesiones del Congreso de Diputados, núm. 219, de 30 de noviembre de 2006, Págs. 11127 y 11129) y después en varias Comunidades Autónomas (por ejemplo Dictamen 279, de 29 de enero de 2007, del Consejo Consultivo



de la Generalitat de Cataluña y los Dictámenes 13/2007 y 14/2007, de 21 de marzo, y los acuerdos de la Junta de portavoces y del Gobierno de Navarra, respectivamente, para la interposición de recurso de inconstitucionalidad contra la LAPAD),² que se fundamentan en que la regulación que hacía la LAPAD excedía de las facultades atribuidas por el título competencial estatal del Art. 149.1.1^a (regulación de las condiciones básicas que garanticen la igualdad de todos los españoles en el ejercicio de los derechos y en el cumplimiento de los deberes constitucionales). En cualquier caso, debe tenerse en cuenta que se trata de un tema de debate que exige nuevas formulas colaborativas y de toma de decisiones complejas.

Algunos EA atribuyen directamente a las corporaciones locales (Cataluña) o a los ayuntamientos (Andalucía) competencias de gestión de los servicios sociales del primer nivel; en el caso de las Baleares asigna a los Consejos insulares, además de competencias propias en servicios sociales, otras de relativas a las políticas de protección y atención a personas dependientes.

- d)** El proceso legislativo es variado y desigual, ya que no todas las Comunidades Autónomas han reformado sus estatutos y no han incorporado a este nivel legislativo los derechos de las personas en situación de dependencia.
- e)** Debe destacarse que los textos, además de referirse a las situaciones de dependencia, van incorporando el concepto de autonomía personal.

² Posteriormente la Comunidad Foral desistió del mismo.

- **Legislación estatal**

- La normativa en esta materia debe tener en cuenta los principios y medidas que establece la LISMI, la LIONDAU y la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad.
- El desarrollo reglamentario de la Cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud no incluye explícitamente las prestaciones sociosanitarias.
- Las medidas previstas en la legislación sobre la compatibilidad de la vida laboral, familiar y social a las familias con alguno de sus miembros en situación de dependencia parecen insuficientes para garantizarla.

- **Estatutos de Autonomía reformados**

- Todos los EA reformados se refieren a la dependencia y van incorporando el concepto de autonomía. Asimismo, incluyen los servicios sociales y, en la mayoría de casos, establecen los derechos y principios relativos a dichas materias.
- Refuerzan y concretan la competencia autonómica exclusiva en materia de servicios sociales (excepto los servicios sociales de la Seguridad Social).
- Las normas autonómicas atribuyen importantes competencias/responsabilidades a las Administraciones locales en materia de servicios sociales (especialmente en el nivel primario), que afectan a las funciones, servicios y prestaciones relacionados con la autonomía-dependencia.

3.2.2 Leyes de servicios sociales

— Las leyes de servicios sociales hasta 2005

Las primeras leyes de servicios sociales (1982-1992) no trataban de forma explícita de la dependencia, aunque se referían a las personas con discapacidad

y a los mayores y, asimismo, era objeto de atención la familia, aunque desde su vertiente relacionada con la infancia.

En las segundas leyes de servicios sociales (1993-2005) se observa una incipiente preocupación por los aspectos relacionados por la prevención y la atención a las personas en situación de dependencia y sus familias. Entre estas normas consideramos que sobresalen³ por sus aportaciones la Ley 1/2003, de 24 de febrero, de servicios sociales del Principado de Asturias y la Ley 11/2003 de servicios sociales de la Comunidad de Madrid que marcan el inicio de un proceso de creciente importancia de la dependencia en los servicios sociales. La ley asturiana realiza aportaciones muy significativas, mediante la incorporación al sistema público de servicio sociales de la prestación de apoyos a personas o grupos en situación de dependencia y la asignación a los servicios sociales especializados de las funciones de evaluación y diagnóstico de las situaciones de dependencia, así como de proporcionar apoyos para prevenir y corregir dichas situaciones. Igualmente, concretaba un conjunto de medidas de apoyo que consistían en un conjunto de actuaciones, recursos y medidas que tenían como finalidad dar una respuesta adecuada a sus necesidades y a los correspondientes apoyos en las familias cuidadoras. Por otra parte, esta norma fue la primera que preveía un “catálogo de prestaciones del sistema público de servicios sociales” y de “prestaciones exigibles como derecho subjetivo” que, a pesar de que no se puso en práctica, fue un precedente de los planteamientos de la LAPAD.

La ley madrileña citada establecía como una de sus finalidades la compensación de déficit de apoyo social, centrandó su interés en los factores de vulnerabilidad o dependencia que, por causas naturales o sobrevenidas, se puedan producir

³ Nos referimos específicamente a Leyes de Servicios Sociales, ya que, como se ha visto, se promulgaron otras leyes para mayores o personas con discapacidad o incluso para persona en situación de dependencia, como la citada Ley de Cantabria 6/2001, de 20 de noviembre, de Atención y Protección a las Personas en Situación de Dependencia, que sí trataron de los servicios sociales para el citado colectivo.

en cada etapa de la vida y traducirse en problemas personales. El enfoque amplio que establece esta norma se detallaba en el Título VI que regulaba la finalidad de la atención social a la dependencia, las prestaciones del sistema, la evaluación de necesidades, la libertad de elección, los cuidados informales, medidas a favor de los cuidadores, la formación, la información, los programas de respiro, las facilidades para la conciliación de la vida profesional y familiar.

Al finalizar esta etapa que comentamos (2005) podríamos señalar que los servicios sociales en relación a las situaciones de dependencia presentaba las siguientes notas:

- a)** Los servicios sociales autonómicos disponían de un conjunto de prestaciones técnicas (nivel primario o general: información, orientación, atención domiciliaria, telealarma, etc.; nivel especializado: servicios de atención diurna y residencial para personas con discapacidad y mayores que en muchos casos atendían a personas en situación de dependencia y eran un recurso y un respiro temporal para la familia) y económicas (para ayudas técnicas, para adaptación del hogar, para pago servicios, etc.).
- b)** Los servicios sociales habían avanzado y afianzado considerablemente en los últimos años, aunque presentaban todavía carencias y debilidades relacionadas con los derechos subjetivos, que repercutían negativamente en la atención a las personas en situación de dependencia y sus familiares, especialmente en el caso de las rentas medias, pues los criterios selectivos vedaban su acceso a las ayudas y servicios.
- c)** El carácter selectivo del acceso a muchas de las prestaciones de servicios sociales contrastaba con el acceso universal a las prestaciones sanitarias. No se disponía de un catálogo de prestaciones, como el sanitario, que

concretara las prestaciones mínimas a que se tenía derecho ni existían criterios unificados de copago ni de las obligaciones familiares.

- d)** A pesar de múltiples experiencias sociosanitarias autonómicas no parecía haberse encontrado un modelo satisfactorio de respuestas eficientes para afrontar la problemática social y de salud que suelen presentar las personas en situación de dependencia. El espacio sociosanitario presenta una gran variedad de significados, según los casos, ya que puede referirse de una respuesta institucional o simplemente aludir a técnicas de planificación, intervención u organización de dichas respuestas.
- e)** Tampoco existía un enfoque transversal que permitiera la atención integral a este colectivo y sus familias, que incluyera, además de los ámbitos sociales y sanitarios, la vivienda, la seguridad social, la compatibilidad de la vida familiar y laboral, las pensiones y prestaciones económicas, el urbanismo, el ocio y tiempo libre, etc.
- f)** Las normas estaban más centradas en la dependencia y sus consecuencias que en la prevención y la promoción de la autonomía.
- g)** Era notable la insuficiencia de recursos para atender la creciente demanda y su complejidad.

- Las Leyes de Servicios Sociales autonómicas tratan específicamente de la autonomía-dependencia con aportaciones novedosas a partir de las leyes de Asturias y Madrid (2003) que inician el camino hacia la incorporación de este colectivo a este ámbito.
- Se constatan las diferencias entre los servicios sociales y los sanitarios, ya que los primeros continuaban manteniendo todavía una tendencia asistencialista y no disponían de instrumentos técnicos (carteras o catálogos de servicios y prestaciones) que recogieran las prestaciones mínimas del sistema.
- Existían experiencias autonómicas en el espacio sociosanitario, que presentaban una gran variedad de formas, aunque sin un modelo que se considerara satisfactorio en el ámbito de la autonomía-dependencia
- No se observan planteamientos transversales con un enfoque global de las necesidades, que incluyera además de los ámbitos sanitarios y de servicios sociales, la seguridad social, el trabajo, la educación, la vivienda, el trabajo o el urbanismo.
- La normativa presenta un sesgo favorable a la atención de la dependencia en detrimento de la prevención de la dependencia y la promoción de la autonomía.
- Era notoria la insuficiencia de recursos para atender las crecientes y complejas necesidades derivadas de las situaciones de dependencia.

— El impacto de la LAPAD en los servicios sociales autonómicos

La LAPAD irrumpió con fuerza en los servicios sociales autonómicos, afectando a muchos de sus elementos constitutivos e incorporando nuevos conceptos en el ámbito de la promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia.

Este impacto hacía preveer una compleja operación de recepción de la LAPAD para su encaje en los servicios sociales autonómicos, ya que requeriría cambios significativos en los aspectos conceptuales, legislativos, organizativos y financieros. Del análisis conjunto de la LAPAD y de las leyes autonómicas de

servicios sociales consideramos que los principales aspectos que debían ser tenidos en cuenta para una adecuada recepción eran los siguientes:

a) Legislativos

- Inclusión del concepto de derecho subjetivo, incorporando los reconocidos en la LAPAD.
- Revisar los posibles efectos que pueda tener la recepción de los derechos para las personas en situación de dependencia para los otros colectivos, estableciendo, si fuere necesario, las medidas oportunas para evitar cualquier igualdad.
- Regular la integración de las prestaciones y servicios del SAAD en las redes públicas de servicios sociales.
- Establecer los requisitos para la acreditación y los criterios para establecer conciertos, de acuerdo con la normativa de la LAPAD y la autonómica de servicios sociales.
- Determinar un catálogo único de servicios que incluya los reconocidos para las personas en situación de dependencia y los que puedan corresponder a otros colectivos.
- Revisar y, en su caso, adaptar la normativa de las prestaciones económicas reconocidas por las Comunidades Autónomas y las de la LAPAD, concretando su régimen de compatibilidad.
- Incorporar, sistematizar y unificar los derechos y deberes de los beneficiarios de la LAPAD y las de los destinatarios y usuarios de los servicios sociales.
- Unificar y ajustar los sistemas de infracciones y sanciones de la LAPAD y de la normativa de servicios sociales.

- Revisar e incorporar las normas relativas a las aportaciones de las personas usuarias y, en su caso, de sus familias.
- Redistribución competencial que tenga en cuenta las competencias asignadas por la LAPAD a la Administración General del Estado, al Consejo Territorial, a la Administración Autonómica y a la Local.
- Revisar las formas de participación individual, especialmente la capacidad de elección, y las funciones otorgadas a los órganos colectivos.

b) Organizativos

- Integrar y adaptar los servicios de los sistemas autonómicos de servicios sociales y del SAAD en las redes públicas autonómicas.
- Crear y organizar los órganos de valoración y capacitar a las personas profesionales.
- Asignar la función de elaboración de los PIA a los equipos de servicios sociales.
- Establecer sistemas operativos y, en su caso, órganos de coordinación de los servicios sociales con los sanitarios.
- Adaptar los procedimientos y órganos administrativos para la tramitación y reconocimiento de los derechos determinados en la LAPAD.
- Establecer medidas para garantizar la calidad en la prestación de los servicios, el seguimiento y evaluación de las prestaciones y las actuaciones contra el fraude.

- Determinar las cualificaciones profesionales y diseñar y promocionar de los programas de formación y capacitación de los profesionales y los cuidadores.
- Fomentar la oferta de servicios y estructurar una red suficiente para garantizar el derecho a acceder a los servicios del catálogo.
- Establecer medidas operativas para garantizar la igualdad de derechos y deberes de los ciudadanos, con independencia del lugar de residencia en la Comunidad Autónoma.

c) Financieros

- Realizar estudios económicos para determinar los costes de la aplicación de la nueva Ley y concretar las fuentes de financiación.
- Examinar los presupuestos para ajustar sus partidas a la nueva Ley y concretar los créditos disponibles para establecer los convenios con la Administración General del Estado.
- Estudiar las posibilidades para crear un tercer nivel de protección adicional propio, concretando, en su caso, la naturaleza de las prestaciones que incluiría y los requisitos de acceso.
- Revisar los aspectos relacionados con las fuentes de financiación, especialmente las contribuciones de las Corporaciones Locales y las aportaciones de las personas usuarias y sus familias.

Las partes afectadas de los servicios sociales son amplias y profundas y la complejidad técnica y la seguridad jurídica exigían importantes modificaciones y revisiones urgentes. Por ello, algunas Comunidades Autónomas abrieron debates para conseguir nuevos consensos ciudadanos y políticos, que permitieran elaborar nuevas leyes de servicios sociales, que incorporaran la

LAPAD y también las nuevas necesidades y problemáticas surgidas en los últimos años, con el fin de perfeccionar y consolidar los sistemas de servicios sociales de responsabilidad pública.

- **La LAPAD irrumpió con fuerza en los sistemas de servicios sociales y afectó a muchos de sus elementos en el ámbito de la promoción de la autonomía personal y atención a la dependencia.**
- **La aplicación de la LAPAD a los sistemas autonómicos de servicios sociales tenía repercusiones en los aspectos normativos, organizativos y financieros.**
- **Algunas Comunidades Autónomas optaron por la elaboración de nuevas leyes de servicios sociales que además de incorporar la LAPAD tuvieran en cuenta las nuevas problemáticas surgidas en los últimos años.**

— Leyes de servicios sociales posteriores a la LAPAD

Inmediatamente después de la aprobación de la LAPAD, se inicia un proceso de promulgación de nuevas leyes autonómicas de servicios sociales, que consideramos suponen una nueva generación, debido a las aportaciones sustantivas que incluyen.

Durante el periodo 2007-2010 se han aprobado las leyes autonómicas de servicios sociales siguientes:

- ✓ Ley Foral 15/2006, de 14 de diciembre de Servicios Sociales de Navarra (en vigor desde el 20 de marzo de 2007, se incluye por contemplar menciones específicas a las situaciones de dependencia dada su proximidad con la aprobación de la LAPAD)
- ✓ Ley de Cantabria 2/2007, de 27 de marzo, de Derechos y Servicios Sociales
- ✓ Ley 12/2007, de 11 de octubre, de Servicios Sociales de Cataluña.

- ✓ Ley 13/2008, de 3 de diciembre, de Servicios Sociales de Galicia
- ✓ Ley 12/2008, de 5 de diciembre, de Servicios Sociales. (País Vasco)
- ✓ Ley 4/2009, de 11 de junio, de Servicios Sociales de les Illes Balears
- ✓ Ley 5/2009, de 30 de junio, de Servicios Sociales de Aragón
- ✓ Ley 7/2009, de 22 de diciembre, de Servicios Sociales de La Rioja
- ✓ Ley 14/2010, de 16 de diciembre, de Servicios Sociales de Castilla-La Mancha
- ✓ Ley 16/2010, de 20 de diciembre, de Servicios Sociales de Castilla y León

En el Anexo Tabla 3 se recopilan las referencias explícitas a la autonomía y la dependencia en las citadas leyes de servicios sociales posteriores a la LAPAD. El análisis de estas referencias presenta algunas características que es necesario remarcar:

- a)** Objetivos y principios. Todas estas leyes ya incorporan la promoción de la autonomía y la atención a las situaciones de dependencia como uno de los objetivos y finalidades de los sistemas de servicios sociales. Se asume la promoción de la autonomía como unos de sus principios básicos, adoptando el concepto amplio de la LAPAD, que además de la autonomía funcional incluye la moral, así, p.e. se define como "...la dirigida a que las personas tengan las condiciones suficientes para desarrollar sus proyectos vitales, prestando los apoyos necesarios para aumentar su autonomía y facilitar la toma de decisiones sobre su propia existencia, la autosuficiencia económica y la participación activa en la vida comunitaria..." (Cantabria, Art. 10.2, a); "...promoción de actitudes y capacidades de las personas como principales protagonistas de su vida..." (Cataluña, Art. 3); "... dispongan de las condiciones más



convenientes y los apoyos necesarios para desarrollar sus proyectos vitales... y siempre con respeto a la libre decisión de las personas (Galicia, Art. 4, h); "...para desarrollar los proyectos vitales, dentro de la unidad de convivencia que deseen, de acuerdo con la naturaleza de los servicios y sus condiciones de utilización (Illes Balears, Art. 4, q); "Los servicios sociales se orientarán a potenciar las capacidades de las personas para la elección y desarrollo de su proyecto vital y su desenvolvimiento en los ámbitos políticos, laborales, económicos, educativos y culturales (Castilla-La Mancha Art. 6.1.m, g) y el derecho a la autonomía,, "entendiéndose por tal la posibilidad de actuar y pensar de forma independiente en relación con la vida privada, incluida la disposición a asumir en la misma ciertos niveles de riesgo calculado, siempre que dispongan de capacidad jurídica y de obrar para ello, en los términos previstos en la normativa vigente" (País Vasco, Art. 9.1.c).

- b) Derechos y deberes.** Debemos distinguir entre el derecho de acceso a los servicios y prestaciones de servicios sociales y los derechos y deberes que corresponden a las personas usuarias de dichos servicios, incluidas por tanto, las personas en situación de dependencia y sus familias.

En relación al acceso al sistema de servicios sociales, todas las leyes que comentamos se refieren al *derecho subjetivo* a las prestaciones (en sentido amplio, incluyendo las de carácter económico y las técnicas o servicios). Unas Comunidades Autónomas distinguen entre las prestaciones *garantizadas* (Navarra, Cantabria, Cataluña, Illes Balears, Castilla-La Mancha) o esenciales (Galicia, Aragón, Castilla y León) que son de derecho subjetivo, que las diferencian de las *no garantizadas*, las *normalizadoras* (Galicia) o *complementarias* (Aragón), supeditadas a las disponibilidades presupuestarias. En otros casos, no efectúan ninguna distinción (País Vasco, La Rioja), considerando, por tanto, que todas son

garantizadas si se reúnen los requisitos de acceso establecidos. En atención a esta terminología, en el Anexo Tabla 3 podemos observar cómo las prestaciones de la LAPD en unos casos se establecen como derecho subjetivo, mientras que en otros casos se han incorporado en las carteras/catálogos de servicios como prestaciones garantizadas.

En el examen de la normativa autonómica de rango reglamentario se ha detectado que determinadas prestaciones, generalmente de nivel adicional, en ocasiones se supeditan al reconocimiento de otras prestaciones, a disponibilidad presupuestaria, o bien se otorgan en régimen de convocatoria anual.

Otra de las características de las nuevas leyes es la mejora en la regulación de los derechos y deberes de las personas destinatarias y usuarias de servicios sociales, a los que deben añadirse los reconocidos en la LAPAD, con los que no hay contracciones pero tampoco plena coincidencia en su contenido. Varias de las leyes se refieren a los derechos y deberes específicos de las personas profesionales que prestan sus servicios en los servicios sociales, debido a la interrelación de derechos y deberes que se produce entre los correspondientes a las personas usuarias y los reconocidos a las personas profesionales.

Una situación parecida de dualidad reguladora se observa con el régimen de infracciones y sanciones de la LAPAD y el que figura en las leyes autonómicas de servicios sociales, agravado en este caso porque siguen criterios distintos de valoración de las conductas infractoras y de imposición de sanciones. No consideramos que las referencias a esta cuestión que algunas leyes establecen lo solucionen satisfactoriamente; por ejemplo, algunas establecen que las infracciones y sanciones tipificadas en la LAPAD, se calificarán y sancionarán de acuerdo con lo establecido en la mencionada Ley, y que, en aquello no regulado en la



normativa específica de dependencia, se aplicará los que dispone la Ley de servicios sociales. Debe considerarse que la situación puede plantearse en un centro que atienda a personas dependientes y no dependientes, con lo cual debería cualificarse y sancionarse de distinta forma la misma conducta o, aún cuando se aplique en centros distintos, no parece ajustarse al principio de igualdad. Así, pues, estas situaciones pueden crear problemas de interpretación en el momento de su aplicación y generar inseguridades jurídicas.

En relación a los derechos y deberes de las personas usuarias en situación de dependencia y a los de las personas profesionales (ver Anexo Tabla 3) interesa remarcar algunos de los previstos; por ejemplo, en relación a los derechos de las personas usuarias, el de autonomía o al reconocimiento de la situación de dependencia y a disponer de un programa individual de atención; en cuanto a los deberes específicos, la necesidad de participación activa en su proceso de mejora, autonomía personal e integración social. Respecto de las personas profesionales, estas leyes se refieren a la obligación de promover la dignidad y la autonomía de las personas a las que atienden.

- c) Prestaciones. Las normas analizadas regulan con muy diversa intensidad los catálogos y/o carteras de servicios sociales. Se observa alguna ley que no concreta la cartera de servicios (Cataluña) y otras que regulan su contenido mínimo o lo hacen parcialmente (Navarra, Cantabria, Galicia, País Vasco –regula el catálogo y deja a la vía reglamentaria la cartera-, Illes Balears, Aragón, La Rioja, Castilla-La Mancha, Castilla y León). En todo caso, el perfeccionamiento del derecho subjetivo de acceso a dichas prestaciones requiere que por vía reglamentaria se completen determinados requisitos y características.

De la regulación de estas prestaciones en las leyes de servicios sociales autonómicas debemos señalar algunos aspectos singulares:

1. El servicio de atención domiciliaria garantizado, gratuito y prestado por el Servicio Cantabro de Salud a las personas en situación de dependencia y a la persona cuidadora principal por fisioterapeutas y trabajadores sociales de los equipos de atención primaria de la salud, para valorar la situación de dependencia y ofrecer asesoramiento y atención a domicilio (Cantabria).
2. El derecho de las personas en situación de dependencia a participar en la valoración de sus necesidades de atención social y a garantizar el derecho a escoger entre los apoyos sociales que le ofrezcan el que haga más viable su proyecto de vida, dentro de su PIA (Cataluña).
3. La cartera de servicios sociales deben priorizar los servicios que permitan a las personas con dependencia disfrutar de la mayor autonomía personal posible (Cataluña).
4. El Gobierno debe promover la formación en derechos de las personas con *diversidad funcional* para facilitarles la adopción de un modelo de vida independiente (Cataluña).
5. Servicios de apoyo a la vida independiente (País Vasco), servicios de apoyo al mantenimiento de las persona en su domicilio (Aragón), prestación de apoyo al envejecimiento activo (Castilla-La Mancha).
6. Diferenciación en la cartera de servicios y prestaciones, entre aquéllos pertenecientes al Sistema Riojano para la Autonomía y la Dependencia, y el resto de los servicios y prestaciones (La Rioja).



7. Aplicación progresiva de los servicios y prestaciones de la LAPAD, con la posibilidad de que se pueda anticipar dicho calendario (La Rioja).
 8. La prestación de teleasistencia domiciliaria es una prestación garantizada y gratuita para las personas mayores de 70 años y las personas en situación de dependencia cuando se haya prescrito en el PIA (Castilla-La Mancha).
 9. Se garantiza la adquisición de ayudas técnicas a las personas que tengan reconocida la situación de dependencia y se haya prescrito en su PIA (Castilla-La Mancha).
- d)** Organización. Los servicios sociales autonómicos se organizan como un *sistema* público de servicios sociales o de responsabilidad pública, contruidos por prestaciones técnicas o servicios (con los correspondientes equipamientos), las económicas, las tecnológicas, así como por actividades, planes y programas. La estructuración de estos sistemas, siguiendo el modelo sanitario, se llevó a cabo en dos niveles: por una parte, el primario, general o comunitario de carácter polivalente y de actuación local; y por otra parte el especializado, dirigido a colectivos con necesidades específicas, con un mayor ámbito de cobertura territorial. Algunas de las nuevas leyes, sin romper totalmente con el mencionado esquema, introducen cambios significativos, como la ley gallega y la balear que divide en dos modalidades los servicios sociales comunitarios: los básicos (abiertos y polivalentes) y los específicos (desarrollan programas y gestionan centros orientados a colectivos con problemáticas identificadas y singulares, como podrían ser las derivadas de la dependencia). La Ley vasca distingue entre la atención primaria (atender necesidades relacionadas con la autonomía, la inclusión social, así como la prevención de las situaciones de riesgo) y la secundaria (necesidades derivada de la situación de exclusión,



dependencia y desprotección), situando como pauta de referencia la intensidad de la protección. Por su parte, la norma riojana estructura los servicios sociales en un primer nivel, constituido por servicios sociales generales o comunitarios (para toda la población de su entorno más próximo de convivencia), con dos modalidades de atención: primaria (primer contacto con los usuarios del sistema) y secundaria (cuando requiere valoración técnica y una intervención más específica), y el segundo nivel (dar respuesta a situaciones de necesidades específicas que requieran más especialización técnica y recursos más complejos). La ley de Castilla y León organiza funcionalmente su sistema por estructuras organizativas ordenadas en correspondencia con la organización territorial; distingue tres niveles organizacionales: primer nivel (Equipos de Acción Social Básica, que desarrollan su actividad en los Centros de Acción Social); segundo nivel (Equipos Multidisciplinares específicos); y el correspondiente a otras estructuras.

En el Anexo Tabla 3 se recogen algunos de los aspectos organizativos que afectan al tema que tratamos y se recogen algunas referencias a la autonomía-dependencia, entre los que parece necesario resaltar los siguientes:

- a)** Creación de sistemas y redes autonómicas específicos, como el Sistema Catalán de Autonomía y Atención a la Dependencia y su red pública para la autonomía y la atención a la dependencia o el Sistema Riojano para la Autonomía Personal y la Dependencia.

La integración en el sistema de servicios sociales autonómico se formula de forma contundente, por ejemplo, en la Ley de Castilla-La Mancha, que señala que las prestaciones y el catálogo de servicios del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia se integran en el catálogo de prestaciones del Sistema Público de Servicios Sociales estando sujetas a

la normativa específica de carácter básico del Estado, que le sea de aplicación.

- b)** Algunas de estas leyes crean directamente algunos órganos, ya sea de carácter gestor, como por ejemplo la Agencia de Gestión de las Políticas Públicas del Sistema Catalán de Autonomía y Atención a la Dependencia, o de tipo consultivo y coordinador, como el Comité Consultivo de Atención a la Dependencia y el Consejo de Coordinación interadministrativa del Sistema de Servicios Sociales y el Comité Consultivo de Atención a la Dependencia de Castilla y León.
- c)** Todas las leyes contienen alguna referencia a la coordinación sociosanitaria. La LAPAD señala como uno de los principios la colaboración de los servicios sociales y sanitarios en la prestación de los servicios a las personas usuarias del SAAD (Art. 3.12) y reconoce la competencia autonómica para establecer los procedimientos de coordinación sociosanitaria, creando, en su caso, los órganos de coordinación que procedan para garantizar una efectiva atención (Art. 11.1, 3). Algunas leyes tratan con mayor detalle este espacio y se refieren a las situaciones de dependencia, por ejemplo la Ley del País Vasco lo regula en el artículo 46 y establece que se considerará que constituyen colectivos particularmente susceptibles de ser atendidos en el marco de la atención sociosanitaria los siguientes: las personas mayores en situación de dependencia; las personas con discapacidad; las personas con problemas de salud mental, [...] las personas convalecientes de enfermedades que, aun habiendo sido dadas de alta hospitalaria, todavía no disponen de autonomía suficiente para el autocuidado [...]. Por su parte, la Ley de Castilla y León define la *atención integrada de carácter social y sanitario* como el conjunto de actuaciones encaminadas a promover la integración funcional de los



servicios y prestaciones que correspondan respectivamente al sistema de salud y al de servicios sociales en el ejercicio de las competencias propias de la Comunidad, así como todas aquellas medidas que garantizan la continuidad de cuidados en función de las necesidades cambiantes de los ciudadanos, con especial atención a las situaciones de dependencia cuyas necesidades han de ser cubiertas de conformidad con lo establecido en la LAPAD (Art. 82-85).

Todas las leyes autonómicas de servicios sociales posteriores a la LAPAD incorporan en sus textos aspectos relacionados con la promoción de la autonomía y atención a las situaciones de dependencia.

- **Se observa una progresiva interacción de conceptos, principios, derechos y servicios y prestaciones de la LAPAD y de las leyes de servicios sociales.**
- **Persisten todavía algunas disfunciones (p.e. en la regulación de los derechos y deberes o los regímenes de infracciones y sanciones) y carencias (configuración del espacio sociosanitario).**
- **La incorporación del principio de autonomía y el derecho subjetivo a los servicios y prestaciones de servicios sociales para personas en situación de dependencia, que las nuevas leyes de servicios sociales amplían a otros colectivos, suponen un cambio de paradigma en los sistemas autonómicos de servicios sociales.**
- **La LAPAD y las leyes de servicios sociales posteriores introducen cambios legislativos significativos, desde el punto de vista sustantivo –principios y derechos- como organizativos –sistema- aunque no son generales (no afectan igual a todas las Comunidades Autónomas ni a todos los colectivos).**
- **En relación a los aspectos concretos analizados se constata que**
 - **Objetivos y principios**
 - **Incorporación como uno de los principios rectores la autonomía, en su acepción amplia (funcional y moral).**
 - **Derechos y deberes**
 - **Establecen el derecho subjetivo a los servicios y prestaciones de la LAPAD, extendiendo el concepto de derecho subjetivo a determinados**



servicios y prestaciones correspondientes a otros colectivos (por ejemplo infancia, víctimas de violencia de género, etc.).

- Ampliación de los derechos y concreción de los deberes de las personas destinatarias y usuarias de los servicios sociales, a los que se añaden los de la LAPAD. Aunque no se ha producido una unificación de los listados de ambas leyes.
- Existe una dualidad reguladora de las infracciones y sanciones – LAPAD y leyes de servicios sociales- que genera desigualdades e inseguridad jurídica.

■ Prestaciones

- Todas las leyes de servicios sociales posteriores a la LAPAD han incorporado las prestaciones y sus garantías a las carteras/catálogos de servicios sociales, ya sea en la misma ley o en la normativa de desarrollo. En algunos casos han complementado o mejorado algunas de las prestaciones y ayudas de la LAPAD.
- Entre las prestaciones van emergiendo las destinadas a favorecer la vida independiente.

■ Organización

- Algunas leyes han establecido en los niveles de la estructuración funcional de los sistemas de servicios sociales funciones relacionadas con la prevención y atención a las dependencias y la promoción de la autonomía.
- Algunas Comunidades Autónomas tratan en las nuevas leyes de servicios sociales de sistemas y redes específicas en el ámbito de la autonomía-dependencia y se crean órganos gestores o asesores en este ámbito.
- Todas las leyes de servicios sociales tratan del espacio sociosanitario, con mayor o menor intensidad, aunque en general no concretan sistemas operativos.

3.2.3 Otras leyes

— Discapacidad, mayores, dependencia

Entre los antecedentes normativos autonómicos que tratan de cuestiones relacionadas con la autonomía-dependencia, deben tenerse presentes algunas referentes a las **personas mayores**, como la Ley 7/1991, de 5 de abril, de asistencia y protección al anciano del Principado de Asturias, la Ley 2/1994, de 28 de abril, de asistencia social geriátrica de Extremadura o la Ley 3/1996, de 11 de julio, de participación de las personas mayores y de la solidaridad entre generaciones de Canarias y con un abordaje más integral la Ley 6/1999, de 24 de junio, de atención y protección a las personas mayores de Andalucía o la Ley 5/2003, de 3 de abril, de atención y protección a las personas mayores de Castilla y León. En el ámbito de la **discapacidad** es necesario tener en cuenta la Ley 1/1999, de 31 de marzo, de atención a las personas con discapacidad de Andalucía y la Ley de la Comunidad Autónoma de Valencia 11/2003, de 10 de abril, sobre el Estatuto de las Personas con Discapacidad.

Otra ley específica, que parecería un antecedente autonómico de la LAPAD, es la Ley 6/2001 de Cantabria, de 20 de noviembre, de protección a las personas **dependientes**, aunque, a pesar de su denominación, se trata en realidad de un complemento de las normas reguladoras de la acción social.

— Sanidad

Debe dejarse constancia que existe numerosa normativa autonómica relativa a la sanidad, especialmente regula los sistemas autonómicos de salud y, en muchos casos, programas sanitarios y sociosanitarios, que inciden de diversa forma en la prevención de la dependencia, la promoción de la autonomía y la protección a las situaciones de dependencia.

— Laborales

Algunas comunidades autónomas ofrecen ayudas económicas a las personas trabajadoras o a las empresas que se acogen a algunas de las medidas que establece la Ley 39/1999, de 5 de noviembre, para promover la conciliación de la vida familiar y laboral de las personas trabajadoras. Por ejemplo, en relación a las situaciones de dependencia, podemos citar las subvenciones a trabajadoras y trabajadores autónomos para contratar a personas desempleadas que les sustituyan durante una excedencia, reducción de jornada, baja por riesgo durante el embarazo, o descanso por maternidad, adopción o acogimiento, las subvenciones para el establecimiento del empleo autónomo para personas que tengan a su cargo familiares dependientes o las ayudas para contratar una personas empleada de hogar para personas que tengan a su cargo familiares dependientes (Castilla y León); las ayudas a personas trabajadoras por cuenta ajena por reducción de jornada del 50% por cuidado de hijos e hijas menores de ocho años o de un familiar dependiente, siempre que la empresa contrate para su sustitución a una mujer desempleada durante un año de forma ininterrumpida (Navarra); las ayudas a personas trabajadoras por cuenta ajena y socios de sociedades cooperativas por excedencia o la reducción de jornada para el cuidado de hijos, hijas o familiares en situación de dependencia (País vasco)

- **Las Comunidades Autónomas también han legislado en materias relacionadas con la autonomía-dependencia, desde ámbitos distintos a los servicios sociales, especialmente:**
 - **Sanidad: regulación del sistema de salud y del espacio sociosanitario**
 - **Educación: integración de niños y niñas con problemas de aprendizaje debido a su discapacidad y dependencia**
 - **Accesibilidad y supresión de barreras arquitectónicas**
- **Para hacer efectiva la conciliación de la vida laboral, familiar y social de las personas trabajadoras con familiares en situación de dependencia, algunas Comunidades Autónomas han establecido medidas específicas para sus propios trabajadores y trabajadoras, así como otras de carácter complementario, especialmente mediante ayudas económicas, para hacer efectiva dicha conciliación**

4. DESPLIEGUE DE LA LAPAD

El desarrollo normativo de la LAPAD corresponde, en función de las respectivas competencias, al Estado y a las Comunidades Autónomas, ocupando en el proceso de toma de decisiones un lugar destacado, como corresponde a un modelo cooperativo, al Consejo Territorial (CT).

En la práctica el despliegue de la LAPAD se ve condicionado por el título competencial elegido por el legislador, del cual deriva un sistema complejo de reparto competencial, debido a las dificultades de interpretación y de conjugación de dicho título con la reconocida exclusividad competencial autonómica sobre los servicios sociales proclamada en sus Estatutos. También devienen dificultosas en la práctica las formas de toma de decisiones cooperativas, quizás por la falta de experiencia y por la afectación de cuestiones políticas, muchas veces ajenas a este ámbito.

El desarrollo de la LAPAD ha sido objeto de múltiples estudios e informes realizados desde diversas instancias y ópticas, especialmente desde la vertiente

económica y del análisis de las políticas sociales,⁴ a los cuales remitimos para ampliar estas cuestiones. A continuación revisaremos brevemente el cuadro normativo de desarrollo, primero a nivel estatal y después autonómico. De entrada, debe señalarse que, a pesar de las dificultades, la Ley se ha desarrollado en los términos previstos, como se constará en los apartados siguientes.

4.1. ÁMBITO ESTATAL

En el Anexo tabla 4 se resumen las principales normas estatales de desarrollo de la LAPAD aprobadas y, en su caso, las variaciones posteriores.

4.1.1 Modificaciones

En primer lugar, debemos referirnos a la modificación que el propio texto de la LAPAD ha sufrido a consecuencia del Real Decreto-Ley 8/2010, de 20 de mayo, por el que se adoptan medidas extraordinarias para la reducción del déficit público. En el capítulo III, artículo 5 de dicha norma, que trata de las medidas en materia de dependencia, modifica los apartados segundo y tercero la disposición final primera de la LAPAD.

⁴ Ver los informes sobre evaluación de la LAPAD, que figuran en las páginas web siguientes:

La participación de la Administración General del Estado en el Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia. Agencia de Evaluación y Calidad:

<http://www.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/informesaadageneval.pdf>

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:

<http://www.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/informesaadgexpertos.pdf>

Por una parte, con el objeto de unificar y limitar razonablemente el plazo máximo de tramitación del procedimiento de reconocimiento de la situación de dependencia y del derecho a las prestaciones del SAAD, se establece el plazo máximo de 6 meses, desde la solicitud hasta el reconocimiento de la prestación que corresponde a la persona beneficiaria, y ello independientemente de que la Comunidad Autónoma haya establecido un sólo procedimiento o dos procedimientos distintos, uno para el reconocimiento de la situación de dependencia y otro para la determinación de la prestación que resulte de la elaboración del Programa Individual de Atención (PIA).

Por otra parte, en línea con lo anterior, se modifica el régimen de retroactividad de las prestaciones, de modo que sólo se devengará, cuando la tramitación del procedimiento supere el plazo máximo de los seis meses, a partir del día siguiente a aquél en el que venció dicho plazo.

4.1.2 Desarrollo

— Valoración de la situación de dependencia

Entre las funciones que la LAPAD encomendaba al Consejo Territorial, se refería a la adopción de un acuerdo sobre el baremo de valoración de las situaciones de dependencia, así como, sobre los criterios básicos del procedimiento y las características de los órganos de valoración.

En base a dicho Acuerdo, el Real Decreto 504/2007, de 20 de abril, aprobó dicho baremo, que incluye la valoración de los grados y niveles de dependencia y la escala de valoración específica para los menores de tres años.

Esta norma trata, además, los temas relacionados siguientes:

- a)** Efectividad del reconocimiento de las situaciones vigentes de gran invalidez y de la necesidad de concurso de otra persona. A los



perceptores del complemento de gran invalidez se les garantiza el reconocimiento de una situación de dependencia mínima (grado I, nivel 1); partiendo de esta premisa, el grado y nivel que les corresponde será el que resulte de la aplicación de los baremos. En cambio a las personas que tenga reconocido el complemento de la necesidad del concurso de otra persona, determinado según las normas del Real Decreto 1971/1999, de 23 de diciembre, se les reconoce el grado y nivel que les corresponda según la siguiente tabla:

De 15 a 29 puntos	Grado I, nivel 2
De 30 a 44 puntos	Grado II, nivel 2
De 45 a 72 puntos	Grado III, nivel 2

- b)** Valoración de la necesidad de concurso de otra persona para el reconocimiento de las prestaciones no contributivas de la Seguridad Social y para el disfrute de cualquier beneficio, servicio o ayuda en los que sea necesaria la acreditación de esta situación. La valoración de la situación de dependencia y de la necesidad de concurso de otra persona de la normativa de la Seguridad Social se realizará mediante la aplicación del baremo aprobado a efectos de la LAPAD, con las especificaciones relativas a la edad y tipo de discapacidad. No obstante, hay que señalar que el Real Decreto 1197/2007, de 14 de septiembre, modificó este hecho incorporando en el Real Decreto 504/2007, de 20 de abril, un disposición transitoria única dejando vigente, también, a dichos efectos, el baremo establecido en el anexo 2 del Real decreto 1971, de 23 de diciembre sobre procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación del grado de discapacidad hasta la fecha en que se revisara el baremo de dependencia, lo que ha tenido lugar en el Real Decreto

174/2011, de 11 de febrero, que entrará en vigor el 18 de febrero de 2012, por lo que a partir de esta fecha el procedimiento a dichos efectos será solamente el del baremo de la LAPAD.

Asimismo la situación de dependencia reconocida servirá para el disfrute de cualquier beneficio, servicio o ayuda establecido por cualquier Administración Pública o entidad.

- c) Ampliación de los periodos de descanso por maternidad. Para la ampliación de dicho periodo en los supuestos de discapacidad del hijo o menor acogido se aplicará la escala de valoración específica para menores de tres años, considerando que procede la ampliación cuando la valoración sea al menos del grado I. El Real Decreto 1197/2007, de 14 de septiembre, modificó esta previsión, y a pesar de que pueda utilizarse la valoración específica para menores de 3 años, reconoce que también podrá aplicarse el procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación del grado de minusvalía (Real Decreto 1971/1999).

El Real Decreto 504/2007, de 20 de abril, también encomendaba al Consejo Territorial la evaluación de los resultados de aplicación del baremo una vez transcurrido un año desde su aprobación.

En consecuencia, tras la correspondiente evaluación de resultados, el Consejo Territorial adoptó en su reunión de 1 de junio de 2010, el Acuerdo sobre modificación del baremo de valoración de la situación de dependencia, con el fin de introducir determinados ajustes al baremo vigente para su mejora, entre los que caben destacar:

- Diferenciar el «No desempeño de la tarea», originado por la situación de dependencia respecto del debido a otras causas no puntuables.

- Determinar el umbral de dependencia de acuerdo con la frecuencia con que se requiere el apoyo de otra u otras personas.
- Ajustar conceptualmente la definición de los tipos de apoyo de otra u otras personas, mejorando con ello la clasificación de la gravedad de las situaciones de dependencia, que se determina de acuerdo con la definición de grados y niveles previstos en el artículo 26 de la Ley.
- Simplificar las tareas objeto de valoración que han resultado complejas o han presentado dificultades para la determinación del apoyo requerido por tratarse de funciones fisiológicas. Ello, mediante su modificación o sustitución.
- Intentar evitar que la visita de valoración se reduzca a una simple entrevista, sin contraste con los informes de salud, sin pruebas objetivas, sin profundización.
- Mejorar la Escala de Valoración Específica de dependencia para personas menores de tres años (EVE) mediante la incorporación de dos nuevos ítems en la tabla de movilidad, para una mayor precisión de este bloque de actividad. Asimismo, revisar la tabla de combinación de necesidades de apoyo en salud, para mejorar su sensibilidad al cruzarlas con las medidas de soporte para funciones vitales.

En la citada reunión de 1 de junio se informó el proyecto de Real Decreto que incorporaba el contenido del acuerdo, y que culminó en la aprobación del Real Decreto 174/2011, de 11 de febrero, por el que se aprueba el baremo de valoración de la situación de dependencia previsto en la ley 39/2006, de 14 de diciembre, el cual entrará en vigor el 18 de febrero de 2012, con un nuevo mandato de revisión en su disposición adicional tercera a la finalización del octavo año de aplicación de la Ley.

— Nivel mínimo de protección, la intensidad de los servicios y la cuantía de las prestaciones económicas y la seguridad social de los cuidadores

Este bloque normativo regula fundamentalmente la intensidad protectora y sus conceptos básicos y características. La primeras normas que establecieron el nivel mínimo y la intensidad protectora fueron el Real Decreto 614/2007, de 11 de mayo, sobre nivel mínimo de protección del SAAD garantizado por la Administración General del Estado (AGE), el Real Decreto 615/2007, de 11 de mayo, por el que se regula la seguridad social de los cuidadores de las personas en situación de dependencia y el Real Decreto 727/2007, de 8 de junio, sobre criterios para determinar las intensidades de protección de los servicios y la cuantía de las prestaciones económicas de la LAPAD.

Estas normas fueron completadas y modificadas mediante el Real Decreto 99/2009, de 6 de febrero, por el que se modifica el Real Decreto 614/2007, de 11 de mayo, el Real Decreto 175/2011, de 11 de febrero, que modificó tanto el Real Decreto 727/2007 como el Real Decreto 615/2007, y el Real Decreto 570/2011, de 20 de abril, que modificó el Real Decreto 727/2007.

Asimismo, las cuantías económicas del nivel mínimo y de las prestaciones de dependencia, se han venido estableciendo o actualizado anualmente a través de los correspondientes reales decretos aprobados por el Gobierno al efecto.

Los aspectos más destacables de estas normas son los siguientes:

- a)** El nivel de protección mínimo garantizado consiste en una cantidad económica que la Administración General del Estado aporta mensualmente a las Comunidades Autónomas para la financiación del sistema por cada una de las personas beneficiarias reconocidas en situación de dependencia con derecho a prestaciones, teniendo en

cuenta para ello su grado y nivel y la fecha de efectividad de su reconocimiento. Las cuantías se actualizan anualmente, conforme al Indicador Público de Rentas de Efectos Múltiples (IPREM).

- b)** La actualización de las prestaciones económicas se efectúa anualmente por el Gobierno mediante Real Decreto, previo acuerdo del Consejo Territorial, para los distintos grados y niveles, teniendo en cuenta la actualización aplicada al Índice de Precios de Consumo (IPC), si bien hay que indicar que a partir de 2011 el indicador aplicable es el Indicador Público de Rentas de Efectos Múltiples (IPREM), homogeneizándose así el criterio de actualización para el nivel mínimo y para las prestaciones económicas, de conformidad con el Acuerdo adoptado al efecto por el Consejo Territorial en su reunión de 22 de diciembre de 2010.
- c)** Las personas cuidadoras no profesionales deben ser el cónyuge de la persona en situación de dependencia o un pariente hasta tercer grado. Sin embargo, se establece que excepcionalmente podrá ser cuidador o cuidadora una persona de su entorno, aunque no tenga el grado de parentesco exigido, si reside en el mismo municipio o en otro vecino durante un periodo previo de un año, siempre que el entorno se caracterice por la insuficiencia de recursos públicos y privados, la despoblación o circunstancias geográficas o de otra naturaleza.

El Real Decreto 175/2011, de 11 de febrero, aborda expresamente la prestación de cuidados en el entorno familiar, que ya había sido objeto de debate y consenso en varios acuerdos del Consejo Territorial⁵, con el

⁵ Resolución de 4 de noviembre de 2009, de la Secretaría General de Política Social y Consumo, por la que se publica el Acuerdo del Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, sobre criterios comunes de acreditación en materia de formación e información de cuidadores no profesionales.



fin de ajustar dicha prestación a las prescripciones del legislador, ya que era la prestación más concedida, contraviniendo el carácter excepcional que le otorga la Ley. Esta norma establece los requisitos de acceso a la prestación para las personas reconocidas en situación de dependencia moderada, grado I, que se incorporarán al sistema a partir del 1 de enero de 2011, según el calendario de aplicación progresiva de la ley, previsto en la misma.

La posibilidad de este colectivo de ser atendidos por personas cuidadoras sin relación conyugal ni grado de parentesco requiere que el entorno tenga, además, la consideración de entorno rural. En este supuesto las personas cuidadoras tendrán que reunir el resto de requisitos establecidos al efecto, con excepción de la convivencia en el mismo domicilio. Asimismo, en el PIA que determine esta prestación como la más adecuada a las necesidades de la persona beneficiaria, se deberán indicar expresamente los motivos por los que no pueda ser propuesto un servicio o, en su caso, la prestación económica vinculada a dicho servicio.

Además, para el acceso a esta prestación económica para cuidados en el entorno familiar y en relación a las personas cuidadoras de personas en situación de dependencia moderada, la norma exige que se cumplan las siguientes condiciones:

Resolución de 4 de febrero de 2010, de la Secretaría General de Política Social y Consumo, por la que se publica el Acuerdo del Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, para la mejora de la calidad de la prestación económica para cuidados en el entorno familiar del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia.

Resolución de 4 de noviembre de 2010, de la Secretaría General de Política Social y Consumo, por la que se publica el Acuerdo sobre los criterios para determinar las intensidades de protección de los servicios y el importe de las prestaciones económicas para las personas reconocidas en situación de dependencia en grado I

- Que la persona beneficiaria esté siendo atendida mediante cuidados en el entorno familiar, con carácter previo a la solicitud de reconocimiento de la situación de dependencia y no sea posible el reconocimiento de un servicio debido a la inexistencia de recursos públicos o privados acreditados.
 - Que la persona cuidadora conviva con la persona en situación de dependencia en el mismo domicilio, salvo las excepciones previstas.
 - Que la persona cuidadora no tenga reconocida la situación de dependencia en cualquiera de sus grados.
- d)** Respecto de la prestación económica de asistencia personal, las normas aprobadas por las Administraciones competentes en desarrollo de la Ley establecen que está destinada a contribuir a la cobertura de los gastos derivados de la contratación de un asistente personal, que facilite el acceso a la educación y al trabajo, y posibilite una mayor autonomía en el ejercicio de las actividades básicas de la vida diaria a las personas con gran dependencia, y como requisitos de la persona asistente personal se disponen los siguientes:
- Ser mayor de 18 años.
 - Residir legalmente en España.
 - Cumplir con las obligaciones establecidas en materia de Seguridad Social para los cuidadores profesionales.
 - Reunir condiciones de idoneidad para prestar los servicios derivados de la asistencia personal.

Asimismo, se requiere la celebración de un contrato al efecto, con una empresa prestadora de estos servicios, o un contrato laboral o de prestación de servicios directamente con la persona asistente personal.

- e) En cuanto a la prestación económica vinculada al servicio, alguna Comunidad Autónoma, así la Comunidad de Madrid, Comunidad Valenciana, Castilla y León y Principado de Asturias, prevé que la persona beneficiaria pueda renunciar expresamente al servicio público o concertado adecuado ofrecido por la Administración y pasar a percibir la prestación económica vinculada al servicio.
- f) La seguridad social de las personas cuidadoras se regula en el Real Decreto 615 /2007, de 11 de mayo, el cual contempla disposiciones relativas a las personas cuidadoras no profesionales y a las que tienen consideración de profesionales.

Por lo que respecta a la seguridad social de las personas cuidadoras no profesionales, vienen obligadas a suscribir con la Tesorería General de la Seguridad Social el convenio especial establecido al efecto, salvo que se encuentren en una situación expresamente excluida de dicha obligación.

A través de la suscripción del convenio quedarán incluidos en el campo de aplicación del Régimen General de la Seguridad Social y en situación asimilada al alta a los efectos de las prestaciones de jubilación y de incapacidad permanente y muerte y supervivencia, derivadas de accidente, cualquiera que sea su carácter, o de enfermedad, con independencia de su naturaleza.

El pago de las cuotas de seguridad social y de formación profesional de los cuidadores no profesionales corresponde a la Administración General del Estado a través del Imserso.

La base mensual de cotización en el convenio especial será el tope mínimo que, en cada momento, esté establecido en el Régimen General de la Seguridad Social, salvo las excepciones previstas en el Real Decreto que nos ocupa. Hay que indicar que en cuando se trate del cuidado de una persona en situación de dependencia moderada, la base mensual de cotización en el correspondiente convenio especial será el 50 % del tope mínimo establecido en el Régimen General de la Seguridad Social, salvo excepciones igualmente previstas (modificación del Real Decreto 615/2007 introducida por el Real Decreto 175/2011).

La suscripción del convenio también procede, en orden al mantenimiento de la base de cotización, en los casos en que como consecuencia de la realización de los cuidados no profesionales, la persona cuidadora haya de reducir su jornada de trabajo y la correspondiente retribución.

Para el acceso y cálculo de las correspondientes prestaciones económicas de la seguridad social, en aquellos supuestos en los que no se alcance la dedicación completa y en todo caso para las personas cuidadoras de dependientes moderados, se aplicarán las reglas previstas en los casos de contratos a tiempo parcial.

Ni las personas cuidadoras no profesionales, ni las cuidadores profesionales contratadas mediante la prestación económica vinculada al servicio o de asistencia personal podrán ser dadas de alta en el Régimen Especial de Empleados de Hogar.

En el Anexo tablas 5 a 10 se sintetizan los datos básicos actuales sobre los servicios y prestaciones económicas, la intensidad de los servicios y las cuantías máximas por grado y nivel.

— **Apoyo a personas cuidadoras no profesionales**

La LAPAD establece que se promoverán acciones de apoyo a las personas cuidadoras no profesionales que incorporarán, entre otros, programas de formación e información.

De esta manera, mediante Resolución de 4 de noviembre de 2009, de la Secretaría General de Política Social y Consumo, se publicó el Acuerdo del Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, sobre criterios comunes en materia de formación e información de cuidadores no profesionales.

Este Acuerdo establece las condiciones mínimas que debe contener la formación básica y de apoyo a las personas cuidadoras no profesionales, para facilitar unos conocimientos básicos con el fin de mejorar el cuidado socio-sanitario de las personas en situación de dependencia.

Como aspectos más relevantes pueden destacarse los siguientes:

- Para el desarrollo de esta formación, se promoverá la coordinación entre las diferentes Administraciones Públicas competentes en el ámbito sanitario, educativo y laboral, con la colaboración de las Entidades Locales, de los interlocutores sociales y de las organizaciones del Tercer Sector.
- En el desarrollo de esta formación, se tendrá en cuenta los distintos perfiles de la persona cuidadora, promoviéndose, en su caso, una orientación hacia acciones formativas que permitan a las personas cuidadoras no profesionales incorporarse al mercado laboral.
- Los programas de formación se estructurarán en una formación inicial, con una duración no inferior a 15 horas y una formación específica, que se desarrollará en función de las necesidades de la persona cuidadora y

la persona en situación de dependencia, con una duración no inferior a 10 horas. Asimismo, se realizará una formación de apoyo y refuerzo.

- Se promoverán programas de información para mejorar el conocimiento del sistema de protección que ofrece la Ley, informar del marco jurídico de la figura del cuidador no profesional, de las redes locales, de los grupos de autoayuda, y de las medidas de apoyo a las personas cuidadoras y periodos de descanso.
- Los programas de formación e información, a los que hace referencia este Acuerdo, se articularán por la Administración pública competente, en un periodo máximo de un año desde su aprobación. Asimismo, se financiarán a través de los presupuestos previstos en aplicación del Real Decreto 395/2007, de acuerdo con el régimen especial de cotización establecido en el Real Decreto 615/2007, así como dentro del Marco de Cooperación Interadministrativa para la financiación del nivel acordado.

— Participación de las personas beneficiarias en la financiación del SAAD.

Como se ya se ha indicado, la LAPAD establece un sistema de financiación en el que coexiste la financiación pública con la participación de las personas beneficiarias en el coste de las prestaciones.

Asimismo, la ley establece que el Consejo Territorial ha de adoptar los criterios de participación de las personas beneficiarias en el coste de las prestaciones, y ha de proponer la forma para determinar su capacidad económica; todo ello con el objeto de que se proceda al correspondiente desarrollo reglamentario por las Administraciones competentes.

El Consejo Territorial no alcanzó un acuerdo al efecto hasta el 27 de noviembre de 2008 y, como se puede observar en el Anexo Tabla 11, se trata de un

acuerdo de mínimos que puede ser mejorado por las Comunidades Autónomas (“...sin perjuicio de que las Comunidades Autónomas o Administración competente, puedan regular condiciones mas ventajosas”; preámbulo del acuerdo).

En la citada tabla 11 se recogen los criterios referentes a la determinación de la capacidad económica de la persona beneficiaria y los criterios aplicables a su participación en las prestaciones del SAAD, que se contienen en el mencionado Acuerdo del Consejo Territorial.

— Hipoteca inversa y el seguro de dependencia

La regulación del seguro de dependencia y la hipoteca inversa se llevó a cabo a través de la Ley 41/2007, de 7 de diciembre, por la que se modifica la Ley 2/1981, de 25 de marzo, de Regulación del Mercado Hipotecario y otras normas del sistema hipotecario y financiero, de regulación de las hipotecas inversas y el seguro de dependencia y por la que se establece determinada norma tributaria.

Dicho tipo de hipoteca se define como el préstamo o crédito garantizado mediante hipoteca sobre un bien inmueble que constituya la vivienda habitual del solicitante y siempre que cumplan los requisitos siguientes: a) que el solicitante y los beneficiarios que este pueda designar sean personas de edad igual o superior a los 65 años o afectadas de dependencia severa o gran dependencia; b) que el deudor disponga del importe del préstamo o crédito mediante disposiciones periódicas o únicas; c) que la deuda sólo sea exigible por el acreedor y la garantía ejecutable cuando fallezca el prestatario o, si así se estipula en el contrato, cuando fallezca el último de los beneficiarios; d) que la vivienda hipotecada haya sido tasada y asegurada contra daños. Asimismo regula un conjunto de medidas y de exigencias con el fin de concederlas con el máximo de garantías.

Al fallecimiento del deudor hipotecario sus herederos podrán cancelar el préstamo, en el plazo estipulado, abonando al acreedor hipotecario la totalidad de los débitos vencidos, con sus intereses, sin que el acreedor pueda exigir compensación alguna por la cancelación. Si los herederos del deudor hipotecario decidan no reembolsar los débitos vencidos, con sus intereses, el acreedor sólo podrá obtener recobro hasta donde alcancen los bienes de la herencia. Las escrituras públicas que documenten dichas operaciones están exentas de la cuota de documentos notariales y se aplicaran normas específicas para el cálculo de los horarios notariales y registrales.

Como se ha señalado, esta misma norma regula, en su disposición adicional segunda, el seguro de dependencia que la propia LAPAD preveía en su disposición adicional séptima, al disponer que el Gobierno en el plazo de seis meses promoverá las modificaciones legislativas que procedan para regular la cobertura privada de las situaciones de dependencia, y que, con el fin de facilitar la cofinanciación por los beneficiarios de los servicios que se establecen en la Ley, se promoverá la regulación del tratamiento fiscal de los instrumentos privados de cobertura de la dependencia. Esta norma establece que la cobertura de la dependencia podrá instrumentarse bien a través de un contrato de seguro suscrito con entidades aseguradoras, incluidas las mutualidades de previsión social, o bien a través de un plan de pensiones. La cobertura de la dependencia realizada a través de un contrato de seguro –que podrá ser individual o colectivo- obliga al asegurador, para el caso de que se produzca la situación de dependencia, al cumplimiento de la prestación convenida con la finalidad de atender, total o parcialmente, directa o indirectamente, las consecuencias perjudiciales para el asegurado que se deriven de dicha situación.

En el periodo de tiempo transcurrido desde entonces, se ha constatado la necesidad de seguir avanzando en el desarrollo de dichos instrumentos, por lo

que la Ley 27/2011, de 1 de agosto, sobre actualización, adecuación y modernización del sistema de Seguridad Social, en su disposición adicional cuadragésima tercera, introduce, entre otras medidas, determinadas previsiones relativas a los seguros colectivos de dependencia. En el ámbito tributario se han realizado mediante la modificación de la 35/2006, de 28 de noviembre, del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas, y en ámbito de la protección de los compromisos por pensiones con los trabajadores, mediante la modificación del Texto Refundido de la Ley de Regulación de los Planes y Fondos de Pensiones, aprobado por Real Decreto legislativo 1/2002, de 29 de noviembre.

– Incompatibilidades

Los servicios y prestaciones de la LAPAD tienen dos tipos de incompatibilidades, las externas y las internas y diversos grados (totales o parciales). En relación a otras prestaciones económicas de análoga naturaleza y finalidad –la Ley se refiere explícitamente a los complementos de gran invalidez, de la asignación económica por hijo a cargo mayor de 18 años, el de necesidad de otra persona de la pensión de invalidez no contributiva y el subsidio de tercera persona de la LISMI- si bien la Ley no los configura como estrictamente incompatibles con las prestaciones de dependencia, sí señala que deberán deducirse las cuantías percibidas de la que les correspondiera percibir de las prestaciones de la LAPAD.

En relación a las compatibilidades internas, se ha ido concretando a nivel reglamentario, ya sea con carácter general o para determinados servicios y prestaciones. El Real Decreto 727/2007, de 8 de junio, regula en el artículo 11, el régimen de incompatibilidades mínimas entre los servicios del catálogo, señalando únicamente que el servicio de atención residencial permanente será incompatible con el de teleasistencia, de ayuda a domicilio y con el centro de

día y de noche, dejando en manos de la normativa autonómica o de la Administración competente la determinación de las compatibilidades con los demás servicios.

Asimismo, la legislación autonómica también regula normalmente el régimen de incompatibilidad de las prestaciones del SAAD con las previstas con carácter general.

— Calidad

También se ha avanzado en este tema de tanto interés en el ámbito de los servicios sociales y en particular en lo concerniente a la atención a la dependencia. La Orden ESD/1984/2008, de 4 de julio, creó la Comisión Especial para la mejora de la calidad del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia y la Resolución de 2 de diciembre de 2008, de la Secretaría de Estado de Política Social, Familias y Atención a la Dependencia y a la Discapacidad, publicó el Acuerdo del Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, sobre criterios comunes de acreditación para garantizar la calidad de los centros y servicios del SAAS, cuyos rasgos más significativos se resumen en la Tabla 12 del Anexo.

Para el cumplimiento de este Acuerdo, en relación a los requisitos de cualificación de los trabajadores del SAAD establecidos en el mismo, está contribuyendo de manera esencial, el Real Decreto 1224/2009, de 17 de julio, de reconocimiento de las competencias profesionales adquiridas por la experiencia laboral, priorizándose los procedimientos de reconocimientos, evaluación y acreditación de las cualificaciones profesionales del ámbito de la LAPAD.

— Sistema de información

La puesta en marcha del sistema de información normalizado y unificado del SAAD, previsto en el Art. 37 de la LAPAD, resulta imprescindible tanto para la gestión como para la planificación y toma de decisiones. El apartado segundo de dicho artículo señala que el sistema contendrá información sobre el catálogo de servicios e incorporará, como datos esenciales, los relativos a población protegida, recursos humanos, infraestructuras de la red, resultados obtenidos y calidad en la prestación de servicios.

La Orden TAS/1459/2007, de 25 de mayo, establece el Sistema de Información del Sistema para la Autonomía Personal y Atención a la Dependencia (SISAAD) y crea el correspondiente fichero de datos de carácter personal. Dicho sistema, cuya responsabilidad en la administración corresponde a la Dirección General del IMSERSO, tiene como finalidad, según señala la citada Orden, garantizar la disponibilidad de la información y la comunicación recíprocas entre las Administraciones Públicas, así como la compatibilidad y articulación entre los distintos sistemas, además de proporcionar las estadísticas necesarias para llevar a cabo el seguimiento del despliegue de la ley.

Dicha norma fija los procedimientos, el acceso y el tratamiento de los datos, así como las garantías necesarias para dar cumplimiento a la Ley Orgánica 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal, creando a tal efecto el fichero de datos de carácter personal Sistema de Información del SAAD (SISAAD) y estableciendo su contenido y características.

En relación a la información que contendrá Sistema, y en aras a determinar la información que se incorporará al mismo desde las diferentes comunidades, el Consejo Territorial, en su reunión de su reunión de 22 de septiembre de 2009, adoptó el Acuerdo sobre objetivos y contenidos comunes de la información del Sistema de información del Sistema para la Autonomía y Atención a la

Dependencia (publicado por Resolución de 4 de noviembre, de la Secretaría General de Política Social y Consumo, BOE nº 286, de 27 de noviembre). Se trata de un Acuerdo que tiene por objeto se determinar la información a remitir por parte de las comunidades, el tratamiento de la misma, la comunicación recíproca y el intercambio de información entre las Administraciones Públicas. De esta forma, se recoge tanto la información básica que las comunidades autónomas deben transferir al SISAAD (tales como los datos de identificación de las personas solicitantes, grado y nivel reconocido, prestación o prestaciones concedidas, bajas en el Sistema, etc.), así como otros aspectos tales como el procedimiento establecido para ello, o la periodicidad en las remisiones de la información.

En relación con los datos básicos del SISAAD a consignar por las Comunidades Autónomas se agrupan en dos bloques diferenciados:

- a) Datos sobre los solicitantes, de carácter personal y relacionados con la valoración de las situaciones de dependencia y de las prestaciones reconocidas (ver Anexo Tabla 13)
- b) Datos sobre la Red de Centros y Servicios del SAAD, así como los relativos a funcionamiento del Sistema (características, tipología de centros, servicios, calidad, accesibilidad y recursos humanos).

4.1.3 Marco de cooperación interadministrativa

El modelo cooperativo establecido en la LAPAD se sustentaba en dos instrumentos básicos: el Consejo Territorial y los convenios. Esta ley establece que, en el seno del Consejo Territorial, la Administración General del Estado y las Comunidades Autónomas acordarán el marco de cooperación interadministrativa que se desarrollará mediante los correspondientes convenios entre la Administración General del Estado y cada una de las Comunidades Autónomas. En dichos convenios se acordaran los objetivos, medios y recursos

para la aplicación de los servicios y prestaciones, así como la financiación que corresponda a cada Administración en el nivel acordado y recogerán las aportaciones del Estado del nivel de protección mínimo garantizado (Art. 10).

Desde el 2007 hasta el 2009, el Consejo Territorial cada año adoptaba un nuevo marco de cooperación interadministrativa, que se desarrollaba a través de los correspondientes convenios de colaboración con las Comunidades Autónomas.

Sin embargo, en su reunión de 1 de junio de 2010, el Consejo Territorial adoptó el Acuerdo por el que se establece el Marco de cooperación interadministrativa y criterios de reparto de créditos de la Administración General del Estado para la financiación durante el periodo 2010-2013 del nivel acordado. De este modo, durante dicho periodo no será necesaria la adopción de nuevos Acuerdos, bastando la actualización anual de las variables contenidas en el Marco de cooperación interadministrativa plurianual y su ejecución a través de los correspondientes convenios de colaboración con las Comunidades Autónomas.⁶ Asimismo, en el mencionado Marco plurianual se varía la distribución de los créditos del nivel acordado respecto a la aplicada en años anteriores, de modo que a partir del año 2011 el peso de la población potencialmente dependiente se irá reduciendo, incrementándose correlativamente la ponderación de la variable «Programas Individuales de Atención». Está previsto que en el año 2013 desaparezca la referencia a la población potencialmente dependiente, incrementándose todo su peso porcentual en «Programas Individuales de Atención». Para 2014 y 2015 será preciso ratificar los vigentes en 2013 o acordar nuevos criterios de distribución.

⁶ Dicho Acuerdo ha sido publicado a través de la Resolución de 15 de julio de 2010, del Instituto de Mayores y Servicios Sociales, por la que se publica el Acuerdo de Consejo de Ministros de 9 de julio de 2010, por el que se aprueba el marco de cooperación interadministrativa y criterios de reparto de créditos de la Administración General del Estado para la financiación durante 2010-2013 del nivel acordado, previsto en la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia,(BOE nº 176 de 21 de julio)



De conformidad con el citado Marco de cooperación interadministrativa plurianual, la distribución de los fondos estatales para contribuir a la financiación del SAAD es la siguiente:

a) General (80 %)

Las variables que modulan el contenido de este fondo están relacionadas con las características del territorio y con la gestión realizada por cada Comunidad Autónoma en una fecha determinada, tomada como referencia para el conjunto.

b) De compensación (10 %)

Tiene por finalidad corregir las situaciones originadas por un mayor índice de emigrantes retornados, un mayor coste de los servicios así como una menor recaudación en concepto de copago, debido al menor poder adquisitivo de las personas beneficiarias.

c) De cumplimiento de acuerdos (10 %)

Pretende compensar el mayor coste derivado de la aplicación de los acuerdos alcanzados, tales como la necesaria formación a los cuidadores no profesionales y la transposición a la normativa autonómica de los diferentes acuerdos que requieran esta incidencia en la legislación autonómica

El citado Marco de Cooperación y los criterios de reparto de los créditos contenidos en el mismo han servido de base para la elaboración de los Convenios correspondientes al ejercicio 2010, publicados mediante resoluciones de 10 de febrero de 2011 (ver Anexo Tabla 14). Del contenido de los convenios puede resaltarse lo siguiente:

- ✓ Reconoce las competencias autonómicas en materia de servicios sociales.
- ✓ Las cantidades aportadas a través del nivel acordado tienen como objeto financiar los servicios y prestaciones del SAAD, incrementando el nivel mínimo de protección garantizado por la Administración General del Estado. Dichas cantidades podrán también destinarse a contribuir a la financiación de los gastos derivados del sistema de valoración de la situación de dependencia y la gestión para el reconocimiento y provisión de las prestaciones de dependencia con el límite (en relación con las aportaciones de la Administración General del Estado, con el tope del tope 8 % de las mismas), para los gastos derivados de la acreditación de centros y servicios y los programas de formación de los cuidadores no profesionales. Asimismo, podrán financiar ayudas económicas a las personas en situación de Gran Dependencia y Dependencia Severa, para facilitar su autonomía personal.
- ✓ Concreta por capítulos presupuestarios la aportación de la Administración General del Estado y de la Comunidad Autónoma al nivel acordado y reitera el compromiso ya recogido en la Ley de la CA de aportar al menos la misma cantidad que la Administración General del Estado en los niveles mínimo y acordado.
- ✓ Explicita que la provisión de los servicios y prestaciones del SAAD se ajustará a los acuerdos adoptados por el Consejo Territorial a este respecto, y en particular a lo establecido en el Real Decreto 727/2007, de 8 de junio, sobre criterios para determinar las intensidades de protección de los servicios y la cuantía de las prestaciones económicas.



- ✓ También se refieren a la determinación de la capacidad económica de los beneficiarios, señalando que las Comunidades Autónomas aplicarán su propia legislación, que deberá ajustarse en todo caso al contenido del citado acuerdo del Consejo Territorial sobre esta materia (Resolución de 2 de diciembre de 2008) y sin perjuicio de la aplicación de las reglas especiales para valorar las disposiciones patrimoniales a los efectos de la determinación de la capacidad económica de las personas solicitantes de prestaciones por dependencia, previstas en la mencionada Ley 41/2007, de 7 de diciembre, por la que se modifica la Ley 2/1981, de 25 de marzo, de Regulación del Mercado Hipotecario y otras normas del sistema hipotecario y financiero, de regulación de las hipotecas inversas y el seguro de dependencia y por la que se establece determinada norma tributaria (Disposición adicional quinta)
- ✓ El acuerdo incluye el compromiso para aportar la información que sea necesaria para la aplicación de la LAPAD, que en todo caso deberá ajustarse al contenido del mencionado acuerdo del Consejo Territorial sobre objetivos y contenido comunes de la información del SISAAD (Resolución de 4 de noviembre de 2009) así como a los datos esenciales que se refiere el Art. 37.2 de la LAPAD.
- ✓ También establece los aspectos procedimentales de justificación cobro y seguimiento.



- La LAPAD se ha desarrollado formalmente en todos los aspectos previstos.
- Los baremos previstos en la LAPAD han sido sometidos a evaluación durante el periodo 2007-2010. Como consecuencia de dicha evaluación, el Consejo Territorial ha considerado necesario realizar ajustes que posibiliten las mejoras oportunas, culminando el proceso en la aprobación del Real Decreto 174/2011, de 11 de febrero, el cual entrará en vigor el 18 de febrero de 2012. A partir de ese momento quedará derogado el Anexo II del Real Decreto 1971/1999, debiéndose de aplicar en su lugar el baremo para determinar la situación de dependencia.
- La prestación económica para cuidados en el entorno familiar a pesar de su carácter excepcional es una de las prestaciones más concedidas. Por ello, la normativa de 2011 referida al grado I de dependencia moderada ajusta los requisitos con el fin de mejorar su adaptación a la LAPAD.
- Se concretan los servicios y prestaciones económicas que corresponden a los dos niveles del grado I, lo que permite que los derechos del Grado I, nivel 2, entren en vigor el 1 de enero de 2011, e introduce nuevas precisiones en la intensidad de los servicios que se reconozcan en el grado moderado y otorga carácter prioritario a la prevención en estos casos.
- Los fondos especiales para la creación de empleo beneficiaron el desarrollo de los servicios para la atención a la dependencia y pusieron de relieve la potencialidad de este sector como yacimiento de empleo.
- En relación con la hipoteca inversa y el seguro de dependencia, la Ley 27/2011, de 1 de agosto, en su disposición adicional cuadragésima tercera introduce determinadas previsiones relativas a los seguros colectivos de dependencia con objeto de seguir avanzando en su desarrollo.
- La regulación de las incompatibilidades entre los servicios del catálogo y entre éstos y las prestaciones económicas deja un amplio margen a la regulación autonómica.
- Con respecto a la participación en la financiación de las personas beneficiarias, el Consejo Territorial adoptó un acuerdo de mínimos, que puede ser mejorado por las Comunidades Autónomas, dejando, como en el caso anterior, un margen para la

regulación autonómica.

- **Es importante el acuerdo sobre criterios comunes de acreditación para garantizar la calidad de los centros y servicios del SAAD.**
- **También se ha avanzado en la configuración y regulación del Sistema de Información del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SISAAD), que debe ser un instrumento básico para la gestión, la planificación, la evaluación y la toma de decisiones.**
- **Por lo que se refiere al nivel acordado de protección, es muy destacable el Acuerdo del Consejo Territorial que establece un Marco de cooperación interadministrativa estable para el periodo 2010-2013. Además, a la vista de la experiencia, se prevé que el peso de la población potencialmente dependiente se vaya reduciendo, incrementándose correlativamente la ponderación de la variable «Programas Individuales de Atención». Por otra parte debe recordarse que dichos convenios tienen como finalidad la implantación del Sistema y finalizan el 31 de diciembre de 2015.**
- **En general se observa un progreso en los acuerdos adoptados en el Consejo Territorial, como se desprende de su reflejo normativo, ya que incluyen consensos entorno a determinados temas.**

4.2. ÁMBITO AUTONÓMICO

Los EA atribuyen competencias exclusivas a las Comunidades Autónomas en la materia y la normativa estatal de la LAPAD elaborada en base a los acuerdos del Consejo Territorial, en el que tiene mayoría las Comunidades Autónomas, dejándoles un margen para que puedan ejercer sus competencias y diseñar sus modelos, a partir del respeto a la igualdad en el ejercicio del derecho de ciudadanía y la garantía por la Administración General del Estado de un contenido mínimo común de derechos para todos los ciudadanos en cualquier parte del territorio del Espado español (Art. 1 LAPAD). Las Comunidades Autónomas en algunas ocasiones, como se ha visto, han regulado aspectos relacionados con la promoción de la autonomía y atención a la dependencia

mediante normas de carácter general, por ejemplo, en los mismos Estatutos de Autonomía, y en otras las han incluido en disposiciones de carácter sectorial, especialmente en las leyes de servicios sociales.

Esta normativa se ha sistematizado seleccionando las principales normas vigentes específicas en la materia, es decir no se recogen en este listado las que han sido derogadas –sí se incluyen las modificadas parcialmente- ni las de carácter general de servicios sociales. Por otra parte, no se analizan individualmente las disposiciones ni todas sus particularidades, ya que el presente informe aborda estos aspectos desde una perspectiva general y, por otra parte, se dispone de recopilaciones y estudios sobre estos aspectos a los que remitimos a las personas interesadas.⁷

— Asignación de competencias

La puesta en marcha de la LAPAD supuso para los Gobiernos autonómicos la necesidad de adoptar de forma rápida decisiones técnicas, organizativas y legales para poder acoger de forma coherente en sus sistemas de servicios sociales a los nuevos principios, derechos, servicios y prestaciones de la LAPAD. Para ello, las primeras decisiones se dirigieron a la regulación de los procedimientos y la determinación de los órganos o entes competentes para la ejecución de las funciones de aplicación de la LAPAD.

En la tabla 15 del Anexo se reflejan las normas específicas en cuyo título se alude a dichas competencias, aunque todas han atribuido competencias en materia de dependencia, y a veces figuran en normas más generales.

Todas las Comunidades Autónomas designaron los órganos competentes para la ejecución de la LAPAD en su territorio, ya fuere mediante la asunción de las

⁷ Especialmente ver el citado: CERMI. Análisis de los desarrollos normativos del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia. Estudio comparativo autonómico. Madrid, 2009.

competencias por parte de órganos existentes, como es el caso de la Dirección General de Coordinación de la Dependencia en la Comunidad de Madrid, (Decreto 63/2006, de 20 de julio), que había sido creada previamente por Decreto 126/2004, de 29 de julio, por el que se establece la estructura orgánica de la Consejería de Familia y Asuntos Sociales o a través de la reestructuración de los departamentos, como por ejemplo la C. Valenciana que creó la Secretaría Autonómica de Autonomía Personal y Dependencia”, mediante el Decreto 28/2008, de 18 de septiembre, como un órgano de la Consejería de Bienestar Social para la coordinación de las medidas de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia.

Asimismo, algunas Comunidades Autónomas optaron por la creación de nuevos entes con amplias competencias en la planificación, gestión y seguimiento, como por ejemplo la Agencia Navarra para la Dependencia (ANDEP)⁸ que es un organismo autónomo de carácter administrativo, con personalidad jurídica propia y plena capacidad de obrar para el cumplimiento de sus competencias de gestión y coordinación de las prestaciones de la cartera de servicios sociales de ámbito general para la Dependencia y para la promoción de la autonomía personal y prevención de la dependencia (Art. 3 del Decreto Foral 184/2007, de 10 de septiembre, por el que se aprueban los Estatutos de la Agencia Navarra para la Dependencia); el Servicio Extremeño de Promoción de la Autonomía y Atención a la Dependencia (SEPAD), creado por la Ley 1/2008, de 22 de mayo, de creación de Entidades Públicas de la Junta de Extremadura, como ente público a quien corresponde el ejercicio de las competencias de administración y gestión de servicios, prestaciones y programas sociosanitarios que le encomiende la Administración de la Comunidad Autónoma; o la Agencia de Servicios Sociales y Dependencia de Andalucía (Decreto 101/2011, de 19 de abril, por el que se aprueban los Estatutos de la Agencia de Servicios Sociales y

⁸ Era una transformación del Instituto navarro de Bienestar Social.

Dependencia de Andalucía) que en su artículo 9 señala las competencias que le atribuye en materia de promoción de la autonomía personal, prevención y atención a las personas en situación de dependencia.

En el caso de la Región de Murcia se optó por la creación de la Oficina para la Dependencia, como órgano⁹ específico de la Consejería de Política Social, Mujer e Inmigración (Decreto 284/2009, de 11 de septiembre, por el que se establecen los Órganos Directivos de la Consejería) que asumió las competencias y funciones que corresponden a la Comunidad Autónoma en materia de reconocimiento del derecho a las prestaciones contempladas en la LAPAD y su seguimiento y control, así como la formación en la materia de dependencia (ver tabla 16 del Anexo).

La Comunidad Valenciana optó por la creación de una sociedad mercantil, la Agencia Valenciana de Prestaciones Sociales (AVAPSA), creada en 1 de diciembre de 2005 y cuyo régimen jurídico actual (Ley 10/2006, de 26 de diciembre) es el de una empresa de la Generalitat (el capital social debe ser íntegramente de su titularidad) para la prestación de servicios esenciales en materia de servicios sociales y de carácter sociosanitario.

En cambio, en Cataluña, la Ley de servicios sociales preveía la creación de la Agencia de gestión de las políticas públicas del Sistema Catalán de Autonomía y Atención a la Dependencia (disposición adicional sexta) que no se ha puesto en marcha.¹⁰

Por otra parte, las Comunidades Autónomas también han creado nuevos órganos con funciones más concretas, especialmente con finalidades

⁹ Tiene rango de Dirección General. Decreto n.º 146/2011, de 8 de julio, del Consejo de Gobierno, por el que se establecen los Órganos Directivos de la Consejería de Sanidad y Política Social.

¹⁰ El Gobierno de la Generalitat de Cataluña creó el 31 de mayo de 2005 el Programa para el Impulso y la Ordenación de la Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas con Dependencia (PRODEP).

participativas, consultivas y de seguimiento, como puede verse en la tabla 16 del Anexo.¹¹ Algunos de ellos, nacieron a instancia parlamentaria, como la Comisión Especial para el Seguimiento de la Aplicación, en el ámbito del Principado de Asturias, de la LAPAD o la Comisión mixta de seguimiento del desarrollo de la LAPAD, propiciadas por la Procuradora General del Principado de Asturias o el Parlamento de Cataluña respectivamente. También los gobiernos crearon por propia iniciativa órganos consultivos como el Comité Consultivo Autonómico del Sistema Valenciano para la Autonomía y Atención a la Dependencia y el Consejo Interterritorial de Servicios Sociales, Promoción de la Autonomía Personal y Atención a la Dependencia de la Comunitat Valenciana, la Comisión de Participación Territorial para el Desarrollo e Implantación del Sistema Murciano de Atención a la Dependencia o el Comité Consultivo de Atención a la Dependencia de Castilla y León, creado por la Ley 16/2010, de 20 de diciembre, de Servicios Sociales. En otros casos, se establecen dichos órganos en la normativa que crea los nuevos entes, como por ejemplo el Decreto 101/2011, de 19 de abril, por el que se aprueban los Estatutos de la Agencia de Servicios Sociales y Dependencia de Andalucía, que regula en su artículo 17 el Comité Consultivo, adscrito a la Agencia.

En la normativa sobre la autonomía-dependencia son escasas las referencias a los gobiernos locales, si bien varias Comunidades Autónomas han regulado su participación en la elaboración del PIA (a título de ejemplo Andalucía, Cataluña, Illes Balears, La Rioja) o, como en el caso de la Comunidad de Madrid, en la elaboración del informe de entorno.

¹¹ Con una función mucho más concreta podemos citar el Servicio Gallego de Apoyo a la Movilidad Personal para personas con discapacidad y/o dependientes para la ayuda al desplazamiento de estos colectivos, a través de una red de responsabilidad pública.

— Modelos normalizados

Todas las Comunidades Autónomas establecieron los modelos básicos de solicitud de valoración de la situación de dependencia y del reconocimiento de los derechos que establece la LAPAD, así como de los correspondientes a la de revisión. Asimismo, algunas Comunidades Autónomas regularon, en disposiciones específicas, los modelos de informe social, de dictamen propuesta, del PIA, del trámite de consulta y de resolución (ver Anexo tabla 17)

— Valoración

Una de las competencias más importantes asignadas a las Comunidades Autónomas es la relativa a la gestión de los servicios y recursos necesarios para la valoración de la dependencia (Art. 11.1, b), por ello muchas de las Comunidades Autónomas regulan los aspectos concernientes a los profesionales integrantes de los órganos de valoración (equipos, comisiones) o la habilitación de dichos profesionales, por ejemplo, Murcia regula la figura del Técnico Valorador en Dependencia. Igualmente, algunas Comunidades Autónomas en las mismas disposiciones regulan -aunque no forma parte de la valoración- el diseño, los criterios, la elaboración y la aprobación del PIA, ya que es uno de los instrumentos clave en el proceso de concreción de los derechos (ver tabla 17).

Para la valoración del grado y nivel de dependencia, alguna Comunidad Autónoma, haciendo uso de la capacidad para determinar los órganos de valoración (Art. 27.1 LAPAD) conciertan con entes públicos la realización de las valoraciones.

Por otra parte, algunas normas hacen referencia a otras escalas de valoración complementarias, respetando en todo caso los baremos aprobados con carácter general. Así por ejemplo, la Diputación foral de Gipuzkoa regula unos baremos

y equivalencias –las equivalencias que se utilizaron en un primer momento fueron derogadas posteriormente-, que, después de reconocer los baremos de la valoración estatales para el reconocimiento de la situación de dependencia a efectos de acceder a las prestaciones de la LAPAD, establece que se realizará complementariamente la valoración conforme al sistema RAI–RUG para la calificación de personas mayores con dependencia, cuando lo soliciten los servicios de atención diurna y para centros residenciales. En Navarra han regulado la valoración de la situación familiar para el acceso a plazas residenciales destinadas a la atención de personas mayores, con discapacidad, con enfermedad mental y en situación de exclusión o riesgo social (Orden Foral 3/2010, de 14 de enero, regula el procedimiento y el baremo de valoración de la situación familiar para el acceso a plazas residenciales) que, aunque no sea exclusivamente, también afecta las personas en situación de dependencia; esta norma incluye una Escala de Valoración Social y una Escala de sobrecarga del cuidador de Zarit (Caregiver Burden Interview).

Asimismo, en relación a las personas que venían previamente recibiendo asistencia residencial las Comunidades Autónomas de Aragón, Principado de Asturias, Cantabria, Comunidad Valenciana, Comunidad de Madrid y Comunidad Foral de Navarra establecen mecanismos singulares para acceder al reconocimiento de la situación de dependencia

Un último comentario referente a la figura del reconocimiento de “continuidad en el servicio asistencial”, que regulaba una resolución de la consejería de Asuntos Sociales de las Illes Balears, dirigida a las personas que ya eran beneficiarias de un servicio como consecuencia de su situación fáctica de dependencia, en orden a agilizar la tramitación y la implantación del SAAD, cuestión no contemplada por la LAPAD ni por las norma de desarrollo. Por ello, una segunda resolución dejó sin efecto dicho reconocimiento y para agilizar los trámites se sustituyó por acciones de promoción entre las personas que puedan



encontrarse en una situación fáctica de dependencia, para que éstas o sus representantes legales inicien, mediante la correspondiente solicitud, el procedimiento de reconocimiento de la situación de dependencia, para reforzar la implantación del SAAD en la CA.

— Procedimiento para el reconocimiento de la situación de dependencia y del derecho a los servicios y prestaciones del SAAD

Se trata de normas básicamente procedimentales, aunque en algún caso regulen también las prestaciones, que marcan el camino a seguir para el reconocimiento del grado y nivel de dependencia y de los derechos a los correspondientes servicios y prestaciones de la LAPAD (ver Anexo Tabla 19).

— Servicios

Con la aprobación de la LAPAD el catálogo de servicios previsto en su texto entró a formar parte de las legislaciones autonómicas de servicios sociales, y si bien en algunos textos normativos ya se contemplaban previamente parte de estas prestaciones, a partir de la entrada en vigor de la ley se produce un avance cualitativo por cuanto se reconoce el derecho subjetivo de las personas en situación de dependencia a acceder a los servicios del catálogo de conformidad con el procedimiento previsto en la Ley.

La mayoría de las Comunidades Autónomas, a estos efectos, aprobaron una norma específica destinada exclusivamente a la atención a la situación de dependencia y desarrollaron un catálogo específico con dichos servicios del SAAD, bien en una norma concreta destinada a tal fin (a título de ejemplo, Cantabria, Castilla-La Mancha), bien incluyendo el catálogo y la cartera de servicios en la norma que regula el procedimiento administrativo y otras cuestiones (Galicia y Madrid, entre otras).

En las leyes de servicios sociales publicadas con posterioridad a la LAPAD, las Comunidades Autónomas han incluido expresamente dentro de sus catálogos o carteras de servicios sociales, el catálogo de servicios previsto en la LAPAD.

También desde el nivel autonómico se regula el acceso y los traslados de las personas en situación de dependencia a los distintos servicios (ver tabla 20 del Anexo),

Asimismo, algunas Comunidades Autónomas tratan separadamente los criterios y condiciones de acreditación de los centros y servicios destinados a la atención de las personas en situación de dependencia de los demás de servicios sociales.

En la tabla 20 del Anexo se recopilan las normas autonómicas relativas a los catálogos de servicios específicos, aunque como se ha señalado en la mayoría de casos se han incorporado a los de carácter general. También se recogen, sin ánimo de exhaustividad, disposiciones relativas a la autorización y acreditación, así como de acceso y traslado a los servicios"

— Prestaciones económicas

De la misma forma que se ha comentado en el apartado anterior en relación a los servicios, todas las Comunidades Autónomas deben de gestionar y conceder estas prestaciones económicas, en los términos establecidos en la LAPAD y normas de desarrollo. Algunas de las normas autonómicas regulan específicamente el acceso a estas prestaciones económicas, ya sea con carácter general o para determinadas prestaciones (ver tabla 21 del Anexo), aunque se van normalizando su incorporación a los catálogos/carteras de servicios sociales generales.

Por otra parte, muchas Comunidades Autónomas han aprobado normas actualizando las cuantías de las prestaciones económicas, de acuerdo con las



cuantías establecidas anualmente en los correspondientes reales decretos aprobados por el Gobierno.

En todo este proceso es importante garantizar el encaje y la continuidad de las prestaciones autonómicas existentes con anterioridad y las nuevas procedentes de la LAPAD con el fin de evitar lagunas asistenciales. Por ejemplo, La Rioja mantiene transitoriamente la prestación para los cuidadores de personas mayores dependientes mientras no perciba la prestación económica para cuidados en el entorno familiar.

Por otra parte, la normativa de la Comunidad de Madrid hace referencia a la modalidad del cheque servicio en el caso de las prestaciones vinculadas

Asimismo, y ya sin el carácter de derecho subjetivo, las Comunidades Autónomas han establecido ayudas específicas para la autonomía de las personas en situación de dependencia, tales como las ayudas individuales destinadas a financiar los gastos realizados y dirigidos a garantizar la realización de actividades básicas de la vida diaria, la máxima integración y la mejora de su bienestar, favoreciendo su movilidad, comunicación y participación en la vida social y económica de su entorno, con el objetivo de dar apoyos para su autonomía personal de Castilla y León, las ayudas individuales destinadas a favorecer su autonomía personal mediante la financiación de gastos dirigidos a garantizar la máxima integración social y a mejorar su bienestar, comunicación y participación en la vida de su entorno de Aragón, las ayudas económicas individuales y de los productos de apoyo destinados a favorecer la autonomía personal para la realización de las actividades de la vida diaria y para la integración social de la Diputación Foral de Gipuzkoa, o como subvenciones para la adquisición de ayudas técnicas dirigidas a personas que tengan reconocida la situación de dependencia de Extremadura, Comunidad Foral de Navarra, Diputación Foral de Bizkaia, Ceuta y Melilla.

Cabe destacar que, con ocasión de la ejecución del Fondo Especial del Estado para la Dinamización de la Economía y el Empleo, en los Convenios de Colaboración suscritos entre la Administración General del Estado y las Comunidades Autónomas parte del crédito destinado a la promoción de servicios de atención a la dependencia y a la formación de profesionales, según el Real Decreto-Ley 9/2008 de 28 de noviembre, y el Acuerdo del Consejo de Ministros de 5 de diciembre de 2008, por el que se aprueba el destino del fondo especial del Estado para el estímulo de la economía y el empleo, dotado por el Real Decreto-Ley 9/2008, de 28 de noviembre, y su distribución por departamentos ministeriales, publicado por la Orden EHA/3566/2008, de 9 de diciembre, fue asignado a la realización de programas de obras en alojamientos particulares, mediante ayudas individuales, con el fin de facilitar la accesibilidad y la adaptación del hogar de las personas ya valoradas en situación de dependencia que lo precisen para facilitar la permanencia de las mismas en su domicilio y evitar el ingreso no necesario en residencias.

— **Apoyo a personas cuidadoras no profesionales**

En cumplimiento del mandato que establece el Acuerdo del Consejo Territorial de 22 de septiembre de 2009 sobre criterios en materia de formación e información de personas cuidadoras no profesionales, las Comunidades Autónomas, han promovido en su ámbito territorial, acciones de formación y apoyo. En la tabla 22 del Anexo consta la normativa relacionada con estas actividades, aunque en algunos casos se incluye en otras normas de carácter más general, como el caso de Extremadura, en cuya Orden reguladora del catálogo de servicios y prestaciones establece que las personas cuidadoras no profesionales podrán participar en los programas y acciones de formación promovidas por las Administraciones Públicas y que el contenido y duración de la formación se ajustará a lo establecido en la Resolución por la que se publica el citado Acuerdo del Consejo Territorial; también puede citarse el Decreto de la

Comunidad Valenciana que crea el Comité Consultivo al que le confiere funciones sobre formación de cuidadores y cuidadoras.

— Intensidad protectora y compatibilidades

Ya nos hemos referido a los criterios mínimos adoptados por el Consejo Territorial y reflejados en la normativa en relación a la intensidad de la acción protectora y al régimen de compatibilidades. En ambos casos, como podemos observar en la Tabla 23 del Anexo, las Comunidades Autónomas han ejercido su ámbito competencial regulando dichos aspectos de la forma que han considerado más adecuada y ajustada a sus realidades y posibilidades.

El resultado del análisis general de la normativa promulgada presenta distintas intensidades protectoras y diversos regímenes de compatibilidades, que ha sido objeto de críticas por considerar que dichas diferencias podrían vulnerar el principio de igualdad que proclama la Ley a un contenido mínimo común de derechos. Debe tenerse en cuenta que dicho contenido mínimo común de derechos viene dado por el marco común establecido en la LAPAD y en los Acuerdos del Consejo Territorial del SAAD, que, partiendo del respeto al reparto de competencias establecido en la Constitución y en los Estatutos de Autonomía de las Comunidades Autónomas, reservan un ámbito de desarrollo normativo a éstas últimas.

Con ocasión del acuerdo del Consejo Territorial sobre los criterios para determinar las intensidades de protección de los servicios y el importe de las prestaciones económicas para las personas reconocidas en situación de dependencia en grado I, de fecha 28 de octubre de 2010, algunas Comunidades Autónomas (ver Tabla 24 del Anexo), regularon las prestaciones de atención a la dependencia para este grado.

— Capacidad económica y aportación de los usuarios

Igual que en el apartado anterior, a partir de los mínimos acordados en el Consejo Territorial, cada Comunidad Autónoma ha regulado la forma del cálculo de la capacidad económica de las personas en situación de dependencia y, en función de los resultados, han determinado su participación en la financiación, mediante un sistema de copago en el caso de las prestaciones de servicios, y mediante la aplicación de fórmulas correctoras para la determinación de la cuantía en caso de prestación económica (Tabla 25 del Anexo). En todo caso, respetando la premisa de que ninguna persona quedará fuera del Sistema por falta de recursos económicos.

— Otras medidas

Para cerrar esta panorámica de la normativa autonómica de desarrollo de la LAPAD se señalan algunos otros aspectos y medidas adoptadas por las Comunidades Autónomas, algunas de las cuales, a título de ejemplo, se comentan a continuación.

✓ *Financiación de la adaptación de viviendas y centros*

La autonomía personal depende en buena parte de la accesibilidad del entorno de vida de la persona, por ello se considera importante la adopción de medidas que lo hagan posible. Algunas Comunidades Autónomas, en las leyes de servicios sociales o en los catálogos de servicios y prestaciones han establecido como derecho subjetivo las ayudas económicas para facilitar la autonomía personal (ayudas técnicas y accesibilidad y adaptaciones del hogar) que la LAPAD supeditaba a las disponibilidades presupuestarias (disposición adicional tercera). Puede señalarse la citada Ley de servicios sociales de Castilla-La Mancha que garantiza la adquisición de las mencionadas ayudas técnicas a aquellas

personas que tengan reconocida la situación de dependencias y se haya prescrito en el PIA (Art. 39).

Como se ha señalado al tratar de los aspectos que inciden en la financiación, algunas Comunidades Autónomas han utilizado una parte del Fondo Especial del Estado para la Dinamización de la Economía y el Empleo para dicho fin; a título de ejemplo, así lo ha hecho la Junta de Extremadura, para lo que ha creado un Fondo Especial de subvenciones para la realización de obras de accesibilidad y adaptación del hogar de las personas que tengan reconocida la situación de dependencia.

De la misma manera, repercute en la calidad de la atención a las personas en situación de dependencia usuarias en un centro residencial, de día o de noche, la accesibilidad y las demás condiciones materiales de los mismos. Por ello, se han establecido las normas y criterios para la acreditación y la calidad de los servicios, que en muchos casos precisarán de adaptaciones de los equipamientos y servicios. Para posibilitar la realización de estas mejoras, algunas Comunidades Autónomas han concedido subvenciones; un ejemplo de estas normas, puede ser el Decreto 102/2008, de 15 de julio, de Castilla-La Mancha que regula la concesión directa de una subvención a la Federación de entidades a favor de personas con discapacidad intelectual de Castilla-La Mancha para la adaptación de centros de servicios sociales en aplicación de la LAPAD.

✓ *Menores de tres años*

La preocupación por la atención a los menores de tres años en situación de dependencia debe ser una de las prioridades, todas las Comunidades Autónomas han regulado la atención temprana y la mayoría de las veces como un derecho subjetivo y gratuito. Además alguna Comunidad Autónoma prevé la elaboración de un plan integral para este colectivo,



como señala la Orden de 4 de septiembre de 2008, por la que se crea la Comisión Técnica para la elaboración del Plan Integral de Atención a menores de tres años en situación de dependencia en Andalucía 2009-2012.

✓ *Atención sociosanitaria*

La atención sociosanitaria está presente desde hace años en las normativas autonómicas relacionadas con la discapacidad, la atención a personas mayores o en situaciones de dependencia. Asimismo, las leyes de sanidad (ya nos hemos referido a las prestaciones sociosanitarias previstas en la Ley de cohesión y calidad del SNS) y de servicios sociales tratan de este espacio, aunque en la mayoría de casos de una forma muy genérica. Por ello, deben destacarse las normas que concretan esta atención en el ámbito de la promoción de la autonomía y atención a las situaciones de dependencia, como, por ejemplo, la adoptada por la Comunidad de Baleares mediante Resolución conjunta de la Consejera de Asuntos Sociales, Promoción e Inmigración y del Consejero de Salud y Consumo de 22 de diciembre de 2010 por la que se ordena la atención integral y el seguimiento de las personas dependientes mediante un plan de cuidados conjunto entre los centros de salud de atención primaria y los servicios sociales comunitarios y el Decreto Foral 235/2006, de 26 de diciembre, de la Diputación Foral de Bizkaia por el que se regula el régimen de acceso a las unidades residenciales socio-sanitarias de la red foral de residencias para personas mayores dependientes y las condiciones de prestación del servicio asistencial.



- **El proceso normativo autonómico de desarrollo de la LAPAD es desigual. Se trata de un proceso legislativo abierto y dinámico, en el que parece apreciarse una tendencia a la confluencia, a partir del avance en los acuerdos del Consejo Territorial y su reflejo normativo, a través del cual se va constituyendo un fondo común pactado que contribuye a reducir las diferencias.**
- **Las Comunidades Autónomas avanzan en la concreción de los procedimientos y la configuración de los órganos evaluadores y los componentes y sus características.**
- **Son importantes las medidas transitorias para ajustar los servicios y prestaciones de la LAPAD y las de los servicios sociales autonómicos, con el fin de evitar lagunas asistenciales y los consiguientes perjuicios a los ciudadanos.**
- **Las Comunidades Autónomas, en ejercicio de sus competencias y a partir de los mínimos estatales establecidos, han regulado el régimen de compatibilidades, la capacidad económica y la aportación usuarios.**
- **Se han creado órganos y entes autonómicos de diversa naturaleza y funciones (consultivos, gestores, de seguimiento, etc.) específicos del ámbito de la autonomía-dependencia con el fin de impulsar la puesta en marcha de la ley y su desarrollo.**
- **En la normativa se constatan escasas referencias a los gobiernos locales, cuando en la práctica desarrollan importantes funciones en el desarrollo de la LAPAD. Especialmente destacables son la ausencia de referencia a las competencias y la financiación de las nuevas funciones que desarrollan.**
- **Algunos proyectos que tienen por objetivo la mejora de la atención y la situación de las personas dependientes valoran, al mismo tiempo, la capacidad de crear empleo que tienen las acciones dirigidas a este colectivo.**
- **Son destacables las actuaciones sociosanitarias, siendo sin embargo escasas las disposiciones que regulan de forma operativa la atención integral y el seguimiento de las personas dependientes y un planes de cuidados conjuntos entre los centros de salud de atención primaria y los servicios sociales comunitarios.**

5. CONSIDERACIONES FINALES

En el presente informe se han analizado las normas estatales y autonómicas relativas a la promoción de la autonomía y la protección de las situaciones de dependencia, tomando como referencia central la LAPAD, con el fin de identificar los aspectos más relevantes, analizarlos y presentar conclusiones generales y algunas sugerencias y propuestas de mejora.

5.1. CONCLUSIONES

— Antecedentes

Con anterioridad a la aprobación de la LAPAD ya existía en España normativa protectora de las situaciones de dependencia establecida por el Estado y las Comunidades Autónomas desde los distintos ámbitos del bienestar, como salud, educación, servicios sociales, seguridad social, trabajo o urbanismo. Sin embargo, estos dispositivos y los recursos dedicados resultaban insuficientes para afrontar el incremento de las situaciones de dependencia y la creciente complejidad de las necesidades que conllevan. Esta nueva situación se había generado principalmente por el aumento de la esperanza de vida y las mejoras sanitarias, así como por la incorporación de la mujer al mundo laboral.

— Modelo

El legislador configuró el modelo español en la LAPAD, que se caracteriza por las notas siguientes: a) regula básicamente el acceso a servicios y prestaciones de servicios sociales; b) se reconoce como un derecho subjetivo de ciudadanía; c) se dirige a toda la población en situación de dependencia, que debe recibir, garantizado por el Estado, el contenido mínimo común de derechos en cualquier parte del territorio español; d) incluye la promoción de la autonomía y la protección de las situaciones de dependencia; e) se fundamenta en la



responsabilidad pública, en la participación y colaboración de todas las Administraciones, en una gestión mixta público-privada así como en una financiación pública conjunta y con la participación de los usuarios. Se trata de un modelo novedoso y singular, que generó grandes expectativas y cuya puesta en marcha ha resultado compleja.

— Legislación que incide en la regulación de la promoción de la autonomía y la protección a la dependencia

Normas estatales

Las leyes específicas relativas a la discapacidad (LISMI, LIONDAU) afectan y en algunos casos completan la protección que establece la LAPAD. También deben tenerse en cuenta los preceptos de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, ya que ha sido firmada y ratificada por España y forma parte del derecho interno.

De la normativa sanitaria, la Cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud, que se establece en cumplimiento de la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, no incluye explícitamente las prestaciones sociosanitarias que establecía la mencionada Ley.

Las medidas previstas en la legislación española relativas a la compatibilidad de la vida laboral con la familiar y social, a pesar de las mejoras de estos últimos años, resultan insuficiente para atender todas las necesidades de las personas en situación de dependencia y sus familias.

Normas autonómicas

Todos los Estatutos de Autonomía reformados contienen referencias a la autonomía y a las situaciones de dependencia, así como a los servicios sociales.



La mayoría de ellos establecen y regulan los derechos de las personas en situación de dependencia y el derecho de acceso a los servicios sociales.

Estos nuevos Estatutos reafirman y concretan la competencia exclusivas de las Comunidades Autónomas en materia de servicios sociales.

El proceso normativo de incorporación de la materia autonomía-dependencia a la legislación autonómica en general es diverso y abierto, pero parece dirigirse, a través de los acuerdos adoptados en el Consejo Territorial, hacia la convergencia en muchos de los aspectos básicos.

— La promoción de la autonomía y la protección a la dependencia en las Leyes de servicios sociales

Anteriores a la LAPAD

Estas leyes no trataban específicamente de la dependencia hasta el año 2003, a partir del cual algunas Comunidades Autónomas inician el camino hacia la incorporación de esta problemática de forma explícita a los servicios sociales.

A pesar de existir experiencias autonómicas de integración y coordinación sociosanitaria no se observa un modelo considerado satisfactorio para abordar la problemática de la promoción de la autonomía y atención a las situaciones de dependencia. Las diferencias entre ambos ámbitos - carácter asistencialista o universal, distinto nivel de derechos y de competencias, diferencias de recursos y de capacidad financiera- dificultan dicha colaboración. Por otra parte, se observan pocas normas autonómicas de carácter transversal que faciliten los enfoques globales de actuaciones conjuntas de los sectores de bienestar a favor de las personas en situación de dependencia y sus familiares.



Se apreciaba un sesgo importante en la normativa analizada hacia la atención a la dependencia en detrimento de la prevención de la dependencia y la promoción de la autonomía.

El impacto de la LAPAD en los servicios sociales autonómicos

La LAPAD afectó a la mayoría de elementos de los sistemas autonómicos de servicios sociales (legislativos, organizativos y financieros) en el ámbito de la promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia.

Leyes de servicios sociales posteriores a la LAPAD

Todas las nuevas leyes de servicios sociales incorporan los aspectos relacionados con la promoción de la autonomía y atención a las situaciones de dependencia y se observa una progresiva integración de conceptos, principios, servicios y prestaciones de la LAPAD a estas leyes, aunque lo hacen con distinta intensidad y persisten todavía algunas disfunciones (doble regulación de los derechos y deberes o la dualidad de regímenes de infracciones y sanciones) y carencias (coordinación operativa sociosanitaria).

Es importante remarcar que la LAPAD y las leyes de servicios sociales posteriores introducen cambios significativos en los sistemas de servicios sociales que afectan a los aspectos substantivos (principios, derecho subjetivo, derechos y deberes de los usuarios), instrumentales (carteras/catálogo de servicios; convenios), organizativos (sistema, red única, modelo interadministrativo cooperativo) y de financiación (compartida, con participación de los usuarios), generando con ello un nuevo paradigma, que tiene como ejes centrales el derecho subjetivo y los principios de autonomía (funcional y moral) y de universalidad.

— El despliegue normativo de la LAPAD

Modificaciones y desarrollo estatal de la LAPAD

Las recientes modificaciones de la LAPAD, adoptadas con motivo de las medidas extraordinarias, pretenden, por una parte, unificar y limitar razonablemente el plazo máximo de tramitación del procedimiento de reconocimiento de la situación de dependencia y del derecho a las prestaciones del SAAD y, correlativamente, modificar el régimen de retroactividad de las prestaciones, de modo que sólo se devengará, cuando la tramitación del procedimiento supere el plazo máximo de los seis meses.

La revisión de los baremos ha comportado su modificación y adaptación con el fin de mejorar dicho instrumento. La norma reguladora de los nuevos baremos también establece la equivalencia de las nuevas valoraciones con las realizadas para determinar la gran invalidez y la necesidad de concurso de otra persona de las prestaciones no contributivas de la Seguridad Social, si bien establece que en todo caso se aplicará el nuevo baremo, y se reconocerá lo que resulte más favorable a la persona beneficiaria. Por otra parte, a partir de la entrada en vigor del nuevo baremo, éste será el único instrumento aplicable para la valoración de las citadas situaciones de necesidad de concurso de otra persona.

Una de las prestaciones que ha resultado más controvertida en la práctica ha sido la establecida para recibir los cuidados en el entorno familiar, ya que, a pesar del carácter excepcional que le otorga la Ley, ha sido una de las más concedidas. Por este motivo había sido objeto de estudio y debate por parte del Consejo Territorial y en la normativa de 2011 se han ajustado y concretado los requisitos de acceso para dar cumplimiento a la Ley.

Deben destacarse, por otra parte, los avances realizados a partir de los acuerdos del Consejo Territorial sobre los criterios comunes para la acreditación



y para garantizar la calidad de los centros y servicios del SAAD. También se ha progresado en la configuración y regulación del Sistema de información normalizado y unificado del SAAD (SISAAD) como instrumento básico para la gestión, la planificación, la evaluación y la toma de decisiones.

En el año 2011 se han abierto los derechos para las personas en situación de dependencia moderada (Grado I), por ello, se han concretado los servicios y prestaciones económicas que les correspondían y su intensidad. Es necesario destacar de esta norma el carácter prioritario que otorga a la prevención para evitar la agravación de la dependencia.

Los fondos especiales que se establecieron durante este periodo para la creación de empleo, beneficiaron en muchos casos el desarrollo y mejora de los establecimientos y servicios para la atención a la dependencia y permitieron comprobar la potencialidad de este sector como yacimiento de empleo.

La regulación del seguro de dependencia y la hipoteca inversa se llevó a cabo a través de la Ley 41/2007, de 7 de diciembre. Recientemente la Ley 27/2011, introduce determinadas previsiones relativas a los seguros colectivos de dependencia: en el ámbito tributario mediante la modificación de la normativa del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas, y en ámbito de la protección de los compromisos por pensiones con los trabajadores, mediante la modificación de las normas sobre Planes y Fondos de Pensiones.

El régimen de incompatibilidades entre los servicios y entre éstos y las prestaciones económicas, fue objeto de amplios debates en el seno del Consejo Territorial y finalmente se alcanzó un acuerdo de mínimos que recoge la normativa y que dejó un margen a las Comunidades Autónomas para el ejercicio de sus competencias. Otra cuestión muy debatida fue la regulación de la participación de las personas beneficiarias en la financiación de las prestaciones, que, como señala el propio preámbulo del acuerdo del Consejo



Territorial adoptado al efecto, se trata igualmente de un acuerdo de mínimos, que puede ser mejorado por las Comunidades Autónomas.

En los términos establecidos en la LAPAD, el Estado, las Comunidades Autónomas financian dicha ley, con la contribución de los usuarios, cuyas aportaciones se regulan, atendiendo, además de los criterios de la LAPAD, a los citados criterios acordados en el Consejo Territorial y la correspondiente normativa autonómica. Por lo que se refiere al nivel acordado, en este apartado merece una mención el nuevo acuerdo alcanzado sobre el Marco de cooperación interadministrativo para variar los criterios de reparto de los créditos de la Administración General del Estado correspondientes al nivel acordado por el periodo 2010-2013. Por otra parte, debe recordarse que las aportaciones de la Administración General del Estado para la celebración de los convenios con las Comunidades Autónomas finalizan el 31 de diciembre de 2015.

Se constata un despliegue completo de la normativa estatal de desarrollo de la LAPAD y, por otra parte, se aprecia un avance considerable en los acuerdos adoptados en el Consejo Territorial, como se observa en su reflejo normativo.

Desarrollo autonómico

Las normas autonómicas analizadas ponen de relieve que el proceso de reglamentación de la LAPAD es desigual y que depende en buena medida del ritmo de desarrollo legislativo autonómico.

Por otra parte, en términos generales, la legislación autonómica en el ámbito que tratamos de los servicios sociales presenta diferencias, como ocurre en los sistemas descentralizados como el español, que no regulan las materias de forma uniforme sino que, dentro de sus competencias, pueden adaptar sus políticas a sus realidades. Se aprecian diferencias en la regulación de la intensidad protectora, el régimen de compatibilidades, la capacidad económica

y la aportación usuarios. Esta situación ha abierto un debate sobre el alcance de estas diferencias, que se centra en la determinación del contenido mínimo común que garantice la igualdad. Hasta ahora, dicho contenido mínimo de derechos, se ha fijado en el marco establecido en la LAPAD y los acuerdos del Consejo Territorial, respetando el reparto competencial establecido.

Las Comunidades Autónomas han concretado los procedimientos y han regulado la configuración de los órganos evaluadores, así como sus componentes y características.

Parecen oportunas las medidas transitorias dictadas por algunas Comunidades Autónomas para ajustar los servicios y prestaciones a la LAPAD y las de los servicios sociales autonómicos, con el fin de evitar perjuicios a los beneficiarios o usuarios. También parecen oportunas las medidas adoptadas por algunas Comunidades Autónomas para facilitar la aplicación de la LAPAD, mediante subvenciones para facilitar la adaptación de los centros y servicios a los nuevos requerimientos de acreditación y calidad, así como la mejora de las ayudas para facilitar la autonomía personal.

Para la ejecución de las nuevas competencias en materia de autonomía-dependencia algunas Comunidades Autónomas adaptaron su organización y crearon nuevos órganos o adecuaron los existentes y otras optaron por la creación de órganos y entes específicos de diversa naturaleza y funciones (coordinación, seguimiento, gestión, participación).

La normativa autonómica de servicios sociales atribuye competencias/responsabilidades a los gobiernos locales, especialmente relativas al nivel primario (prevención, información, orientación, seguimiento, elaboración de los programas individuales, etc.) y a los servicios de proximidad (atención domiciliaría, teleasistencia, centros de día, etc.), que son claves para la eficaz aplicación de la LAPAD.



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE SANIDAD, POLÍTICA SOCIAL
E IGUALDAD

CAPÍTULO II.

COSTES Y FINANCIACIÓN



CAPÍTULO II. COSTES Y FINANCIACIÓN

1. DIMENSIÓN GLOBAL DEL GASTO EN LA PREVENCIÓN, PROMOCIÓN Y ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA

Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia (en adelante, LAPAD) supone un importante avance dentro del campo de la protección social, pues reconoce un nuevo derecho subjetivo de ciudadanía a la promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia.

Para ello, se crea el Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (en adelante, SAAD), un modelo de atención que tiene su base sobre la red preexistente de servicios sociales implantadas por las comunidades autónomas ya con anterioridad a esta ley. Se trata de un sistema de protección que además convive con otros regímenes de protección, cuya finalidad asimismo consiste en parte en atender las necesidades de las personas en situación de dependencia, tales como el sistema de Seguridad Social, la Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado (MUFACE), el Instituto Social de las Fuerzas Armadas (ISFAS), o la Mutualidad General Judicial (MUGEJU), donde se recogen determinadas prestaciones similares y complementarias de las ya recogidas en la LAPAD.

El gasto derivado de la atención a la dependencia recoge una diferente serie de conceptos. Así, en primer lugar, incluye el gasto en la provisión de las prestaciones contempladas en la LAPAD. En segundo lugar, se recoge asimismo el gasto también derivado de la LAPAD de las cuotas a la Seguridad Social y formación profesional de las personas cuidadoras no profesionales de las personas en situación de dependencia, derivadas de la suscripción, en su caso,

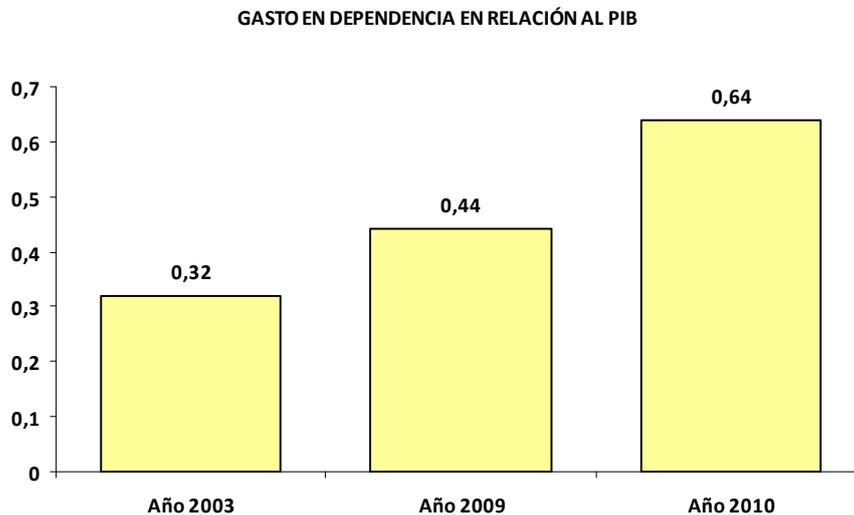
del correspondiente convenio especial. En tercer lugar, debe tenerse en cuenta asimismo el gasto corriente del PlanE destinado en el ejercicio 2009 a proporcionar a las comunidades autónomas recursos extraordinarios para facilitar el desarrollo y modernización de la Red de servicios del Sistema y, paralelamente, favorecer la generación de empleo en el sector Y por último, es necesario hacer referencia al gasto realizado ,al margen del SAAD, en prestaciones de análoga naturaleza y finalidad comprendidas en otros regímenes de protección social .

Los resultados analizados en el presente capítulo se refieren a los ejercicios 2009 y 2010.

La LAPAD ha impulsado el crecimiento del gasto en atención a la dependencia que las comunidades autónomas y corporaciones locales ya venían destinando antes de la Ley. Así el gasto sobre el PIB, entre el 2003¹² y el 2010 se dobla, al pasar del 0,32%, en el 2003, al 0,64% en el 2010. Asimismo, se aprecia un considerable incremento entre el 2009 al 2010, al pasar del 0,44% (sin Plan E), al 0,64% del PIB. (Ver grafico 1).

¹² Se toma el dato del 2003 ya que es que aparece en el Libro Blanco de la Dependencia.

Gráfico 1. Evolución del Gasto en dependencia / PIB.



La evolución del gasto entre el 2009 y 2010 muestra un incremento de dos décimas porcentuales (0,44%-0,64%), poniendo de relieve la capacidad de las Administraciones de asumir los compromisos de la demanda de las nuevas personas beneficiarias que llegan al Sistema a consecuencia de la aplicación de la LAPAD. En el año 2009 se dio entrada al colectivo de personas valoradas como Grado II Dependencia Severa Nivel 1, lo cual significaba reconocer el derecho a las prestaciones de todas aquellas personas cuya situación de dependencia hubiera sido valorada como Grado III Gran Dependencia, y Grado II Dependencia Severa.

La evolución del gasto corriente en los diferentes programas de dependencia muestra como el gasto en la provisión de las prestaciones de la LAPAD se ha incrementado un 46.05%, entre los dos ejercicios, con una variación de 1.882,3M€. Le sigue el gasto derivado de las cotizaciones de los convenios especiales de las personas cuidadoras no profesionales que casi dobla el gasto del año anterior con un incremento de 162,21 millones de euros. Por último, el gasto en prestaciones de análoga naturaleza que crece un 3%.



Como se ha apuntado, el gasto mayor en la política de protección social de atención a la dependencia en el año 2010 se realiza en el ámbito del SAAD representando el 93% del total, el restante 7% se corresponde con el gasto derivado en prestaciones de análoga naturaleza y finalidad, a cargo del sistema de Seguridad Social y Mutualidades. (Ver cuadro 1). En el ámbito estricto del SAAD, el gasto en prestaciones del SAAD representa el 95% y un 5% el derivado de las cuotas de la Seguridad Social de las personas cuidadoras no profesionales, que son financiadas en exclusiva a cargo de la Administración General del Estado.

Cuadro 1. Gasto total en atención dependencia 2009-2010.

	Año 2009		Año 2010	
	Nº	%	Nº	%
GASTO PRESTACIONES LAPAD	4.087.572.398	96%	5.969.917.149	95%
GASTO S.S. CUIDADORAS	169.710.855	4%	331.929.519	5%
TOTAL GASTO SAAD	4.257.283.253	100%	6.301.846.668	100%
Gasto corriente PLAN E dinamización economía y empleo	140.000.000			
TOTAL GASTO SAAD + PLAN E	4.397.283.253	91%	6.301.846.668	93%
PRESTACIONES ANÁLOGA NATURALEZA (ART 31)	450.848.096	9%	465.324.345	7%
TOTAL GASTO CORRIENTE EN DEPENDENCIA	4.848.131.349	100%	6.767.171.013	100%

De acuerdo con la estimación realizada, el gasto corriente total derivado de la atención a la dependencia se ha situado en el año 2009 en 4.848.131.349€ (4.708.131.349€ sin gasto corriente Plan E) y en 6.767.171.013 € en el año 2010.

2. EL SAAD.

La LAPAD establece en su artículo 14 que las prestaciones de atención a la dependencia podrán tener la naturaleza de servicios y de prestaciones económicas.

De esta forma, en el artículo 15 se recoge el catálogo de servicios de la ley de Dependencia, comprendiendo el servicio de prevención de la situación de dependencia y promoción de la autonomía personal; el servicio de Teleasistencia; el servicio de Ayuda a Domicilio; el servicio de Centro de Día y Noche; y el servicio de Atención Residencial. Además, y cuando no resulte posible la prestación de uno de los servicios mediante la red pública de centros, se podrá conceder una prestación económica vinculada a tal servicio, dirigida en todo caso a financiar la adquisición del citado servicio a través de entidades o centros acreditados. Excepcionalmente, y cuando se cumplan los requisitos recogidos para ello, se podrá conceder una prestación económica para que la persona beneficiaria sea atendida por una persona cuidadora no profesional, siempre que se presenten las condiciones de convivencia y habitabilidad necesaria, así como otros requisitos que se puedan establecer. Por último, se puede conceder asimismo una prestación económica de asistencia personal, para facilitar el acceso de la persona beneficiaria a la educación y el mercado de trabajo.

El promedio del conjunto de prestaciones es de 680.969, en el 2010, con un crecimiento respecto del 2009 del 72%.

Debido a los regímenes de compatibilidades en las prestaciones establecido por las comunidades autónomas, como administraciones competentes para ello, se constata que tanto la Teleasistencia como las prestaciones económicas se han incrementado en mayor medida que el resto. De esta manera, y por regla



general, se puede observar cómo el servicio de Teleasistencia resulta compatible con casi la totalidad de los servicios (excepto el de Atención Residencial) y prestaciones económicas; y que las mismas prestaciones económicas gozan asimismo de un amplio régimen de compatibilidades.

El hecho de que una misma persona se pueda beneficiar de más de una prestación se observa en el ratio de prestación/beneficiarios, el cual muestra un cierto incremento entre el 2009 y 2010, pasando de 1,15 a 1,2. Las cifras del ratio de compatibilidad se pueden ver en el cuadro 2.

Cuadro 2. Ratio de prestaciones sobre personas beneficiarias

	Número de personas beneficiarias	Número de prestaciones	Ratio
31/12/2009	485.526	560.350	1,15
31/12/2010	668.578	800.009	1,20

3. ESTIMACIÓN DEL GASTO CORRIENTE EN LAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS DERIVADO DE LA IMPLANTACIÓN DEL SAAD.

3.1. GASTO CORRIENTE AUTONÓMICO ABSOLUTO EN EL ÁMBITO DEL SAAD.

El SAAD ha implicado un importante esfuerzo presupuestario al conjunto de las Administraciones Públicas, en la medida en que derivado de su carácter de derecho subjetivo se ha superado el número de personas atendidas en el ámbito de los servicios sociales autonómicos.

Es preciso determinar inicialmente cual es el coste global del SAAD para las comunidades autónomas para posteriormente realizar una aproximación al sobre-esfuerzo realizado por las administraciones para atender precisamente al incremento de personas atendidas, ya que el actual SAAD se ha construido sobre el antiguo sistema de servicios sociales.

El método utilizado ha sido realizar una estimación del gasto según fuentes secundarias de información como son las estadísticas del SISAAD y los informes del Observatorio de Mayores; para el cálculo de la retroactividad se ha utilizado la información obrante en el modulo de pago del nivel mínimo obrante en el SISAAD.

El gasto en prestaciones es el resultado de multiplicar el número de ellas por el precio de las mismas. En cuanto al número de prestaciones, la estimación se realiza sobre el promedio de prestaciones del ejercicio ya que es un Sistema que está en crecimiento y, por lo tanto, el número total de prestaciones al final del año no es representativo de la realidad del conjunto del año. Se dispone de la información mensual de cada comunidad por cada una de las prestaciones

En relación a los precios, se han realizado varios ajustes ya que no siempre hay un precio único sino que depende de la complejidad del servicio o, en otros casos varía en función del grado de dependencia así como del tramo de renta en que se encuentre la persona beneficiaria como es el caso de las prestaciones económicas.

Los precios de los servicios se toman los que constan en el Informe del Observatorio de Mayores (facilitados por las comunidades autónomas), boletín nº 43 de diciembre del 2009 (f. Los precios que constan son los del 2008 y por ello se actualiza a precios del 2009 de acuerdo con el incremento del IPC del 2008, un 4,1%. En cuanto a los precios del 2010, se toman los del 2009 y se

incrementan un 0,8% que corresponde al incremento del IPC en el ejercicio 2009.

El precio, también, varía según la complejidad de la plaza que ocupe la persona beneficiaria. Teniendo en cuenta que las personas en situación de dependencia ocupan plazas en residencias y plazas psicogeríatricas con un coste mayor, el precio aplicado es el resultado de ponderar los precios por el número de plazas de cada tipología. Se toma la hipótesis que las personas dependientes ocupan plazas en ambos tipos de centros en la misma proporción que la oferta que presenta cada comunidad autónoma.

Para determinar la cuantía de las prestaciones económicas se parte de la información contenida en el SISAAD.

La gestión de las prestaciones de la LAPAD comporta la necesidad de desarrollar otros gastos paralelos para el funcionamiento del Sistema como son: gastos de información, asesoramiento y reclamaciones, gasto en la valoración y dictámenes, gasto en la prescripción del PIA, gasto de gestión de los expedientes, entre otros. Se ha considerado como gasto de gestión, el 5% del coste de las prestaciones de la CA.

En el análisis del gasto en prestaciones de la LAPAD se ha tenido en cuenta el coste añadido que supone la retroactividad de las prestaciones ya que hasta la publicación del *Real Decreto Ley 8/2010, de 20 de mayo, por el que se adoptan medidas extraordinarias para la reducción del déficit público*, la persona beneficiaria podía tener derecho a recibir el importe de las prestaciones desde la fecha de solicitud.

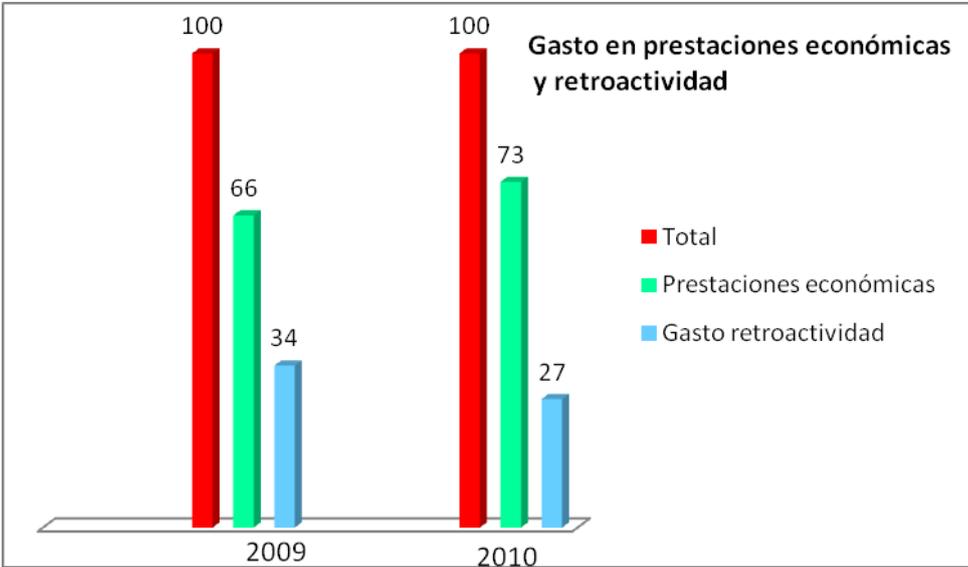
El concepto de retroactividad comprende el pago de las prestaciones devengadas en el periodo de tiempo transcurrido desde la solicitud hasta la efectiva incorporación de la persona beneficiaria al Sistema. Ello implica un

sobrecoste al gasto de las prestaciones económicas activas¹³ habiéndose estimado en un 34% en el 2009 y, en un 27% en el 2010. Por efecto del citado Real Decreto-Ley, partir del 2011, este gasto se ira reduciendo progresivamente hasta su extinción, pudiéndose apreciar una disminución entre los dos ejercicios.

Se ha utilizado los devengos del Nivel Mínimo de la Administración General del Estado obrantes en el SISAAD estimándose el importe de la retroactividad a efectos de prestaciones.

La retroactividad de las prestaciones asciende a 613.636.483 € en el ejercicio 2009 y 724.676.617 € para el 2010.

Grafico 2. Gasto total y retroactividad prestaciones económicas



¹³ Prestación activa es la que se identifica con una persona beneficiaria.



De acuerdo con la citada metodología el gasto estimado de las prestaciones de la LAPAD alcanza 4.087,57M€, en el 2009, aumentando hasta los 4.227,57M€ si incorporamos el gasto corriente del plan E.

En el ejercicio de 2009, y como una de las medidas extraordinarias contenidas en el PlanE, dentro del Fondo Especial del Estado para la Dinamización de la Economía y el Empleo, se destinaron 400 millones para proporcionar a las comunidades recursos extraordinarios para facilitar el desarrollo y modernización de la Red de servicios del Sistema y, paralelamente, favorecer la generación de empleo en el sector. De dicha cantidad, 260 millones se correspondían a gasto en inversiones (capítulo 7), y los restantes 140 millones a gasto corriente (capítulo 4).

Con motivo de tratarse de unos créditos de carácter extraordinario, no consolidables para otros ejercicios, se incluyen en un apartado específico con el fin de facilitar el análisis de la evolución del gasto a lo largo de los años. (Ver cuadro 3). En todo caso sólo se incorpora la partida de gasto corriente (140 millones), al excluirse los gastos de inversión de la estimación.

Cuadro 3. Estructura actividad y gasto en prestaciones de la LAPAD. Año 2009

	Año 2009			
	PROMEDIO PRESTACIONES	IMPORTE (EUROS)	% PRESTACIONES	% GASTO
SERVICIOS	173.588	2.126.070.584	44%	54%
PRESTACIONES ECONÓMICAS	223.465	1.796.076.295	56%	46%
TOTAL PRESTACIONES	397.053	3.922.146.879	100%	100%
GASTOS DE GESTIÓN		165.425.520		
TOTAL GASTO CORRIENTE		4.087.572.398		
PLAN E - GASTOS CORRIENTES ⁽¹⁾		140.000.000		
TOTAL		4.227.572.398		

(1) No se incluye el gasto en inversión.



Aplicándose la misma metodología para el ejercicio 2010, el gasto estimado de las prestaciones de la LAPAD alcanza 5.969,91M€ en este ejercicio (ver cuadro 4).

Cuadro 4. Estructura actividad y gasto en prestaciones de la LAPAD. Año 2010.

	Año 2010			
	PROMEDIO PRESTACIONES	IMPORTE (EUROS)	% PRESTACIONES	% GASTO
SERVICIOS	298.319	3.044.951.850	44%	53%
PRESTACIONES ECONÓMICAS	382.650	2.675.191.940	56%	47%
TOTAL PRESTACIONES	680.969	5.720.143.790	100%	100%
GASTOS DE GESTIÓN		249.773.359		
TOTAL GASTO CORRIENTE		5.969.917.149		

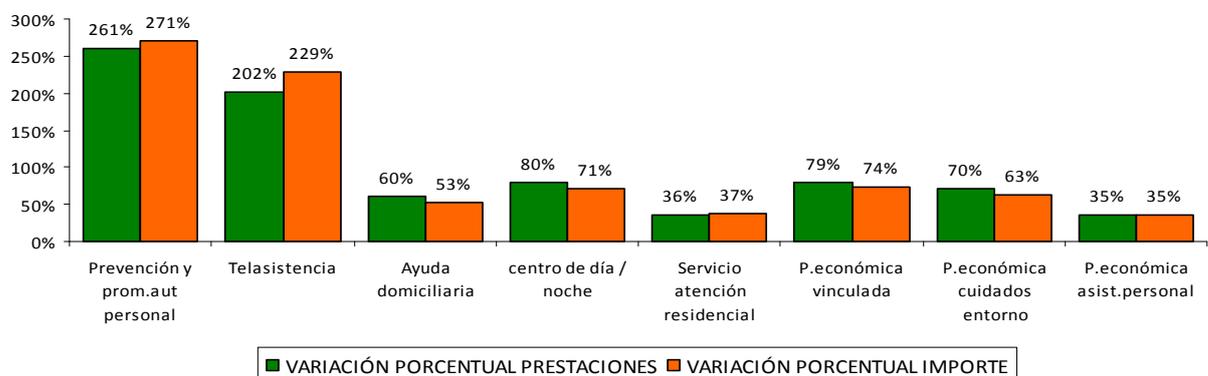
En estos dos años se puede observar que el incremento en el gasto es inferior al incremento del número de personas beneficiarias debido a que, generalmente, el coste de las prestaciones depende del grado y nivel de la situación de dependencia de las personas beneficiarias, por lo que la sucesiva incorporación de los colectivos cuya situación de dependencia es menor ha supuesto una disminución en el coste de las mismas (ver cuadro 5 y el gráfico 3). Esta tendencia se consolidará en los próximos años.



Cuadro 5. Estructura y evolución de la actividad y gasto en prestaciones LAPAD. Ejercicios 2009 y 2010.

	Año 2009		Año 2010	
	PROMEDIO PRESTACIONES	IMPORTE (EUROS)	PROMEDIO PRESTACIONES	IMPORTE (EUROS)
Prevención y prom.aut personal	1.765	4.235.200	6.371	15.729.235
Teleasistencia	22.840	5.240.137	69.023	17.252.361
Ayuda domiciliaria	46.714	245.584.467	74.918	376.411.055
centro de día / noche	20.541	228.051.653	36.907	389.042.165
Servicio atención residencial	81.728	1.642.959.127	111.099	2.246.517.034
TOTAL SERVICIOS	173.588	2.126.070.584	298.318	3.044.951.850
P.económica vinculada	25.954	195.750.678	46.458	341.266.186
P.económica cuidados entorno	196.992	982.154.408	335.493	1.603.125.369
P.económica asistencia personal	519	4.534.726	699	6.123.768
Retroactividad prestaciones		613.636.483		724.676.617
TOTAL PRESTACIONES ECONÓMICAS	223.465	1.796.076.295	382.650	2.675.191.940
TOTAL COSTE PRESTACIONES	397.053	3.922.146.879	680.968	5.720.143.790
GASTOS DE GESTIÓN		165.425.520		249.773.359
TOTAL GASTO CORRIENTE		4.087.572.399		5.969.917.149

Gráfico 3. Incrementos porcentuales de las prestaciones y el importe correlativo entre los ejercicios 2009 y 2010.



Uno de los instrumentos para medir el esfuerzo que las comunidades autónomas realizan en el gasto de atención a la dependencia es el indicador gasto/habitante y Gasto/habitante de más de 80 años. Las cifras de gasto son las estimadas sin tener en cuenta el gasto en retroactividad, ni el gasto extraordinario del Plan E con el objeto que puedan ser comparables a lo largo de los ejercicios. Los datos de población son los correspondientes a las publicadas por el Instituto Nacional de Estadística (INE) de la revisión del padrón municipal referidas a 1 de enero de 2010, tomando la misma cifra en los dos ejercicios.

El indicador gasto por habitante muestra un crecimiento desde 75 euros año, en el 2009, hasta 113 euros año, en el 2010.

En la medida en que el gasto en dependencia esta fuertemente vinculado a personas mayores de 65 años, y en especial a mayores de 80 años, que suponen más de la mitad de las personas atendidas en el sistema, es importante determinar el gasto por habitante mayor de 80 años.

Para la determinación de este indicador en primer lugar se ha calculado el porcentaje de personas beneficiarias mayores de 80 años respecto al total de personas beneficiarias. Se puede observar ya el diferente peso que supone este colectivo dentro de la población de las diferentes comunidades autónomas. Así, existen comunidades donde esta tasa de población resulta muy significativa (Navarra con un 69,53%, Aragón con un 68,18%), y otras donde el porcentaje es bastante menor (Canarias con un 39,98%, o Ceuta y Melilla con un 36,66%). Esta circunstancia tiene una importante incidencia en el coste total derivado de la atención a la dependencia, toda vez el mismo resultará menor en aquellas comunidades donde la población no esté tan envejecida.

Cuadro 6: Porcentaje personas beneficiarias SAAD mayores de 80 años.

Años 2009 y 2010.

Comunidad autónoma	Año 2009	Año 2010
	%	%
Andalucía	53,32%	51,26%
Aragón	69,68%	68,18%
Asturias	65,88%	63,81%
Baleares	61,86%	58,82%
Canarias	41,82%	39,98%
Cantabria	64,09%	62,53%
Castilla y León	67,54%	65,94%
Castilla La Mancha	62,30%	61,08%
Cataluña	64,27%	61,55%
Comunidad Valenciana	55,28%	52,88%
Extremadura	59,01%	57,89%
Galicia	62,62%	60,70%
Madrid	61,60%	60,45%
Murcia	56,65%	54,26%
Navarra	71,43%	69,53%
País Vasco	63,67%	61,79%
La Rioja	66,97%	65,34%
Ceuta y Melilla	38,59%	36,66%

Tomando en consideración el gasto realizado por cada una de las comunidades en la atención a las personas en situación de dependencia y aplicando los porcentajes obtenidos con anterioridad obtenemos el gasto de cada comunidad para las personas beneficiarias mayores de 80 años. Una vez hallada esta cifra, la misma se divide entre el número de personas mayores de 80 años existentes en cada comunidad.

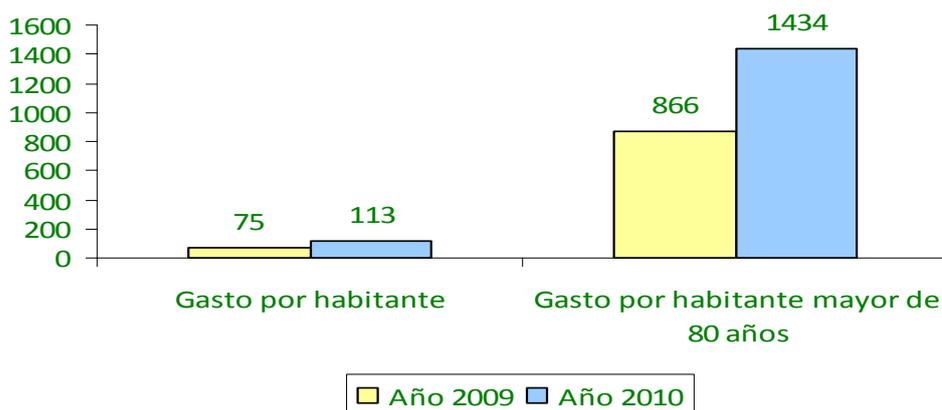
La media del gasto por habitante de más de 80 años muestra un incremento del 65,64% pasando de 866 euros año a 1.434 euros año. Se trata de cifras que, en todo caso, aumentan en la totalidad de las comunidades, si se comparan las cantidades del año 2009 y las del año 2010.

Cuadro 7: Gasto per cápita personas mayores de 80 años. Años 2009 y 2010.

Comunidad autónoma	Gasto per cápita + 80 años	
	Año 2009	Año 2010
ANDALUCIA	1.285,04 €	1.723,28 €
ARAGON	953,30 €	1.367,22 €
ASTURIAS	650,38 €	805,88 €
ILLES BALEARS	490,82 €	873,14 €
CANARIAS	196,35 €	436,47 €
CANTABRIA	1.306,31 €	1.818,67 €
CASTILLA LEON	787,85 €	1.176,19 €
CASTILLA LA MANCHA	910,34 €	1.452,75 €
CATALUÑA	741,12 €	1.401,49 €
C. VALENCIANA	565,29 €	805,25 €
EXTREMADURA	732,10 €	1.248,28 €
GALICIA	583,21 €	688,26 €
MADRID	751,10 €	1.217,81 €
MURCIA	473,86 €	1.099,54 €
NAVARRA	1.238,32 €	1.304,40 €
PAIS VASCO	2.049,55 €	2.160,23 €
LA RIOJA	1.421,40 €	2.183,12 €
CEUTA Y MELILLA	704,44 €	991,32 €

Gráfico 4: Evolución gasto per cápita personas mayores de 80 años.

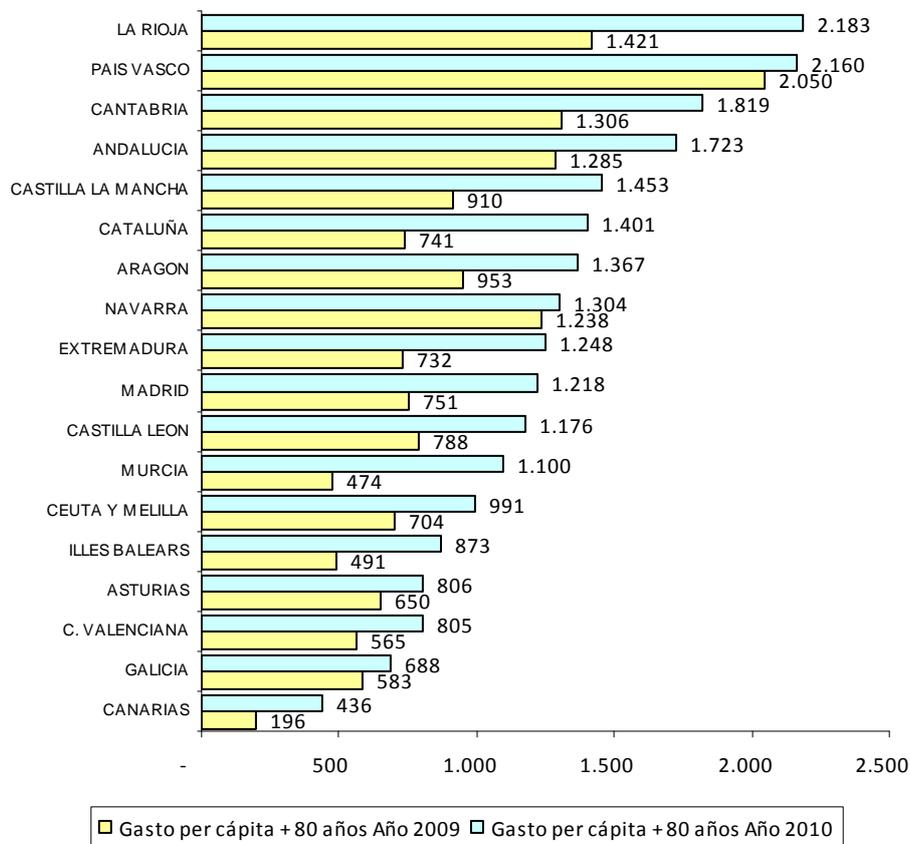
Años 2009 y 2010.



Obteniéndose, no obstante, unas cifras que varían en gran medida entre las diferentes comunidades autónomas. Así, y centrándonos en las cifras del año 2010, se puede observar cómo la mayor tasa de coste se sitúa en las

comunidades autónomas de La Rioja (2.183,12 €), País Vasco (2.160,23 €), y Cantabria (1.818,77 €). Por el contrario, aquellas con una media más pequeña son las comunidades de Canarias (436,47 €), Galicia (688,26 €) y la Comunitat Valenciana (805,25 €).

Grafico 5. Indicador coste/habitante de las CCAA



3.2. GASTO CORRIENTE AUTONÓMICO NUEVO Y GASTO CONSOLIDADO EN EL ÁMBITO DEL SAAD.

El gasto total realizado por las comunidades autónomas en las prestaciones de la LAPAD incorpora la parte del gasto consolidado de los servicios de la atención a la dependencia que ya venían siendo prestados por las mismas y las

Corporaciones Locales antes de la entrada en vigor de la Ley de Dependencia; por ello, la cifra del gasto total obtenida en el epígrafe anterior se desagrega en los dos conceptos de gasto “nuevo” y gasto “consolidado”. El gasto nuevo incluye el relativo a las nuevas plazas/ servicios respecto a las ya existentes en el 2005¹⁴ así como las prestaciones económicas de la Ley de Dependencia que se consideran que son nuevas.

Existe una cierta complejidad en la estimación de las “nuevas” plazas ya que se considera que hay creación de plazas cuando el número de personas usuarias valoradas y reconocidas como personas dependientes en la LAPAD es superior al número de plazas de “personas dependientes” declarado por las comunidades autónomas en el 2005¹⁵.

La estimación se ha realizado de acuerdo con la información del número de plazas facilitadas por las comunidades autónomas a dicha fecha en el Informe del Observatorio de Mayores del 2006, por lo tanto corresponden a plazas del 2005. En relación a las plazas de residencia y del centro de día, se consideran las que en el informe figuran como dependientes. En cuanto a las plazas del SAD (servicio de ayuda a domicilio) y teleasistencia se toma el 25% de las plazas que había en aquel momento funcionando ya que se desconoce en realidad el porcentaje de personas en situación de dependencia que se atendían en aquel momento; por ello, este porcentaje es una estimación prudente. El gasto consolidado se obtiene de multiplicar el número de plazas por el precio medio de dicha prestación en el ejercicio que se calcula (2009 o 2010).

El gasto añadido expresa el gasto nuevo realizado por la Comunidad Autónoma, una vez descontado el gasto consolidado. La cifra es el resultado de restar al gasto total, el gasto consolidado y el gasto en retroactividad.

¹⁴ Se toma como referencia el año 2005 ya que es el año antes de la Ley de Dependencia que se dispone de información al respecto.

¹⁵ Cifras del Informe del Observatorio de Mayores 2006.

El gasto en retroactividad se obtiene en función del importe del Nivel mínimo que corresponde a la retroactividad y cuyo importe se estima que cubre la mitad del coste de las prestaciones por dicho concepto.

Las cifras estimadas muestran que se han creado nuevos servicios, 42.076 servicios corresponden al año 2009 y, 108.918 en el 2010 correspondiendo a un incremento aproximado del, 32% y 60%, en el 2009 y 2010, respectivamente. En la comparación se excluye el servicio de prevención. Ver cuadro 8.

Cuadro 8. Incremento de plazas en los servicios asociados a la implantación de la LAPAD. Años 2009 y 2010.

	PLAZAS EN 2009 (promedio)	INCREMENTO DE PLAZAS 2005/2009		PLAZAS EN 2010 (promedio)	INCREMENTO DE PLAZAS 2005/2010	
		Nº	%		Nº	%
Teleasistencia	22.839	6.859	43%	69.024	39.019	130%
Ayuda domiciliaria	46.715	19.088	69%	74.918	32.187	75%
centro de día / noche	20.541	7.358	56%	36.907	15.019	69%
Servicio atención residencial	81.728	8.771	12%	111.099	22.693	26%
TOTAL SERVICIOS	171.823	42.076	32%	291.948	108.918	60%

De acuerdo con la citada metodología el volumen estimado de gasto "nuevo" es de 2.262,84M€ y 3.623,92M€, en 2009 y 2010, respectivamente, lo cual respecto al gasto total representa un 55%, en el 2009 y, un 61% en el 2010.

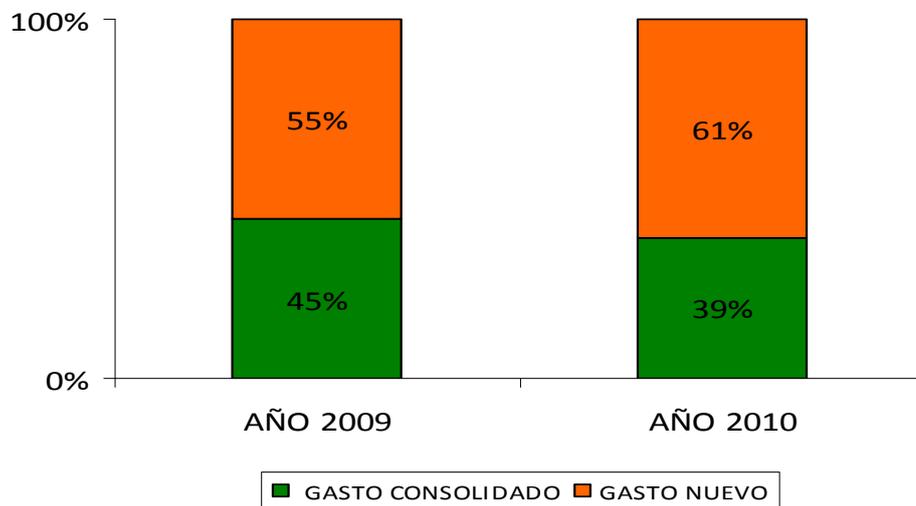
El crecimiento del gasto nuevo en el periodo 2009/2010 ha sido del 60% mientras que el gasto consolidado desciende un 29% siendo el incremento total del 46%. (Ver cuadro 9 y grafico 6).



Cuadro 9. Gasto nuevo y consolidado. Años 2009 y 2010

	Año 2009		Año 2010	
	GASTO NUEVO	GASTO CONSOLIDADO	GASTO NUEVO	GASTO CONSOLIDADO
SERVICIOS PRESTACIONES ECONÓMICAS	384.053.569	1.742.017.014	823.850.928	2.221.100.923
TOTAL PRESTACIONES	1.796.076.294	-	2.675.191.940	-
GASTO GESTIÓN	2.180.129.863	1.742.017.014	3.499.042.868	2.221.100.923
GASTO CORRIENTE	82.712.760	82.712.760	124.886.680	124.886.680
TOTAL GASTO EN DEPENDENCIA	2.262.842.623	1.824.729.774	3.623.929.548	2.345.987.603

Gráfico 6. Estructura del gasto nuevo y gasto consolidado. Años 2009 y 2010.



4. GASTO EN LA SEGURIDAD SOCIAL DE PERSONAS CUIDADORAS NO PROFESIONALES.

La prestación económica para cuidados en el entorno familiar posee una doble dimensión. Por una parte, se reconoce una cuantía económica a favor de la persona beneficiaria. Y además, se establece la posibilidad de que la persona cuidadora no profesional suscriba un convenio especial con la Tesorería General de la Seguridad Social, de forma que se pueda beneficiar de la protección del sistema de Seguridad Social. De esta forma, y salvo aquellas situaciones en que la persona cuidadora no profesional ya se encuentra protegida, a través de la suscripción del convenio especial se situará en situación asimilada al alta a los efectos de las prestaciones de jubilación y de incapacidad permanente y muerte y supervivencia, derivadas de accidente, cualquiera que sea su carácter, o de enfermedad, con independencia de su naturaleza. En estos casos, la cuantía de las cotizaciones derivadas de estos convenios resulta asumida íntegramente por la Administración General del Estado, de forma que no supone gasto alguno adicional ni para las comunidades autónomas, ni para la persona cuidadora no profesional.

Las cifras de gasto de la cuotas de Seguridad Social de los cuidadores no profesionales asumidos por la Administración General del Estado han sido de **169,71M€ y 331,93M€** correspondiendo a 99.982 convenios (516 en convenio voluntario) y 149.565 convenios (772 en convenio voluntario) en el 2009 y 2010, respectivamente.

5. FINANCIACIÓN DEL SAAD. DISTRIBUCIÓN ENTRE ADMINISTRACIONES Y PERSONAS BENEFICIARIAS.

La LAPAD establece un sistema de financiación de las prestaciones de la dependencia en el que confluyen las Administraciones públicas y los usuarios. El gasto generado en atención a la dependencia es financiado con la participación de la Administración General del Estado (finalista), las Comunidades Autónomas y las personas usuarias, sin perjuicio de la transferencia no finalista del sistema de financiación de las comunidades autónomas aplicada al gasto consolidado antes de la entrada en vigor de la Ley.

La existencia de un sistema de financiación específico para el SAAD, complementario del sistema de financiación ordinario de las comunidades autónomas, inédito en otros ámbitos (educación o sanidad por ejemplo) solo se justifica en la necesidad de impulsar un nuevo gasto por parte de las comunidades y corporaciones locales, ya que en caso contrario se estaría financiando doblemente por parte de la Administración General del Estado la antigua red de plazas en el ámbito de los servicios sociales autonómicos.

En la LAPAD se establece que la aportación de las comunidades autónomas será para cada año, al menos igual a la de la Administración General del Estado en concepto de nivel mínimo y nivel acordado (Art. 32), entendiéndose que esta “nueva financiación” debe ir destinada para el gasto “nuevo”, necesario para cumplir los objetivos de la Ley, En consecuencia se trata de fondos nuevos tanto para el Estado como para las comunidades, que deberían añadirlo al gasto que ya venían realizando antes de la Ley.

Asimismo, los usuarios participan en la financiación del SAAD en función de su capacidad económica (Art. 33) disminuyendo el esfuerzo presupuestario de las comunidades autónomas y entidades locales.

La financiación del gasto generado por las Corporaciones Locales se realiza a través de las comunidades autónomas siendo estas las que integran la información y cada comunidad tiene establecido un sistema de compensación de los gastos propio de acuerdo con el sistema de financiación establecido en su ley de Servicios Sociales.

5.1. APORTACIÓN FINANCIERA ADMINISTRACIÓN GENERAL DEL ESTADO.

El artículo 7 de la Ley de Dependencia establece la existencia de tres niveles de protección, con un sistema de financiación propio: un nivel mínimo garantizado, cuya financiación asume la Administración General del Estado en exclusiva; un nivel acordado, y financiado entre la propia Administración General del Estado y las Comunidades Autónomas; y un nivel adicional que pueden establecer las comunidades que así lo consideren conveniente, y financiado por las mismas.

La aportación de la Administración General del Estado a través del Nivel Mínimo, Nivel acordado y gasto corriente del Plan E ha sido de 1.679,20M€ y 1.828,16M€, en el 2009 y 2010, respectivamente (incluyendo las aportaciones al País Vasco y Navarra realizadas en concepto de nivel acordado de acuerdo con las peculiaridades de su modelo de financiación). Ello, excluyendo el gasto corriente derivado del Plan E, ha supuesto un incremento presupuestario total del 18,77%. Este incremento presupuestario, bastante superior a la variación del IPC, se debe al crecimiento del número de personas beneficiarias en el Sistema.



Las variaciones presupuestarias de la contribución de la Administración General del Estado a las comunidades se producen en el Nivel Mínimo puesto que el importe del Nivel acordado durante los ejercicios 2009 y 2010 se ha mantenido constante. El incremento del Nivel Mínimo en el periodo 2009 y 2010 representa un 23,42% siendo del 18,77% la variación en la aportación total. Ver cuadro 10.

Cuadro 10. Aportaciones AGE. Años 2009 y 2010.

	Año 2009		Año 2010	
	Nº	%	Nº	%
Nivel Mínimo (1)	1.233.806.997	74%	1.522.767.504	83%
Nivel Acordado (2)	305.400.098	18%	305.400.098	17%
Gasto corriente PlanE	140.000.000	8%		
TOTAL AGE	1.679.207.095	100%	1.828.167.602	100%

(1) Incluye las cantidades correspondientes a las ciudades autónomas de Ceuta y Melilla

(2) Incluye las aportaciones al País Vasco y Navarra en el marco del cupo vasco y el concierto navarro

5.1.1. Nivel mínimo de protección garantizado por el Estado.

El nivel mínimo de protección garantizado, cuya financiación corre a cuenta en exclusiva por parte de la AGE, se ha configurado como condición básica de garantía del derecho a la promoción de la autonomía personal y atención a la situación de dependencia.

Se trata de unas cantidades que mensualmente la AGE libra a las diferentes comunidades, teniendo en cuenta el número de personas en situación de dependencia que se atiende en cada comunidad. Para su cálculo, anualmente la AGE fija unas determinadas cantidades para cada persona beneficiaria en función de su grado y nivel de dependencia (ver cuadro 11); con ello, mensualmente las comunidades comunican el número de personas beneficiarias con prestación ya reconocida, cifra que se pone en relación con las citadas cantidades, para hallar la cuantía correspondiente a abonar por la Administración General del Estado.

Cuadro 11. Cuantías del Nivel Mínimo 2009 y 2010.

	2009	2010
	euros mes	euros mes
Grado 3-2	263,93	266,57
Grado 3-1	179,47	181,26
Grado 2-2	102,00	103,20
Grado 2-1	70,00	70,70

El modelo de financiación establecido no se basa en el coste unitario de cada una de las diferentes prestaciones, sino que ha optado por un modelo basado en las personas beneficiarias en función de su grado y nivel de dependencia reconocido. De esta manera por todas las personas reconocidas en situación de dependencia con prestaciones se ha devengado nivel mínimo, permitiendo este modelo a las comunidades autónomas recibir financiación adicional de la Administración General del Estado desde los primeros momentos de la entrada en vigor de la ley, en la medida de que no ha diferenciado las prestaciones en función de su existencia previa a la ley o no.

Este modelo ha permitido que durante el año 2009 los fondos transferidos desde la Administración General del Estado hayan supuesto el 73% del gasto adicional derivado de la implantación del SAAD, reduciéndose hasta el 54% durante el ejercicio 2010

Una vez se logre la definitiva implantación del sistema, será tiempo para estudiar la posibilidad de realizar reformas en el modelo establecido, mediante la realización de modificaciones de importante envergadura, tal y como puede ser la transición hacia un modelo de financiación basado en el coste de los "nuevos" servicios que se reconozcan.

5.1.2 Nivel acordado.

La financiación de este nivel de protección se realiza mediante las aportaciones realizadas por la Administración General del Estado (AGE), y las efectuadas por las comunidades. Estas, dentro del marco de la propia Ley, han asumido el compromiso de aportar cada año a la financiación del Sistema una cantidad al menos igual a la aportada por la AGE en concepto de nivel mínimo y acordado.

En relación con las aportaciones de la AGE, anualmente se destina una determinada cantidad que se distribuye entre las diferentes comunidades autónomas, en función de determinados criterios (población, población potencialmente dependiente, dispersión geográfica, criterios de gestión, etc...). Se trata de un reparto que anualmente se establece mediante la aprobación del correspondiente Marco de Cooperación Interadministrativa, en el seno del Consejo Territorial del SAAD. No obstante, en el pasado ejercicio 2010 se procedió a la aprobación de un Marco cuyos criterios serán vigentes a lo largo del período 2010 a 2013, por lo que durante tales ejercicios deberá procederse a la actualización de las variables y criterios de reparto, para conocer las cuantías asignadas a cada comunidad.

En el ejercicio 2010 se repartió una cuantía de 283.197.420 € (idéntica a la distribuida en el año 2009), estructurada de la siguiente manera:

- Fondo general (80%)
- Fondo de compensación (10%)
- Fondo de cumplimiento de acuerdos (10%)

El Fondo General se distribuye entre las siguientes variables:

- ✓ Población potencialmente dependiente (55%)
- ✓ Superficie (1,8%)
- ✓ Dispersión (0,6%)

- ✓ Insularidad (0,6%)
- ✓ Dictámenes de grado y nivel de dependencia (6,3%)
- ✓ Programas individuales de atención (18,9%)
- ✓ Prestaciones de servicios reconocidas (16,8%)

El Fondo de compensación se distribuye entre las siguientes variables:

- ✓ Capacidad económica (49%)
- ✓ Coste de los servicios (49%)
- ✓ Emigrantes retornados (2%)

El Fondo de cumplimiento de acuerdos se distribuye entre las siguientes variables:

- ✓ Formación de cuidadores no profesionales (85%)
- ✓ Transposición acuerdos normativa autonómica (15%)

En este punto debe indicarse que la comunidad autónoma del País vasco y la comunidad foral de Navarra no participan del reparto de estos créditos, debido a que reciben financiación por estos conceptos en el ámbito de sus singulares regímenes económicos (Disposición adicional segunda).

5.1.3 Plan E Fondo Especial del Estado para la Dinamización de la Economía y el Empleo.

El Real Decreto-Ley 9/2008, de 28 de noviembre, creó el Fondo Especial del Estado para la dinamización de la economía y el empleo, que aprueba una cantidad total de 3.000 millones de euros, y que tiene por objeto, entre otras, la realización de actuaciones vinculadas a la dependencia.

De este fondo se destinaron 400 millones de euros a las autonomías para facilitar el desarrollo y modernización de la red de servicios del SAAD. El 65% de los créditos (260 millones de euros) se destinaron a gastos de inversión y, el

35% restante (140 millones de euros) se dirigieron a financiar gasto corriente. Los créditos se repartieron siguiendo los mismos criterios utilizados para la distribución del nivel acordado, así como el índice de beneficiarios con derecho a prestación.

Entre las actuaciones incluidas en el gasto de inversión (cap. VII) se destacan:

- La modernización de centros e instalaciones dedicados a la prestación de servicios de prevención y atención a la dependencia.
- La adecuación de centros y servicios a las exigencias normativas.
- La transformación de plazas de válidos en plazas para la atención a las personas en situación de dependencia.
- Inversión en nuevas plazas de centros de día, alojamiento y promoción de la autonomía.
- Creación de plazas en el medio rural: adecuación de equipamientos preexistentes, ampliación de la oferta de servicios en centros para convertirlos en centros polivalentes.

Entre las principales actuaciones de gasto corriente (Cap. IV) se destacan:

- Programas de obras en alojamientos particulares con el fin de facilitar la accesibilidad y la adaptación del hogar de las personas beneficiarias de la LAPAD.
- Actuaciones dirigidas a fomentar la formación y cualificación de profesionales y cuidadores ligados al SAAD, así como para el desarrollo de un programa de formación de capacitación profesional para acceder a los nuevos empleos.
- Concertación de plazas para la atención de personas en situación de dependencia siempre que supusieran un incremento de plazas presupuestadas en el 2009.

- Mejorar la infraestructura para ampliar los servicios de ayuda a domicilio y de transporte en aquellas zonas carentes de servicios de atención a la dependencia.

5.2. APORTACIÓN FINANCIERA DE LAS PERSONAS BENEFICIARIAS.

La Ley de Dependencia establece que las personas beneficiarias de las prestaciones del Sistema participarán en la financiación de las mismas, en función de su capacidad económica y el tipo de prestación. En este sentido, se utiliza el concepto copago como forma de expresar la contribución del usuario en la financiación de sus prestaciones, con independencia de cómo la misma se lleva a cabo. Por lo común, la participación en el copago ante prestaciones del tipo servicio, se calcula mediante un porcentaje de su capacidad económica; en cambio, para el cálculo de la cuantía de las prestaciones, se parte de una cuantía máxima que se minorará en un tanto por ciento, en función de la capacidad económica de la persona beneficiaria.

Los porcentajes de participación de los usuarios en las prestaciones en servicios difieren sensiblemente de las aportaciones en las prestaciones económicas. Las estimaciones realizadas apuntan a unos retornos del coste de las prestaciones del 15% y 5%, en servicios y en prestaciones económicas, respectivamente (ver el apartado de metodología). No obstante, estos porcentajes pueden variar según la normativa aplicada en cada comunidad autónoma, el modelo de copagos adoptado y el nivel de las rentas de las personas beneficiarias. La financiación global también dependerá de los grados y niveles de dependencia de las personas beneficiarias en el Sistema y cuya financiación del coste aumenta a medida que el grado de dependencia resulta más bajo.

La determinación del copago por parte de los usuarios se trata de una competencia que corresponde a las diferentes comunidades autónomas,



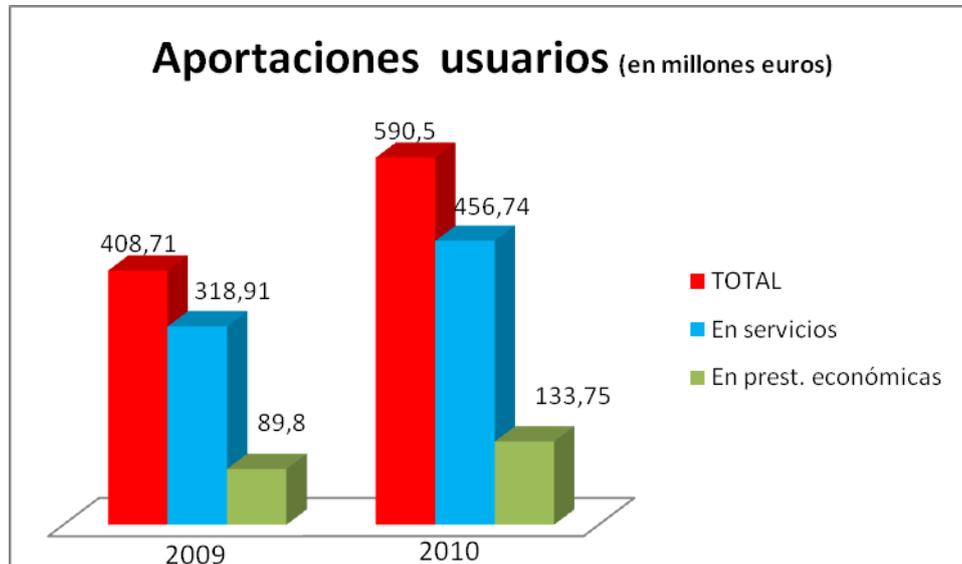
teniendo en cuenta en todo caso el contenido del Acuerdo adoptado en el seno del Consejo Territorial en esta materia.

En relación con las disposiciones contenidas en el citado Acuerdo sobre el copago en los servicios, destaca el establecimiento de unos topes de participación de la capacidad económica de las personas beneficiarias, la diferenciación entre costes asistenciales y de manutención, o la exención del copago en rentas inferiores al Indicador Público de Rentas de Efectos Múltiples (IPREM).

En cuanto al marco de referencia común de la participación de los usuarios en el copago en las prestaciones económicas se establece la reducción máxima aplicable en las cuantías máximas de las prestaciones (60% en la vinculada y asistencia personal y, el 25% en la prestación para cuidados en el entorno familiar) o la fijación de unas cuantías mínimas de las prestaciones a percibir por las personas beneficiarias en caso de que exista compatibilidad con prestaciones de análoga naturaleza y finalidad.

El volumen estimado de las aportaciones de los usuarios ha sido de 408,74M€ y 590,50M€, en el 2009 y 2010, respectivamente. El volumen del copago representa un retorno sobre el coste del 15% en servicios y del 5% en las prestaciones económicas. En relación con el gasto total de la comunidad autónoma –incluyendo gastos de gestión y retroactividad- la recaudación de los copagos aporta unos ingresos entre el 8 y el 12% del total. (Ver grafico 7).

Grafico 7. Aportaciones de los usuarios.



El porcentaje de recuperación estimado del coste es una variable que está en función de la proporción de prestaciones económicas y prestaciones en servicios que realice la comunidad autónoma; así, a mayor proporción de prestaciones económicas, menor es el porcentaje de recuperación del coste y, viceversa.

Para la determinación del copago de los usuarios se ha obviado la minoración prevista en las prestaciones de la LAPAD de aquellas personas que también fuesen beneficiarias de prestaciones de análoga naturaleza (Art 31), debido a que con la información actual existente en el SISAAD no es posible determinar con exactitud la cifra en la que se minora el coste para las comunidades autónomas para estos supuestos.

El gasto conjunto de las prestaciones económicas de análoga naturaleza y finalidad a las prestaciones de la LAPAD es de 450,84M€ y 465,32Me, en 2009 y 2010, respectivamente. Cantidades que posiblemente minoren el gasto de las comunidades.



Cuadro 12. Cuantías prestaciones análoga naturaleza. 2009 y 2010.

	Año 2009 Nº	Año 2010 Nº
Ayuda 3ª. Persona, pensiones S.S.	243.432.000	253.163.400
Ayuda 3ª. Persona, PNC	102.645.984	104.205.920
Ayuda 3ª persona, LISMI	2.337.748	1.930.936
TOTAL GASTO SEGURIDAD SOCIAL	348.415.732	359.300.256
ATP Mayores	19.973.008	20.354.153
ATP Discapacidad	13.199.288	13.568.868
TOTAL GASTO MUFACE	33.172.296	33.923.021
ATP Inutilidad servicio	3.900.000	4.700.000
ATP Discapacidad	11.998.068	11.998.068
TOTAL GASTO ISFAS	15.898.068	16.698.068
ATP Mayores	776.000	799.000
ATP Discapacidad	586.000	604.000
TOTAL MUTUALIDAD GENERAL JUDICIAL	1.362.000	1.403.000
TOTAL PRESTACIONES ECONÓMICAS	398.848.096	411.324.345
SERVICIOS	52.000.000	54.000.000
TOTAL PRESTACIONES ANALOGA NATURALEZA	450.848.096	465.324.345

5.3. APORTACIÓN FINANCIERA DE LAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS.

Las comunidades autónomas son las administraciones que finalmente aportan el presupuesto necesario para satisfacer la demanda de las personas beneficiarias de la LAPAD. El presupuesto de gastos de las comunidades refleja el coste total de las prestaciones del Sistema; no obstante, la contribución neta es la diferencia entre el gasto total y los recursos externos recibidos relacionados con dichas prestaciones y que se concretan en las transferencias de la Administración General del Estado (AGE) y las contribuciones de los usuarios.



5.3.1. Financiación autonómica al gasto corriente total en atención a la dependencia.

Como se ha detallado anteriormente el gasto corriente total derivado de la atención a la dependencia se ha situado en 4.848.131.349 € en el año 2009, y en 6.767.171.013 € en el año 2010.

La aportación de los distintos actores se distribuiría en el año 2010, en términos generales, entre un 39% la AGE, un 52% la comunidad autónoma y un 9% las personas beneficiarias.

Cuadro 13. Aportaciones de las Administraciones y usuarios. Año 2009 y 2010.

	Año 2009		Año 2010	
	Nº	%	Nº	%
GASTO PRESTACIONES LAPAD	4.087.572.398	87%	5.969.917.149	88%
GASTO S.S. CUIDADORAS	169.710.855	4%	331.929.519	5%
PRESTACIONES ANÁLOGA NATURALEZA (ART 31)	450.848.096	9%	465.324.345	7%
GASTO CORRIENTE PlanE	140.000.000			
TOTAL GASTO ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA	4.848.131.349	100%	6.767.171.013	100%
APORTACIÓN AGE	2.299.766.046	48%	2.625.421.465	39%
APORTACIÓN USUARIOS	408.714.402	8%	590.502.375	9%
APORTACIÓN COMUNIDADES AUTÓNOMAS	2.139.650.901	44%	3.551.247.173	52%
TOTAL GASTO EN DEPENDENCIA	4.848.131.349	100%	6.767.171.013	100%

5.4. FINANCIACIÓN AL GASTO NUEVO CORRIENTE TOTAL EN ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA.

Como se ha apuntado anteriormente, la existencia de un sistema de financiación específico para la implantación del SAAD solo se explica por la necesidad de financiar los “gastos nuevos” generados a partir de dicha implantación, quedando fuera los “gastos consolidados”, puesto que los mismos ya cuentan con un sistema de financiación preexistente.

De acuerdo con ello, la financiación del gasto nuevo se realizará con las transferencias de la AGE (Nivel mínimo más Nivel acordado) y los copagos de

los usuarios, debiendo aportar la comunidad autónoma, como mínimo la misma cantidad que la aportada por la AGE en ambos conceptos (Art. 32.3).

De esta manera, las cifras de gasto nuevo se situaban en 2009 en 2.262,84 millones de euros, elevándose a 3.623,92 millones de euros en el ejercicio 2010. Ver cuadro 14.

Cuadro 14. Financiación del gasto nuevo

	2009	2010
Coste nuevo	2.262.842.623	3.623.929.547
Aportación AGE	1.539.207.095 ⁽¹⁾	1.828.167.602
Aportación Autonomías	576.223.678	1.538.424.709
Copago prestaciones nuevas	147.411.850	257.337.236

(1) No se incluyen las cantidades del gasto corriente del Plan E

En una dirección similar, se debe analizar el concepto de gasto nuevo neto, que comprende las aportaciones de las administraciones públicas, sin tomar en consideración las aportaciones de las personas beneficiarias. Desde este punto de vista, debe hacerse notar ya cómo la memoria económica de la LAPAD recogía una distribución del gasto entre la AGE y las comunidades autónomas cercano al 50%, situación de equilibrio a la que prácticamente se llega en el año 2010. Ver Cuadro 15.

Cuadro 15. Financiación del gasto nuevo neto.

	2009		2010	
Coste nuevo neto	2.115.430.773	100%	3.366.592.311	100%
Aportación AGE	1.539.207.095	73%	1.828.167.602	54%
Aportación Autonomías	576.223.678	27%	1.538.424.709	46%

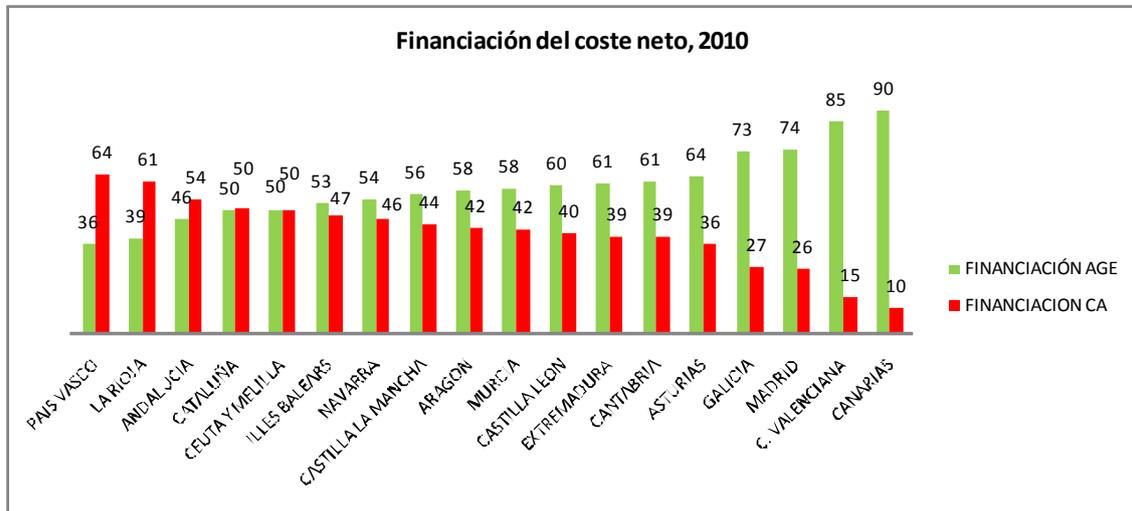
No obstante, debe puntualizarse que, en orden a poder realizar comparaciones entre ambos ejercicios, en las cifras del ejercicio 2009 relativo a la aportación de la AGE no se contabilizan las cantidades de gasto corriente recogidas en el marco del Plan E. En caso de totalizar las mismas, la financiación de la AGE se situaría en una cifra de 1.679.207.095 € en dicho ejercicio, incrementando el porcentaje de participación.

El gasto nuevo analizado no comprende las cifras asociadas a las cuotas de Seguridad Social de las personas cuidadoras no profesionales cuyo pago es asumido por la AGE. En caso de computar tales cantidades, los porcentajes de financiación variarían, aumentando la aportación financiera de la AGE.

En relación a un análisis comparativo entre el gasto realizado por la AGE y las diferentes comunidades autónomas, la participación de las mismas en el coste nuevo, en el 2010, se puede ver en el siguiente gráfico. Las comunidades que participan con el 50% o superior son País Vasco, La Rioja, Andalucía y Cataluña. El resto participan con un porcentaje inferior situándose en los últimos lugares Madrid, Comunitat Valenciana y Canarias. No obstante, esta distribución se equilibrará a medida que aumente la creación de plazas nuevas. (Ver gráfico8).



Grafico 8. Financiación coste nuevo



6. CONCLUSIONES

- El gasto corriente total derivado de la atención a la dependencia (SAAD + prestaciones de análoga naturaleza) se ha situado en el año 2009 en 4.848.131.349 € (4.708.131.349 € sin gasto corriente Plan E) y en 6.767.171.013 € en el año 2010.
- La LAPAD ha impulsado el crecimiento del gasto en atención a la dependencia que las comunidades autónomas y corporaciones locales ya venían destinando antes de la Ley. Así el gasto sobre el PIB, entre el 2003 y el 2010 se dobla, al pasar del 0,32%, en el 2003, al 0,64% en el 2010.
- El gasto mayor en la política de protección social de atención a la dependencia en el año 2010 se realiza en el ámbito del SAAD representando el 93% del total, el restante 7% se corresponde con el gasto derivado en prestaciones de análoga naturaleza y finalidad, a cargo del sistema de Seguridad Social y Mutualidades.



- El gasto estimado de las prestaciones de la LAPAD alcanza 4.087,57M€ en el 2009 (con gasto corriente del plan E 4.227,57M€). Para el ejercicio 2010, el gasto se estima en 5.969,91M€.
- El indicador gasto por habitante muestra un crecimiento desde 75 euros año, en el 2009, hasta 113 euros año, en el 2010.
- La media del gasto por habitante de más de 80 años muestra un incremento del 65% pasando de 866 euros año a 1.434 euros año
- El volumen estimado de gasto “nuevo” es de 2.262,84M€ y 3.623,92M€, en 2009 y 2010, respectivamente, lo cual respecto al gasto total representa un 55%, en el 2009 y, un 61% en el 2010.
- La aportación de la AGE a través del Nivel Mínimo, Nivel acordado y gasto corriente del Plan E ha sido de 1.679,20M€ y 1.828,16M€, en el 2009 y 2010, respectivamente.
- El volumen estimado de las aportaciones de los usuarios ha sido de 408,74M€ y 590,50M€, en el 2009 y 2010, respectivamente. El volumen del copago representa un retorno sobre el coste del 15% en servicios y del 5% en las prestaciones económicas.
- Las cifras estimadas muestran que la AGE ha participado en la financiación del gasto nuevo neto con el 73% en el año 2009 y el 54% en el año 2010, respectivamente. Así, en el 2010 se habría casi alcanzado el equilibrio financiero marcado por la LAPAD. No obstante, debe puntualizarse que de computar la aportación de la AGE al Plan E, y las cuotas de seguridad social de las personas cuidadoras no profesionales, se vería incrementada la aportación de la AGE.



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE SANIDAD, POLÍTICA SOCIAL
E IGUALDAD

CAPITULO III.

IMPACTO ECONÓMICO DEL SAAD.



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE SANIDAD, POLÍTICA SOCIAL
E IGUALDAD

CAPITULO III. IMPACTO ECONOMICO DEL SAAD

INTRODUCCIÓN

Transcurridos ya casi cinco años desde la aprobación de la LAPAD, este trabajo examina sus efectos macroeconómicos. Para ello, tomando como base la estimación realizada en el capítulo precedente relativa al gasto del sistema de promoción de la autonomía personal y atención a las situaciones de dependencia para los años 2009 y 2010, se utiliza el modelo econométrico HERMIN-España para ofrecer una primera evaluación del impacto esperado que las transferencias, ayudas e inversiones contempladas en dicho gasto público puedan tener sobre las principales variables macroeconómicas españolas.

Para ello, a partir de datos sobre importes desagregados por tipo de prestación y destino económico, se utiliza el modelo macroeconómico HERMIN-España que permite captar adecuadamente tanto los efectos de demanda registrados durante la materialización de la inversión y los derivados de las distintas transferencias y servicios contemplados en las medidas objeto de estudio como los de oferta a largo plazo derivados del aumento del capital público y privado. Es decir, no sólo consideraremos los impactos positivos sobre la demanda agregada que desencadenan un ajuste al alza de la actividad económica general por la vía del multiplicador convencional del gasto agregado, sino que también se tienen en cuenta, y esto es muy importante, el hecho de que, al materializarse las inversiones se incrementan las dotaciones de capital a disposición de las empresas, y se genera un impacto favorable de oferta del sector privado, cuyos principales efectos consisten en un aumento de la productividad del trabajo y del capital privado, que abarata la producción y estimula la renta y la actividad económica general. Este efecto de oferta se



suma al efecto de demanda y, si bien tarda algo más en madurar, es más duradero que el primero.

En este estudio se realiza una doble estimación. En un primer momento se estiman los efectos del conjunto del gasto en atención a la dependencia, de tal manera que se realiza un ejercicio teórico observando los efectos macroeconómicos que habría tenido una ausencia completa de gasto público en materia de dependencia, es decir cuanto empleo se mantiene o se genera por la existencia de este gasto público, que retornos fiscales genera y que efectos tiene en el déficit público, en la deuda pública o la inflación. En este punto el trabajo demuestra sobradamente que el gasto público en la atención a la dependencia es una auténtica inversión y que la ausencia de este gasto público tendría un alto coste en empleo con una merma importante de los ingresos fiscales y todo ello sin especial incidencia en el déficit público o la deuda pública.

Pero el objeto de este trabajo es más ambicioso en la medida en que trata de conocer los efectos concretos que ha tenido la entrada en vigor de la LAPAD, como el gasto nuevo derivado de su implantación ha influido en las variables anteriormente señaladas.

Los resultados en este punto también son muy satisfactorios en la medida en que se demuestra claramente que la LAPAD, además de mejorar la calidad de vida de las personas beneficiarias y de sus familias, ha generado un volumen importante de nuevos empleos, apuntalando el sector de los servicios sociales como un sector básico en el nuevo modelo productivo que tenemos que construir.



1. EL GASTO TOTAL DE LA LAPAD

En el marco de la evaluación realizada desde el ministerio de Sanidad Política Social e Igualdad, en el capítulo precedente se ha estimado el gasto total de la atención a la dependencia para los años 2009 y 2010 a partir de las estadísticas del Sistema Informático del SAAD y del Observatorio de Mayores del Imsero. Dichas estimaciones se ofrecen en el Cuadro 1 y constituyen la base de la presente evaluación económica.

**Cuadro 1: Estimación de gasto público total en atención a la dependencia,
2009 y 2010
(Euros corrientes de cada año)**

	Año 2009		Año 2010	
	Nº	%	Nº	%
GASTO PRESTACIONES LAPAD	4.087.572.398	96%	5.969.917.149	95%
GASTO S.S. CUIDADORAS	169.710.855	4%	331.929.519	5%
TOTAL GASTO SAAD	4.257.283.253	100%	6.301.846.668	100%
Gasto corriente PLAN E dinamización economía y empleo				
	140.000.000			
TOTAL GASTO SAAD + PLAN E	4.397.283.253	91%	6.301.846.668	93%
PRESTACIONES ANÁLOGA NATURALEZA (ART 31)	450.848.096	9%	465.324.345	7%
TOTAL GASTO CORRIENTE EN DEPENDENCIA	4.848.131.349	100%	6.767.171.013	100%

Como se observa en dicho cuadro, el grueso del gasto total en atención a las personas beneficiarias de las ayudas de dependencia se concentra en las prestaciones periódicas, ascendiendo a 4.088 millones de euros en 2009 y a 5.970 millones en 2010, representando el 0,39 y el 0,56 por ciento del Producto Interior Bruto de dichos años. La segunda partida más importante en 2009 es la del Plan E, que asignó 400 millones de euros ese año a la atención a la

dependencia, distribuyéndose en gastos corrientes (140 millones) e infraestructuras (260 millones). Destaca asimismo las prestaciones análogas, relativas a la ayuda a terceras personas contempladas tanto en la Seguridad Social (prestaciones económicas contributivas, no contributivas y las contempladas en la Ley de Integración Social de los Minusválidos, LISMI) como en las distintas mutualidades (la Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado –MUFACE-, el Instituto Social de las Fuerzas Armadas –ISFAS- y la Mutualidad General Judicial -MUGEJU), que supusieron 450 millones de euros en 2009 y 465 millones en 2010. Por último, el gasto en cotizaciones a la Seguridad Social de los cuidadores se cifra en 170 millones de euros en 2009 y 332 millones en 2010.

Para la realización de la estimación macroeconómica objeto de este capítulo, no se incluyen las prestaciones análogas, relativas a la ayuda a terceras personas, y se considera en su totalidad los 400 millones correspondientes al plan E (gasto corriente e inversiones) el por lo que el gasto total se sitúa en 4.657 millones de euros en 2009 (lo que supone un 0,44 por ciento del PIB) y 6.302 millones en 2010 (un 0,59 por ciento del PIB).

El gasto total examinado hasta ahora en las prestaciones de la LAPAD incluye la parte del gasto consolidado de los servicios de la atención a la dependencia que ya venían siendo prestados por las Comunidades Autónomas y las Corporaciones Locales antes de la entrada en vigor de la LAPAD. Así pues, la cifra del gasto total puede desagregarse en los dos conceptos de gasto “nuevo” y gasto “consolidado”. El gasto nuevo incluye el relativo a las nuevas plazas/ servicios respecto a las ya existentes en el 2005¹⁶ así como las prestaciones económicas de la LAPAD que se consideran que son nuevas.

¹⁶ Se toma como referencia el año 2005, al ser el año anterior a la LAPAD del cual se dispone de información al respecto.



Las estimaciones al respecto realizadas en el presente trabajo se recogen en el Cuadro 2. En el caso del gasto nuevo, a estas cifras habría que añadir el gasto en Seguridad Social de los cuidadores y las partidas del Plan E. A partir de estas cifras, es posible determinar también los resultados obtenidos de la reestimación del efecto del gasto nuevo derivado directamente por la entrada en vigor de la LAPAD sobre las principales macromagnitudes de la economía española.

Cuadro 2. Gasto nuevo y consolidado

	Año 2009		Año 2010	
	GASTO NUEVO	GASTO CONSOLIDADO	GASTO NUEVO	GASTO CONSOLIDADO
SERVICIOS	384.053.569	1.742.017.014	823.850.928	2.221.100.923
PRESTACIONES ECONÓMICAS	1.796.076.294	-	2.675.191.940	-
TOTAL PRESTACIONES	2.180.129.863	1.742.017.014	3.499.042.868	2.221.100.923
GASTO GESTIÓN	82.712.760	82.712.760	124.886.680	124.886.680
GASTO CORRIENTE	2.262.842.623	1.824.729.774	3.623.929.548	2.345.987.603
TOTAL GASTO EN DEPENDENCIA	4.087.572.397		5.969.917.151	

2. METODOLOGÍA¹⁷

Como se ha señalado, para evaluar los efectos macroeconómicos de la SAAD se ha utilizado el modelo HERMIN-España, desarrollado inicialmente por un conjunto de investigadores de España, Irlanda y Portugal (Bradley, Modesto y Sosvilla-Rivero, 1995a).

¹⁷ Véase Herce y Sosvilla-Rivero (1995) para una descripción más detallada de la versión española del modelo.



El modelo HERMIN cuenta con un sólido respaldo académico, avalado por la presentación de trabajos en congresos nacionales e internacionales y su publicación en revistas científicas nacionales e internacionales con proceso de evaluación anónima. El modelo HERMIN ha sido empleado en repetidas ocasiones tanto para comparar las características estructurales de las economías periféricas europeas (Bradley, Modesto y Sosvilla-Rivero, 1995b) como para la evaluación de los efectos macroeconómicos de los Marcos de Apoyo Comunitario (Bradley, Herce y Modesto, 1995; Herce y Sosvilla-Rivero, 1994, 1995a, 1995b y 1996; Sosvilla-Rivero y Herce, 2003; Sosvilla-Rivero et al., 2004; Sosvilla-Rivero, 2004; Sosvilla-Rivero, Bajo Rubio y Díaz Roldán, 2006; Sosvilla-Rivero y García, 2006a y 2006b; y Sosvilla-Rivero y Herce, 2008), del Mercado Único Europeo (Barry et al., 1997 y Sosvilla Rivero y Herce, 1998), del envejecimiento de la población (Herce y Sosvilla-Rivero, 1998) y de la ampliación de la Unión Europea (Martín, Herce, Sosvilla-Rivero y Velázquez, 2002). Algunas de estas aplicaciones han sido realizadas para organismos públicos nacionales e internacionales (Comisión Europea, Ministerios de Economía y Hacienda, Fomento y Trabajo y Asuntos Sociales, Junta de Andalucía, Gobierno de Canarias, etc.) y privados (Real Instituto Elcano, QUASAR, "la Caixa", etc.) contribuyendo a su prestigio institucional y social.

El fundamento teórico de HERMIN es un modelo de dos sectores pequeña economía abierta con un papel keynesiano de la demanda interna. Dicho modelo supone la existencia de dos sectores nacionales, uno producido principalmente para el comercio internacional internacionalmente (que se identifica con el sector industrial) y otro dirigido al mercado nacional (básicamente servicios de mercado, que no se comercializan internacionalmente). Ambos sectores, producen con rendimientos constantes a escala y con tecnologías que suponen capital físico específico para cada sector.

El sector dirigido al mercado nacional, se modeliza suponiendo opera como una economía cerrada, donde las empresas fijan sus precios en los mercados de producto y toman como dados los precios en los mercados de factores. Por lo tanto, estas empresas maximizan sus beneficios sujetos a la restricción de la función de producción. En el sector abierto a la competencia internacional, suponemos que las empresas son una mezcla de empresas locales con propiedad nacional y de multinacionales con propiedad extranjera. Con poder de mercado limitado, las empresas del sector que comercializa internacionalmente presentan un comportamiento en materia de precios que es una mezcla fijación de precios de tomar como datos dichos precios. Asimismo, la producción en este sector expuesto a la competencia se determina tanto por el coste de sus factores internos como por la demanda externa e interna.

La estructura del modelo HERMIN se centra en las principales características estructurales de las economías periféricas de la Unión Europea:

- a)** Apertura económica, exposición al comercio mundial y respuesta a las perturbaciones externas e internas,
- b)** Tamaños relativos y características de los sectores comerciable y no comerciable internacionalmente y su desarrollo, tecnología y cambio estructural,
- c)** Mecanismo de fijación de precios y salarios,
- d)** Funcionamiento y relativa rigidez del mercado laboral,
- e)** Papel del sector público y la deuda pública, así como las interacciones entre los sectores público y privado.

Para satisfacer estas necesidades, el modelo tradicional HERMIN-España está diseñado como un modelo macroeconómico integrado por cuatro sectores:

1. industria (T), el sector comercializable, expuesto al comercio internacional e impulsado por la demanda interna y extranjera y por la competitividad internacional de costos.
2. servicios de mercado (N), sector protegido del comercio internacional al ser su producción no comerciable
3. agricultura (A), tratado como principalmente como exógeno, y
4. sector público o de servicios no de mercado (G), dependiendo de las decisiones de política del Gobierno, con los gastos y los ingresos fiscales como instrumentos.

El modelo HERMIN-España consta de 178 ecuaciones distribuidas en tres bloques principales:

- Un lado de la oferta, en el que se determina la producción, los factores productivos utilizados, los salarios, los precios, la productividad, etc.
- Un lado de la absorción, en el que se determina las variables del lado del gasto de la contabilidad nacional: el consumo, la variación de existencias, etc.
- Un lado de la distribución de la renta, en el que se determina la renta del sector privado y del sector público.

Los mecanismos keynesianos convencionales constituyen el núcleo fundamental del modelo HERMIN-España. Por lo tanto, la interacción de los bloques de absorción y de distribución de la renta genera las propiedades estándar del multiplicador del modelo Hermin. Sin embargo, el modelo también incorpora varias características neoclásicas, asociadas especialmente al bloque de oferta. Así, la producción del sector privado no se determina exclusivamente por la demanda, sino que se ve influenciada también por la competitividad en costes y

precios, en un contexto de empresas que buscan el mínimo coste productivo (Bradley y Fitz Gerald, 1988). Asimismo, se utiliza una función de producción con elasticidad de sustitución constante (CES), en la que la ratio capital/trabajo responde al precio relativo de ambos factores. Por último, la inclusión de un mecanismo de curva de Phillips en el mecanismo de negociación salarial introduce efectos adicionales de precios relativos en el modelo.

La contabilidad nacional establece tres maneras de calcular PIB: el método de la oferta, el método del gasto y el método de la renta. Desde el punto de vista de la oferta (o del valor añadido) HERMIN-España desglosa la producción agregada en los cuatro sectores. En cuanto al gasto, el modelo HERMIN-España desagrega sus cinco componentes: el consumo privado, consumo público, la inversión, cambios en las existencias y la balanza comercial neta. En cuanto a la óptica de la renta, la renta nacional se determina en el lado de producción y se desglosa en sus elementos públicos y privados.

Dado que se modelizan todos los elementos de la producción, la identidad producción –gasto se utiliza para determinar residualmente el superávit/déficit comercial neto. Asimismo, la identidad producción-renta se usa para determinar los beneficios empresariales de forma residual.

Por último, las 178 ecuaciones del modelo se pueden clasificar como de comportamiento o de identidad. En el caso de las ecuaciones de comportamiento, la teoría económica y la calibración de los datos se emplean para definir las relaciones estructurales entre las variables objeto de estudio. En el caso de las identidades, se derivan de la lógica de la contabilidad nacional, pero tienen importantes consecuencias para el comportamiento del modelo. HERMIN-España cuenta con 138 identidades y 40 ecuaciones de comportamiento.

El modelo funciona como un sistema integrado de ecuaciones, con relaciones entre todos sus sub-componentes y bloques. El núcleo esencial del modelo consiste en un pequeño número de ecuaciones, de las cuales sólo 20 son de comportamiento en el sentido económico. Las ecuaciones de comportamiento principales son las siguientes:

√ Sector industrial (T):

El PIB en el sector manufacturero

Demanda conjunta de factores en la industria manufacturera (empleo y la inversión)

Deflactor del PIB en el sector manufacturero

Promedio de ganancias anuales en el sector manufacturero

√ Sector servicios de mercado (N):

PIB en servicios de mercado

Demanda conjunta de factores en los servicios de mercado (empleo y la inversión)

Deflactor del PIB en servicios de mercado

√ Sector agrícola (A):

PIB en la agricultura, la silvicultura y la pesca

Trabajo en la agricultura, la silvicultura y la pesca

Inversión en la agricultura, la silvicultura y la pesca

√ Datos demográficos:

Tasa de participación masculina



Tasa de participación femenina

√ Absorción:

Consumo de los hogares

El modelo se calibra utilizando series temporales homogéneas de contabilidad nacional los datos del período 1964-2010 que ofrece la base de datos BDMACRO (Díaz Ballesteros y García García, 2011). La base de datos modelo HERMIN-España se desarrolla en formato Excel y TSP, y la calibración del modelo se lleva a cabo usando TSP. El modelo se construye y simulada utilizando el paquete de software WINSOLVE.

Puesto que nuestro objetivo último es identificar y modelizar los canales a través de los cuales las prestaciones, ayudas e inversiones realizadas con cargo a los presupuestos en dependencia pueden afectar (y eventualmente acelerar) la economía española, distinguimos efectos de demanda y efectos de oferta.

Desde el lado de la demanda, tanto las distintas subvenciones y transferencias articuladas en forma de prestaciones económicas y de servicios como las cantidades programadas en concepto de inversión suponen un estímulo para la economía de la mano de un mayor gasto público, que se transmite directamente en la demanda y por tanto en la producción. Se produce además un impulso en el empleo, la renta y los precios y salarios. Por su parte, los efectos de oferta de las inversiones realizadas, tanto en capital físico público y privado como en capital humano, actúan a través las mejoras en productividad de los factores privados (capital y trabajo) derivados de mayores dotaciones logradas con las inversiones realizadas bajo los programas objeto de estudio, que se traducen en reducciones en los costes e incrementos en la competitividad, que estimulan a su vez significativamente la producción agregada de la economía española, disminuyendo las importaciones y aumentando las exportaciones. Además, al expandir la capacidad productiva

gracias a estas mayores dotaciones, se atenúan las presiones inflacionistas originadas en el lado de la demanda.

En nuestro trabajo hemos agrupados los posibles efectos según las partidas presupuestarias implicadas:

- √ Consumo público: Donde hemos asignado las distintas partidas destinadas a la compra de bienes y servicios por parte de las administraciones públicas.
- √ Inversión en capital físico público y privado: Donde hemos asignado las distintas partidas destinadas a la inversión pública y privada en infraestructuras.
- √ Subvenciones: Donde hemos asignado las distintas partidas destinadas a la subvención de explotación de empresas.
- √ Transferencias: Donde hemos asignado las distintas partidas destinadas a transferencias a familias y empresas.

Suponemos que los beneficios económicos derivados de las inversiones objeto de estudio se manifiestan en forma de externalidades, tratando de capturarlos modificando las ecuaciones claves del modelo (las funciones de producción y de demanda de factores principalmente)¹⁸. En particular, tendremos en cuenta dos tipos de externalidades: la primera se refiere al incremento en la productividad de los factores privados, mientras que la segunda se relaciona con una mejor calidad del producto ofrecido por el sector privado.

¹⁸. El concepto de externalidad en la producción es central en desarrollos recientes de la teoría del crecimiento endógeno, que ofrecen una representación más adecuada del proceso de crecimiento económico al extender la teoría neoclásica del crecimiento al considerar el papel desempeñado por el capital humano, el capital público y la tecnología (véase, por ejemplo, Sala-i-Martin, 1990).

Respecto a la primera, si consideramos la siguiente función de producción CES en los sectores agrícola, industrial y de servicios de mercado:

$$O = A \left\{ \delta (\exp(\lambda_L t) L)^{-\rho} + (1 - \delta) (\exp(\lambda_K t) K)^{-\rho} \right\}^{-(1/\rho)}$$

donde O, L y K representan, respectivamente, valor añadido, empleo y stock de capital, A es un parámetro de escala, $1/(1 + \rho)$ es la elasticidad de sustitución, δ es un parámetro de intensidad de factores y λ_L y λ_K son las tasas de progreso técnico incorporado en trabajo y capital, respectivamente), dicha externalidad se puede incorporar endogeneizando el parámetro de escala de la siguiente forma para la inversión en infraestructura pública (KGINF), en capital humano (KH) y en sector privado (K), respectivamente:

$$A_t = A_0 (KGINF_t / KGINF_0)^{\eta_1} (KH_t / KH_0)^{\eta_2} (K_t / K_0)^{\eta_3}$$

los subíndices t y 0 denotan stock acumulado con y sin PDRs2007-2013, mientras que η_1, η_2 y η_3 representan las elasticidades correspondientes.

El segundo tipo de externalidad opera tanto directamente a través del efecto de cada uno de los programas sobre la mejora en la calidad de la producción (lo que repercute en una mayor demanda exterior de dichos bienes), como indirectamente a través de los mayores flujos de inversión extranjera directa que se derivarían de la disponibilidad de personal científico y técnico mejor cualificado y de unas mejores infraestructuras (Porter, 1986), y la consiguiente modernización del equipo y de las técnicas de producción de las empresas participadas y su mayor propensión exportadora (Alonso y Donoso, 1994). Para capturar este tipo de externalidad, relacionamos el crecimiento en el stock de infraestructuras, el incremento en capital humano y la mayor dotación de capital privado sectorial con la medida de la demanda exterior utilizada en el



modelo HERMIN-España (OW, variable clave en la determinación del nivel de producción del sector comerciable) de la siguiente forma:

$$OWX = OW(KGINF_t / KGINF_0)^{\eta_1} (KH_t / KH_0)^{\eta_2} (K_t / K_0)^{\eta_3}$$

En nuestra aplicación empírica, hemos utilizado el valor $\eta_1=0,20$ para la elasticidad de la inversión en infraestructuras públicas. Nos basamos en las estimaciones realizadas por Bajo-Rubio y Sosvilla-Rivero (1993) y Argimón et al. (1994). Ambos contrastan, para el caso español, la denominada "hipótesis de Aschauer", que postula un efecto directo e importante de la acumulación de capital público en infraestructuras sobre la productividad del sector privado. Bajo-Rubio y Sosvilla-Rivero (1993) parten de una función Cobb-Douglas ampliada con capital público y aplicando técnicas econométricas de cointegración a partir de series temporales correspondientes a la economía española para el período 1964-1998 procedentes del modelo MOISEES (Corrales y Taguas, 1991), tras contrastar empíricamente la relevancia del supuesto de rendimientos constantes a escala, obtienen una elasticidad de 0,19 para el stock de capital público respecto a la producción real del sector privado. Por su parte, Argimón et al. (1994) llevan a cabo un ejercicio similar, pero para el período 1964-1990 y con series de dotación de infraestructuras procedentes de Argimón y Martín (1993), obteniendo una elasticidad de 0,21. Es por ello que, en la aplicación empírica, hemos supuesto un valor intermedio entre ambas estimaciones: 0,20.

Respecto al valor utilizado para la elasticidad, $\eta_2=0,07$, éste se ha tomado de las estimaciones sobre el rendimiento social de la educación y la formación profesional realizadas por Corugedo et al. (1992). Representa el coeficiente estimado para la variable educación en un modelo que trata de explicar el salario neto percibido por un trabajador en su trabajo actual y se corresponde con su tasa de rendimiento interno de la educación, tal como propuso Mincer

(1974). La estimación de Corugedo et al. (1992) se basa en la estimación de un modelo uniecuacional que relaciona las rentas individuales con la educación y otras magnitudes que se consideran igualmente relevantes para las diferentes rentas, a partir de datos de una encuesta a nivel nacional realizada en municipios españoles mayores de 10.000 habitantes a individuos con estudios primarios terminados (grupo de control) y con estudios secundarios estimados y sin estudios superiores (grupo de estudio), siendo 1988 el año de referencia. Este valor es relativamente moderado con relación a las estimaciones que se encuentran normalmente en la literatura.

En cuanto al valor de la elasticidad $\eta_1=0,10$, se ha obtenido a partir de información microeconómica sobre los efectos del Marco de Apoyo Comunitario (MAC) 1989-93. Entre estos efectos se encuentran los derivados del impulso que las actuaciones contempladas, financiadas con recursos, darían a la inversión privada al facilitar un mejor entorno para la misma. Estimamos que por su naturaleza de inversión privada ajustada a las condiciones específicas de mejora de la calidad, diversificación de producto e innovación, sus efectos se notarían tanto en la productividad de los factores privados como en el atractivo exterior de los bienes y servicios producidos. A la hora de fijar un valor para dicha elasticidad hemos tenido en cuenta los resultados analizados en Herce (1994), de los que se deriva una estimación cualitativa global del tipo que estamos tratando de medir de una cierta relevancia cuya contrapartida cuantitativa hemos establecido, con un criterio que creemos conservador, a través de la elasticidad mencionada en 0,10.

Por último, y en relación a los beneficios económicos derivados de las subvenciones y transferencias, ambas suponen un estímulo de la demanda, la producción y el empleo.

La definición precisa de los escenarios y los resultados diferenciales es obligada si queremos entender qué estamos midiendo. Lo que nuestro modelo no puede

hacer es trazar el curso de la economía estudiada para el horizonte especificado. Lo que sí hace, por el contrario, es medir la variación (porcentual o absoluta) de ciertas macromagnitudes con respecto a una base determinada (escenario de referencia), a consecuencia de la aparición de un shock en la economía dado por las prestaciones e inversiones contempladas en el gasto total de la LAPAD.

A la hora de realizar las simulaciones, adoptaremos los siguientes criterios y definiciones:

- ✓ Los niveles del Producto Interior Bruto (PIB), el empleo, la inflación y las finanzas públicas en el periodo analizado (2009 y 2010) se establecen según los datos observados y proyecciones oficiales.
- ✓ Suponemos que los datos efectivamente observados del PIB y el empleo incluyen los efectos de las prestaciones e inversiones contempladas en el gasto total de la LAPAD. Es decir, en ausencia de dicho gasto, los valores de las variables macroeconómicas serían inferiores en una cuantía igual a dichos efectos. A dichas proyecciones las denominamos escenario sin LAPAD.
- ✓ Restamos a los valores de las variables efectivamente observadas (o escenario con LAPAD) los efectos totales (de demanda y de oferta) estimados para el gasto total de la LAPAD, con objeto de determinar una situación alternativa de referencia que denominamos escenario sin LAPAD.

Se trata, pues, de una manera estándar de presentar los resultados de las simulaciones, de manera que los escenarios elegidos permitan evaluar en qué medida las prestaciones e inversiones realizadas representan una mejora para la economía española, con respecto a una situación ficticia caracterizada por la ausencia de dichos fondos. Nótese que el enfoque adoptado permite comparar

resultados con la situación que se hubiera obtenido de no haber existido los gastos de atención a la dependencia.

Con el fin de calcular tasas medias de crecimiento, las simulaciones comienzan en 2008, año para el cual las variables bajo los escenarios con y sin LAPAD toman el mismo valor, que se corresponde con el efectivamente observado en las estadísticas oficiales.

3. RESULTADOS DE LAS SIMULACIONES

En este apartado, por tanto, presentamos los resultados de la evaluación de los efectos sobre la economía española de las prestaciones, ayudas e inversiones públicas totales destinadas a la atención a la dependencia durante los años 2009 y 2010. Sus efectos se comparan en un doble escenario, inicialmente se compara con la situación que prevalecería en el caso de la completa ausencia del gasto total en materia de dependencia (escenario con gasto cero en materia de dependencia, por tanto haciendo la ficción de una situación sin gasto en el sistema de servicios sociales). Posteriormente se mide el impacto específico de la LAPAD, computándose por tanto únicamente el gasto nuevo ocasionado por la creación e implementación del SAAD.

El objeto de la simulación es poner en valor el gasto que se realiza para la atención a la situación de dependencia demostrando que tiene importantes retornos económicos (vía fiscalidad y cotizaciones sociales), laborales (mantiene y crea empleo) y sociales que lo configuran en auténtica inversión social.

Aunque, como hemos señalado, el modelo permite distinguir entre efectos de demanda y de oferta (asociados a las externalidades de las inversiones realizadas), para facilitar la exposición de los resultados sólo ofreceremos los impactos totales.

La realización de este ejercicio de simulación ha requerido la estimación de un gran número de variables económicas, que podemos clasificar en dos grandes grupos: variables macroeconómicas y variables demográficas. En cuanto a las variables macroeconómicas (producción, precios, etcétera), éstas han sido generadas por el modelo HERMIN-España de la economía española, imponiéndose que el modelo fuera capaz de originar exactamente los datos históricos disponibles para el período 1980-2010, mediante la incorporación de ajustes constantes en las ecuaciones de comportamiento.

Respecto a la población, para el periodo 1996-2010, utilizamos las cifras oficiales de población que ofrece el Instituto Nacional de Estadística (INE) a través del padrón municipal.

3.1. EFECTOS SOBRE EL MERCADO DE TRABAJO.

3.1.1 Estimación del empleo creado.

En primer lugar se procede a analizar el impacto global en el mercado de trabajo, tanto directo en el sector de atención a la dependencia como indirecto. En el Cuadro 3 y el Gráfico 1 se presentan los resultados en términos de empleos generados o mantenidos, bajo los distintos escenarios analizados. Como puede observarse, estimamos que los efectos totales (de demanda y debidos a la externalidad de oferta) derivados del gasto en atención a la dependencia habrían sido responsables del mantenimiento/ creación de 112 mil puestos de trabajo en el año 2009 y de 136 mil en 2010. Se estima por tanto una cifra acumulada de 248 mil empleos durante estos dos años entre un hipotético escenario de ausencia de gasto en atención a la dependencia y el escenario con los efectos del gasto en atención a la dependencia.

Por consiguiente, nuestros resultados indican que las distintas actuaciones contempladas en el gasto de atención a la dependencia habrían dinamizado la

creación de empleo, coadyuvando a que el retroceso en la ocupación observado en los años 2009 y 2010 no fuese tan pronunciado.

Cuadro 3: Efecto del gasto total del SAAD sobre el empleo español

	CON SAAD	SAAD	DIFERENCIA
Año 2008	20.546.000	20.546.000	-
Año 2009	19.181.000	19.069.000	112.000
Año 2010	18.745.000	18.609.000	136.000
Acumulado 2009-2010			248.000
TCA 08-10	- 4,48	- 4,83	0,35

Fuente: Estimaciones propias basadas en simulaciones realizadas con el modelo HERMIN-España

Gráfico 1: Efecto del gasto total del SAAD sobre el empleo español.



Nota: Diferencia en miles de empleos entre los escenarios con y sin efectos totales del gasto del SAAD

Fuente: Estimaciones propias basadas en simulaciones realizadas con el modelo HERMIN-España

Como complemento del impacto de la atención a la dependencia sobre el mercado de trabajo español, en el Cuadro 4 se muestra el desglose de los efectos totales entre empleos directos e indirectos. Tal y como se aprecia en dicho cuadro, estimamos que el gasto total en atención a la dependencia habría

dado lugar, en 2009, a la creación o mantenimiento de 89 mil puestos de trabajo en el sector de servicios sociales y 23 mil en el resto de la economía.

Para el año 2010, estimamos que el gasto total de atención a la dependencia habría generado 96 mil puestos de trabajo directos y 40 mil indirectos.

En términos acumulados, en estos dos años, los resultados de nuestras estimaciones sugieren que las actuaciones contempladas en los presupuestos de atención a la dependencia habrían sido responsables del mantenimiento o generación de 248 mil ocupados, de los cuales 185 mil puestos de trabajo son directos en servicios sociales y de 63 mil empleos indirectos en el resto de sectores productivos en estos dos años objeto de evaluación,

Cuadro 4: Desglose del efecto del gasto total del SAAD sobre el empleo español

	TOTAL	DIRECTOS	INDIRECTOS
Año 2009	112.000	89.000	23.000
Año 2010	136.000	96.000	40.000
Acumulado 2009-2010	248.000	185.000	63.000

Fuente: Estimaciones propias basadas en simulaciones realizadas con el modelo HERMIN y en un modelo de series temporales de la ocupación en servicios sociales

Realizada esta estimación teniendo en cuenta únicamente el impacto del gasto nuevo derivado de la implantación de la LAPAD en el mercado de trabajo (de manera global) se muestran los resultados para el empleo en el Cuadro 5. Como se puede apreciar, estimamos que de los 112 mil empleos creados o mantenidos por el gasto total en atención a la dependencia en el año 2009, 72 mil estarían asociados al gasto nuevo y 40 mil al gasto consolidado. Para el año 2010, los resultados de nuestras simulaciones sugieren que los 136 mil puestos

de trabajo generados o mantenidos por el gasto total se distribuirían en 93 mil debidos al gasto nuevo y 43 mil al gasto consolidado.

En términos acumulados, en los dos años, el impulso del gasto nuevo derivado de la LAPAD a la ocupación se estima en 165 mil personas que encuentran o mantienen su empleo gracias al gasto nuevo (lo que representa el 66,53 por ciento) y 83 mil al gasto consolidado (el 33,46 por ciento).

Cuadro 5: Desglose de los efectos sobre el empleo total del gasto nuevo derivado de la LAPAD.

	ESCENARIO CON SAAD	ESCENARIO SIN SAAD	DIFERENCIA
Año 2008	20.546.000	20.546.000	-
Año 2009	19.141.000	19.069.000	72.000
Año 2010	18.702.000	18.609.000	93.000
Acumulado 2009-2010			165.000
TCA 08-10	- 4,48	- 4,83	0,35

Fuente: Estimaciones propias basadas en simulaciones realizadas con el modelo HERMIN-España

Finalmente de estas 165.000 personas que encuentran trabajo en estos dos años como consecuencia directa de la ley de dependencia, hemos estimado el impacto directo en el sector de los servicios sociales (cuadro 6) y el indirecto en el resto de sectores productivos de la economía. Como puede verse, nuestras simulaciones sugieren que durante el año 2009 el gasto nuevo habría generado 57 mil empleos directos y 15 mil indirectos. Para el año 2010, estimamos que el gasto nuevo habría sido el origen de 66 mil puestos de trabajo directos y 27 mil indirectos.



Cuadro 6. Desglose de los efectos del gasto nuevo derivado de la LAPAD sobre el empleo en servicios sociales.

	TOTAL	DIRECTO	INDIRECTO
Año 2009	72.000	57.000	15.000
Año 2010	93.000	66.000	27.000
Acumulado 2009-2010	165.000	123.000	42.000

Fuente: Estimaciones propias basadas en simulaciones realizadas con el modelo HERMIN-España

Por tanto, de acuerdo con el modelo econométrico aplicado el gasto público nuevo consecuencia de la aplicación de la ley de dependencia es el responsable de la creación de 123 mil empleos directos en el sector de servicios sociales.

Esta cifra ofrecida mediante el modelo econométrico (123.000) se aproxima a la cifra que nos ofrece la encuesta de población activa (EPA), en la que se arroja un crecimiento de 135.500 puestos de trabajo en el sector de servicios sociales.

A este respecto, es importante destacar como en la EPA se refleja como el empleo en los servicios sociales se ha incrementado desde los 347 mil ocupados antes de la entrada en vigor de la LAPAD hasta los 483 mil ocupados a diciembre de 2010 (cuadro 7). Es necesario poner en valor esta circunstancia ya que se ha producido en un extraordinario contexto económico que ha generado una importante destrucción de empleo en la mayoría de los sectores de la actividad.

Cuadro 7. Desglose del crecimiento del empleo en el sector servicios sociales según EPA.

FUENTE: I.N.E., ENCUESTA DE POBLACION ACTIVA

87 Asistencia en establecim. residenciales	88 Actividades SS.SS. sin alojamiento	TOTAL SERVIC. SOCIALES	CRECIMIENTO . Entre periodos
202.100	145.300	347.400	
206.000	148.100	354.100	6.700
235.400	153.600	389.000	34.900
234.500	189.900	424.400	35.400
261.300	221.600	482.900	58.500
Crecimiento Total (2007 -2010)			135.500

El incremento obtenido en el modelo econométrico (123.000) también se constata utilizando otras fuentes de información, así mediante el análisis de los datos proporcionados por la Tesorería General de la Seguridad Social (TGSS), según situación de afiliados en alta en actividades de servicios sociales, desde el 31 de enero de 2007 hasta el 31 de diciembre de 2010, eliminando los códigos que no afectan en la implantación de la LAPAD, el número de afiliados en el RGSS asciende a 110.841 personas (cuadro 8), sin computarse en estas 110 mil personas las 149.565 personas cuidadoras en el entorno familiar con el convenio en Seguridad Social establecido en la LAPAD.

Cuadro 8. Desglose del crecimiento del empleo en el sector servicios sociales según TGSS.

EVOLUCION ANUAL DE AFILIADOS EN EL RGSS DEL SECTOR DE SERVICIOS SOCIALES					
PERIODO	Total Residencias	Crecimiento Serv. Res.	Total No Residencias	Crecimiento Serv. No Res.	Total Serv. Sociales
31-ene-07	123.965		105.085		229.050
30-dic-10	198.571		141.320		339.891
Crecimiento Acumulado*	74.606	74.606	36.235	36.235	110.841

* Diferencia entre el último periodo analizado (31.12.2010) y el primero (31.01.07)

La diferencia entre los datos de la EPA y los ofrecidos por la TGSS, existentes entre las dos fuentes, 24.659 trabajadores, se debe a:

- Los datos que aporta la Tesorería General de la Seguridad Social, se refieren a las afiliaciones del Sistema de Seguridad Social, mientras que el INE obtiene la información a través de encuestas.

- Los datos facilitados por la Tesorería, no contabiliza aquellos sectores que no tienen relación con la LAPAD, mientras que en la EPA se tienen en cuenta todas las personas asignadas al sector de Servicios Sociales.

En consecuencia podemos afirmar con rotundidad que la LAPAD ha sido un excelente instrumento para la creación de empleo, ya que con independencia del modelo de cálculo utilizado todas las fuentes confirman un crecimiento del empleo directo aproximado a las 123.000 personas.

3.1.2 Efectos estimados en la tasa de desempleo.

Los efectos sobre la ocupación que acabamos de comentar se traducen a su vez en efectos sobre la tasa de paro de la economía española en el periodo analizado que se muestran en el Cuadro 9. Como puede apreciarse en la penúltima columna de dicho cuadro y en el Gráfico 2, nuestras simulaciones sugieren que los efectos totales (de demanda y los debidos a la externalidad de oferta) de las actuaciones públicas contempladas para la atención a la dependencia habrían contribuido a la reducción de la tasa de desempleo en el año 2009 en -0,22 puntos porcentuales, mientras que minoración se habría situado en -0,26 puntos porcentuales en el año 2010.

Es necesario resaltar la importante contribución al empleo de un sector como el de los servicios sociales y como la ausencia de gasto público en materia de atención a la dependencia no solo es injusta socialmente sino que además generaría un importante crecimiento en la tasa de desempleo.



Cuadro 9: Efecto del del gasto total del SAAD sobre la tasa de paro española

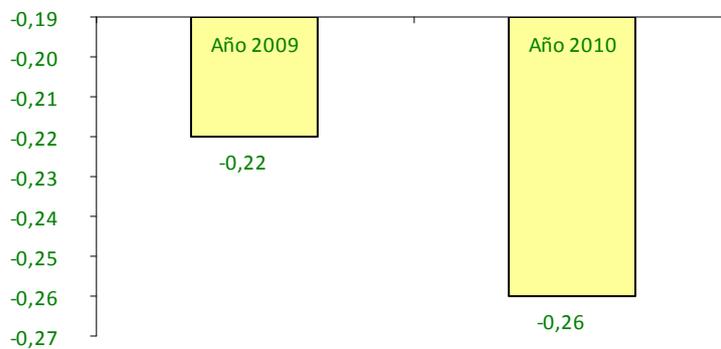
	ESCENARIO CON SAAD	ESCENARIO SIN SAAD	DIFERENCIA
Año 2008	11,34	11,34	-
Año 2009	18,01	18,23	- 0,22
Año 2010	20,06	20,33	- 0,26

Nota: Desempleados como porcentaje de la población activa

Fuente: Estimaciones propias basadas en simulaciones realizadas con el modelo HERMIN

Gráfico 2: Efecto del gasto total del SAAD sobre la tasa de paro española

Efecto del gasto del SAAD sobre la tasa de desempleo.



Nota: Desviación de la tasa de paro respecto al escenario de referencia (sin LAPAD)

Fuente: Estimaciones propias basadas en simulaciones realizadas con el modelo HERMIN-España

Si tenemos en consideración únicamente el gasto nuevo derivado de la implantación de la LAPAD, en cuanto al efecto sobre la tasa de paro, en el Cuadro 10 y se ofrecen los resultados obtenidos en los cuatro escenarios objeto de análisis. Como puede observarse, nuestros resultados indican que de la

disminución de -0,22 puntos porcentuales obtenida en el año 2009 en la tasa de paro como consecuencia del gasto total del SAAD sería responsable el gasto nuevo ocasionado por la LAPAD de un descenso de -0,15 puntos porcentuales en la tasa de desempleo, en tanto que la reducción en -0,26 puntos porcentuales en la tasa de paro estimada para el gasto total en 2010 se habría distribuido entre -0,16 puntos del gasto nuevo.

Se trata de una reducción significativa, en este trabajo no se ha estimado el importante ahorro en el gasto público en materia de atención al desempleo durante estos dos años debido a que se trata de un ahorro no estructural del sistema, pero sin duda merece la pena que esta circunstancia sea tenida en cuenta a la hora de valorar el conjunto del SAAD.

Cuadro 10: Desglose de los efectos del gasto nuevo derivado de la implantación de la LAPAD sobre la tasa de desempleo

	CON SAAD	GASTO NUEVO	GASTO CONSOLIDADO	SIN SAAD
Año 2008	11,34	11,34	11,34	11,34
Año 2009	18,01	18,16	18,30	18,23
Año 2010	20,06	20,17	20,22	20,33
Media 09-10	19,04	19,17	19,26	19,28

Nota: desempleados como porcentaje de la población activa

Fuente: Estimaciones propias basadas en simulaciones realizadas con el modelo HERMIN

Finalmente, comparando las tasas de crecimiento medios desde 2008 a 2010 (TCA 08-10), se observa que si bien el gasto total de la atención a la dependencia habría contribuido con 35 centésimas al dinamismo del mercado de trabajo (haciendo posible la caída producida estos años fuese del -4,48 por ciento con SAAD en lugar del -4,83 por ciento que habría ocurrido sin SAAD), estimamos que 24 centésimas de este freno a la destrucción de empleo se podrían atribuir al gasto nuevo y las restantes 11 centésimas al gasto consolidado.

3.2. EFECTOS SOBRE LAS FINANZAS PÚBLICAS

3.2.1 Efectos en el Déficit público.

Con objeto de evaluar el efecto del gasto total del SAAD (procedente de servicios sociales y resultado de la LAPAD) sobre las finanzas públicas, en el Cuadro 11 y el Gráfico 3 se presentan los resultados obtenidos en términos de la ratio déficit público/PIB.

Como se aprecia en dicho cuadro, el mayor gasto derivado de la atención a la dependencia en el ámbito del SAAD implica un mayor déficit público, sin embargo se puede apreciar que la ausencia de gasto en materia de dependencia no habría implicado una disminución espectacular del déficit público. Así estimamos que las actuaciones contempladas en el ámbito del SAAD en el año 2009 habrían supuesto un incremento de la ratio de 0,25 puntos porcentuales, habiéndose situado el déficit público en -10,88 en el supuesto de ausencia total de gasto público en esta materia, frente al -11,13 por ciento con SAAD.

Para el año 2010, nuestras simulaciones sugieren que la necesidad de financiación de las administraciones públicas habría sido 0,30 puntos porcentuales menor en ausencia del gasto público total destinado a la atención de los beneficiarios de ayudas de dependencia (-9,25 por ciento con SAAD y -8,95 por ciento sin SAAD).

Cuadro 11: Efecto del gasto total del SAAD sobre la ratio déficit público/PIB

	CON SAAD	SIN SAAD	DIFERENCIA
Año 2008	- 4,15	- 4,15	-
Año 2009	- 11,13	- 10,88	- 0,25
Año 2010	- 9,25	- 8,95	- 0,30
Media 09-10	- 10,19	- 9,91	- 0,27

Nota: Puntos porcentuales

Fuente: Elaboración propia a partir de las simulaciones realizadas con el modelo Hermin-España

Gráfico 3: Efecto del gasto total del SAAD sobre la ratio déficit público/PIB



Nota: Desviación de la ratio déficit público/PIB respecto al escenario de referencia (sin LAPAD)

Fuente: Estimaciones propias basadas en simulaciones realizadas con el modelo HERMIN-España

Estos resultados no dejan de ser un ejercicio teórico, sin embargo resulta más interesante conocer los efectos directos del gasto nuevo destinado en España a la atención a la dependencia derivada de la LAPAD. Así en el Cuadro 12 y el Gráfico 4 observamos se aprecia que en el año 2009 el gasto nuevo derivado de la LAPAD ha supuesto un incremento en la ratio déficit público de 0,16 puntos porcentuales y en el año 2010 habría implicado 0,18 puntos porcentuales de crecimiento del déficit.

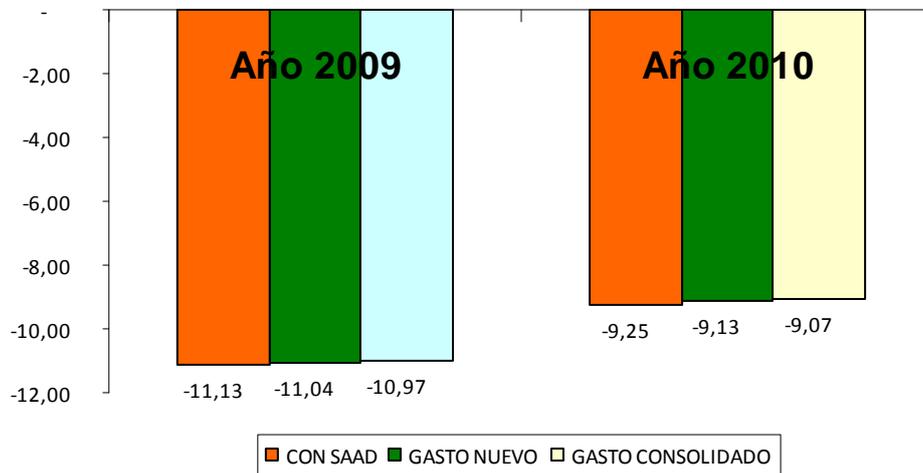
Cuadro 12: Desglose de los efectos del gasto nuevo derivado de la implantación de la LAPAD sobre la ratio déficit público/PIB

	CON SAAD	GASTO NUEVO	GASTO CONSOLIDADO	SIN SAAD
Año 2008	- 4,15	- 4,15	- 4,15	- 4,15
Año 2009	- 11,13	- 11,04	- 10,97	- 10,88
Año 2010	- 9,25	- 9,13	- 9,07	- 8,95
Media 09-10	- 10,19	- 10,08	- 10,02	- 9,91

Nota: Puntos porcentuales

Fuente: Elaboración propia a partir de las simulaciones realizadas con el modelo Hermin-España

Gráfico 4: Desglose de los efectos del gasto nuevo derivado de la implantación de la LAPAD sobre la ratio déficit público/PIB



Nota: Desviación de la ratio déficit público/PIB respecto al escenario de referencia (sin LAPAD)

Fuente: Estimaciones propias basadas en simulaciones realizadas con el modelo HERMIN-España

3.2.2 Retornos ingresos fiscales y cotizaciones sociales

Aunque implican un gasto importante, las políticas derivadas de la atención a la dependencia generan importantes retornos fiscales derivados del incremento de cotizaciones a la seguridad social (derivado del incremento del empleo generado) así como de impuestos directos e indirectos.

Nuestros resultados sugieren que durante los dos años objeto del estudio el gasto derivado de la atención a la dependencia es la responsable directa de unos ingresos públicos de 2707 millones de euros, 1.222 millones en 2009 y 1.485 millones en 2010.

Tal y como se aprecia en los Cuadros 13 a 15 y en el Gráfico 5, como consecuencia de estos aumentos en las bases imponibles, los ingresos medios habrían aumentado durante el período analizado:

Por impuestos directos (Impuestos corrientes sobre la renta, etc.) en 822 millones de euros (371 millones en el año 2009 y 451 millones en el 2010).

Por impuestos indirectos (Impuestos del tipo valor añadido, Impuestos y derechos sobre las importaciones y otros impuestos sobre la producción) se habrían incrementado en 744 millones de euros (336 millones en 2009 y 408 millones en 2010).

Las cotizaciones sociales habrían crecido 1.141 millones de euros (515 millones en 2009 y 626 millones en 2010).

Asimismo, en estos cuadros y gráficos queda patente la mayor contribución a los ingresos fiscales en 2010 respecto de 2009 entre los escenarios con y sin SAAD, a pesar de ser un entorno de reducción de los recursos recaudados por el sector público debido al impacto de la crisis económica, lo que refuerza una vez más el efecto dinamizador del gasto en atención a las personas en situación de dependencia que, al crear más producción y empleo, incrementa los ingresos públicos.

Cuadro 13: Efecto del gasto total del SAAD sobre la imposición directa

	SIN SAAD	CON SAAD	DIFERENCIA
Año 2008	117.584	117.584	-
Año 2009	101.010	101.381	371
Año 2010	99.442	99.893	451
Acumulado 2008 y 2009			822

Nota: Millones de euros

Fuente: Elaboración propia a partir de las simulaciones realizadas con el modelo Hermin-España

Cuadro 14: Efecto del gasto total del SAAD sobre la imposición indirecta

	SIN SAAD	CON SAAD	DIFERENCIA
Año 2008	108.083	108.083	-
Año 2009	91.545	91.881	336
Año 2010	107.806	108.214	408
Acumulado 2008 y 2009			744

Nota: Millones de euros

Fuente: Elaboración propia a partir de las simulaciones realizadas con el modelo Hermin-España

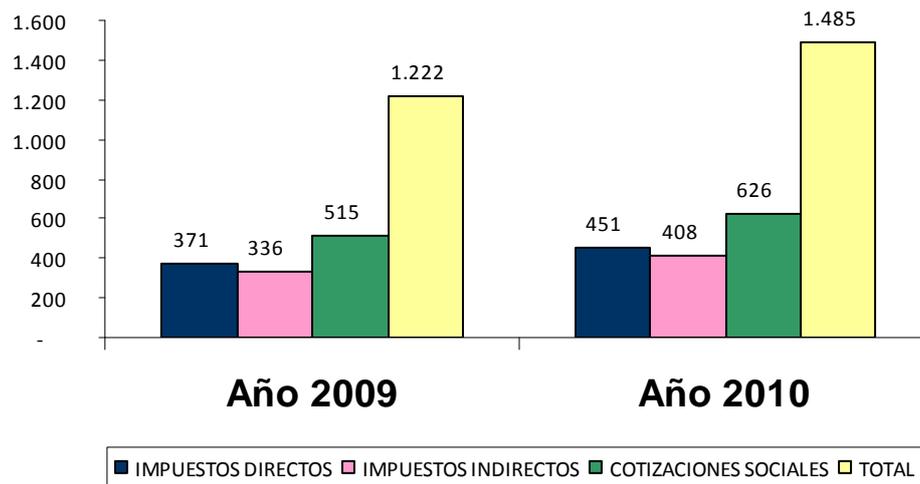
Cuadro 15: Efecto del gasto total del SAAD sobre las cotizaciones sociales

	SIN SAAD	CON SAAD	DIFERENCIA
Año 2008	143.103	143.103	-
Año 2009	140.327	140.842	515
Año 2010	139.977	140.603	626
Acumulado 2008 y 2009			1.141

Nota: Millones de euros

Fuente: Elaboración propia a partir de las simulaciones realizadas con el modelo Hermin-España

Gráfico 5: Efecto acumulado del gasto total del SAAD sobre la imposición directa, indirecta y las cotizaciones sociales.



Nota: Desviación en millones de euros respecto al escenario de referencia (sin SAAD)

Fuente: Elaboración propia a partir de las simulaciones realizadas con el modelo Hermin-España

Finalmente tomando específicamente sólo en consideración el gasto nuevo derivado de la LAPAD, se estima que durante los dos años objeto del estudio el gasto nuevo derivado de la entrada en vigor de la LAPAD es la responsable directa de unos ingresos públicos de 1.272 millones de euros, 547 millones en el año 2009 y 553 millones en el año 2010.

En los Cuadro 16 a 19 y en el Gráfico 6 se presentan los resultados obtenidos para el desglose entre gasto nuevo y gasto consolidado de los ingresos por impuestos directos, impuestos indirectos y cotizaciones sociales.

Cuadro 16: Recaudación estimada efecto del gasto nuevo de la LAPAD

	Año 2009	Año 2010	Acumulado 2008 y 2009
IM PUESTOS DIRECTOS	166	168	334
IM PUESTOS INDIRECTOS	150	152	302
COTIZACIONES SOCIALES	231	233	636
TOTAL	547	553	1.272

Nota: Millones de euros

Fuente: Elaboración propia a partir de las simulaciones realizadas con el modelo Hermin-España

Como puede apreciarse en el cuadro 16 y 17, las simulaciones realizadas sugieren que la recaudación por imposición directa habría sido durante los años 2009 y 2010 superior en 166 millones y 168 millones de euros superior a la registrada sin el gasto nuevo. En términos de tasas de crecimiento respecto a una economía española sin atención a la dependencia, el gasto nuevo habría frenado la caída en los ingresos por impuestos directos en 0,13 puntos porcentuales y el gasto consolidado en 0,08 puntos.



Cuadro 17: Desglose de los efectos del gasto nuevo sobre la imposición directa

	CON SAAD	GASTO NUEVO	GASTO CONSOLIDADO	SIN SAAD
Año 2008	117.584	117.584	117.584	117.584
Año 2009	101.010	100.844	100.805	100.639
Año 2010	99.442	99.274	99.159	98.991
Media 09-10	100.226	100.059	99.982	99.815
TCA 08-10	- 8,04	- 8,12	- 8,17	- 8,25

Nota: Millones de euros

Fuente: Elaboración propia a partir de las simulaciones realizadas con el modelo Hermin-España

Respecto a la imposición indirecta (cuadro 16 y 18), estimamos que el gasto nuevo habría incrementado su recaudación en el año 2009 en 150 millones y en el año 2010 en 152 millones, contribuyendo el gasto nuevo con 0,12 puntos porcentuales a su tasa de crecimiento y 0,07 el gasto consolidado, ambos en relación a la que se habría experimentado sin ayuda a las personas dependientes.

Cuadro 18: Desglose de los efectos del gasto nuevo sobre la imposición indirecta

	CON SAAD	GASTO NUEVO	GASTO CONSOLIDADO	SIN SAAD
Año 2008	108.083	108.083	108.083	108.083
Año 2009	91.545	91.395	91.359	91.209
Año 2010	107.806	107.654	107.550	107.398
Media 09-10	99.676	99.524	99.455	99.303
TCA 08-10	- 0,13	- 0,20	- 0,25	- 0,32

Nota: Millones de euros

Fuente: Elaboración propia a partir de las simulaciones realizadas con el modelo Hermin-España

En el cuadro 16 y 19 en lo referente a los ingresos por cotizaciones sociales, nuestros resultados indican que se vieron en media aumentados en el año 2009 en 231 millones y en el año 2010 en 233 millones, lo que implica 0,14 y 0,08 puntos porcentuales, gasto nuevo y gasto consolidado respectivamente, de diferencia en su tasa de crecimiento respecto al escenario alternativo de ausencia de la LAPAD.

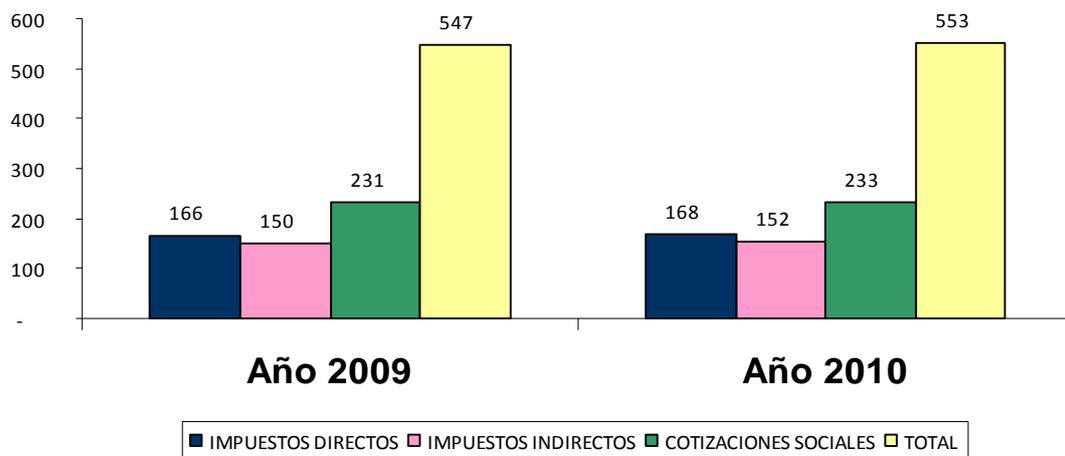
Cuadro 19: Desglose de los efectos sobre las cotizaciones sociales

	CON SAAD	GASTO NUEVO	GASTO CONSOLIDADO	SIN SAAD
Año 2008	143.103	143.103	143.103	143.103
Año 2009	140.327	140.096	140.043	139.812
Año 2010	139.977	139.744	139.584	139.351
Media 09-10	140.152	139.920	139.813	139.582
TCA 08-10	- 1,10	- 1,18	- 1,24	- 1,32

Nota: Millones de euros

Fuente: Elaboración propia a partir de las simulaciones realizadas con el modelo Hermin-España

Gráfico 6: Efecto acumulado del gasto nuevo total derivado de la implantación de la LAPAD sobre la imposición directa, indirecta y las cotizaciones sociales.



Nota: Millones de euros

Fuente: Elaboración propia a partir de las simulaciones realizadas con el modelo Hermin-España



3.2.3 Efectos en la Deuda pública

Los resultados de las simulaciones realizadas indican asimismo que este comportamiento en la necesidad de financiación de las administraciones públicas se habría visto reflejado en la evolución de la ratio deuda pública/PIB tal y como se muestra en el Cuadro 19 y en Gráfico 7. El incremento en dicha variable se habría situado en el año 2009 en 0,32 puntos porcentuales (53,26 por ciento con SAAD frente a 52,94 por ciento sin SAAD), aumentando la diferencia entre ambos escenarios hasta 0,51 puntos en 2010 (60,11 por ciento con SAAD frente a 59,61 por ciento sin SAAD). De esta forma, las actuaciones llevadas a cabo para la atención de los beneficiarios de las ayudas a la dependencia habrían supuesto un incremento medio de 0,42 puntos porcentuales en esta variable durante el período 2009-2010.

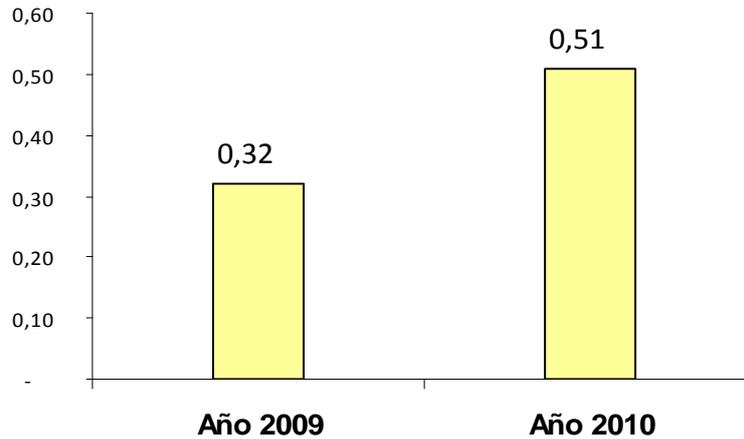
Cuadro 19: Efecto del gasto total del SAAD sobre la ratio deuda pública/PIB

	CON SAAD	SIN SAAD	DIFERENCIA
Año 2008	39,85	39,85	-
Año 2009	53,26	52,94	0,32
Año 2010	60,11	59,61	0,51
Media 09-10	56,69	56,27	0,42

Nota: Puntos porcentuales

Fuente: Elaboración propia a partir de las simulaciones realizadas con el modelo Hermin-España

Gráfico 7: Efecto del gasto total del SAAD sobre la ratio deuda pública/PIB



Nota: Desviación en puntos porcentuales respecto al escenario de referencia (sin atención LAPAD)

Fuente: Elaboración propia a partir de las simulaciones realizadas con el modelo Hermin-España

En cuanto al impacto en la evolución de la ratio deuda pública/PIB tomando en consideración sólo el gasto nuevo derivado de la implantación de la LAPAD, las simulaciones realizadas indican que el gasto nuevo sería el responsable de un incremento en 0,21 puntos para el año 2009 y de 0,30 puntos para el año 2010. (Cuadro 20).

Cuadro 20: Desglose de los efectos del gasto nuevo derivado de la LAPAD sobre la ratio deuda pública/PIB

	CON SAAD	GASTO NUEVO	GASTO CONSOLIDADO	SIN SAAD
Año 2008	39,85	39,85	39,85	39,85
Año 2009	53,26	53,14	53,05	52,94
Año 2010	60,11	59,91	59,81	59,61
Media 09-10	56,69	56,53	56,43	56,27

Nota: Puntos porcentuales

Fuente: Elaboración propia a partir de las simulaciones realizadas con el modelo Hermin-España

Tomados conjuntamente, sugieren que las transferencias, subvenciones e inversiones programadas en la LAPAD para la atención de la dependencia no habría contribuido significativamente al empeoramiento de los desequilibrios en las finanzas públicas la economía española, lo que hubiera conllevado presiones aún mayores en los mercados de deuda soberana.

Por último, cabe destacar el hecho de que la ratio de endeudamiento se habría incrementado en término medio en 0,42 puntos porcentuales durante los años 2009 y 2010, aún cuando el gasto total de la LAPAD expresado en porcentaje del PIB supone un 0,52 por ciento en ese mismo período. Así pues, se obtiene una relación media de 0,8030 entre ambas ratios, lo que sugiere que un 19,70 por ciento de los gastos que supone la LAPAD se habrían recuperado por medio de retornos fiscales de diversa naturaleza.

Esta tasa de retorno (medida por ratio de deuda incremental sobre tamaño del shock) del gasto total de la LAPAD es apreciable (cerca de veinte céntimos por euro invertido) y se habría debido a que, a pesar del aumento del gasto público, el estímulo que dicho aumento habría implicado para la economía habría hecho aumentar las bases imponibles de todo tipo de impuestos (renta, sociedades, indirectos y cotizaciones), lo que habría allegado más recursos para el fisco. Naturalmente, es preciso que el aumento del gasto público no hubiera provocado la expulsión del gasto privado contemporánea o retrasada. En este sentido cabe señalar que este efecto habría sido más difícil en un entorno como el actual, en el cual el tipo de interés de referencia lo fija el Banco Central Europeo y en el que el gasto se financia con déficit en vez de con aumentos de los tipos impositivos, como es el caso supuesto en estas simulaciones.

Por último tomando sólo en consideración el gasto nuevo derivado de la implantación del SAAD la ratio de endeudamiento se habría incrementado en término medio en 0,25 puntos porcentuales durante los años 2009 y 2010 debido al gasto nuevo.

Por consiguiente, obtenemos una relación media entre las ratios deuda pública/PIB y gasto/PIB de 0,7948 para el gasto nuevo, lo que nos lleva a concluir la tasa de retorno fiscal se situaría en el 20,52 por ciento para el gasto nuevo y en el 13,69 por ciento para el gasto consolidado.

3.3. EFECTOS SOBRE LA INFLACIÓN

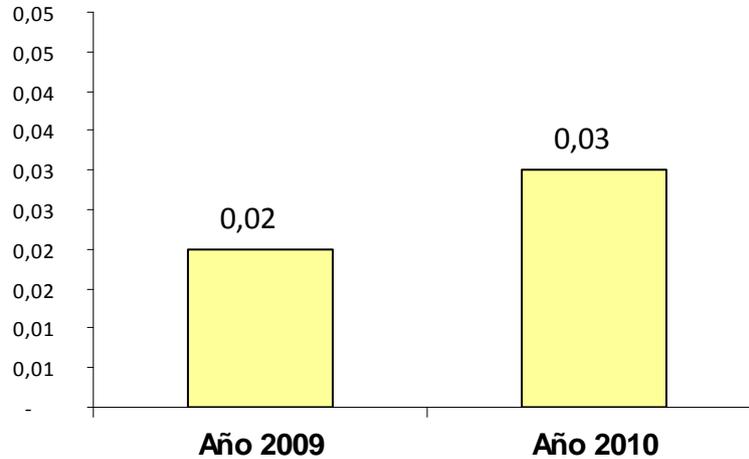
El Cuadro 21 y el Gráfico 8 ofrecen los resultados obtenidos en tasas de inflación bajo los dos escenarios objeto de estudio, que medimos en términos del Índice de Precios de Consumo (IPC). Como se aprecia en dicho cuadro, dicha tasa se situó en 2009 en el 0,80 por ciento, mientras que en ausencia del gasto total del SAAD habría sido del 0,78 por ciento, por lo que ciframos el efecto de las ayudas e inversiones en materia de dependencia en un incremento en los precios de la cesta representativa del consumo de los hogares españoles de 0,02 puntos porcentuales. Por su parte, para el año 2010 estimamos que el aumento en precios habría sido de 0,03 puntos porcentuales (3 por ciento con SAAD frente a 2,97 por ciento sin SAAD).

Cuadro 21: Efecto del gasto total del SAAD sobre la tasa de inflación

	CON SAAD	SIN SAAD	DIFERENCIA
Año 2008	1,40	1,40	-
Año 2009	0,80	0,78	0,02
Año 2010	3,00	2,97	0,03
Media 09-10	1,90	1,88	0,02

Nota: Tasa de inflación calculada a partir del Índice de Precios de Consumo
Fuente: Elaboración propia a partir de las simulaciones realizadas con el modelo Hermin-España

Gráfico 8: Efecto del gasto total del SAAD sobre la tasa de inflación



Fuente: Estimaciones propias basadas en simulaciones realizadas con el modelo HERMIN-España

En lo referente al efecto sobre la tasa de inflación derivados del gasto nuevo en atención a la dependencia, de los resultados ofrecidos en el Cuadro 22 y el Gráfico 9 se deduce que en el incremento en 0,022 puntos porcentuales estimado para realización del gasto total del SAAD en 2009 sería responsable de un incremento de 0,015 puntos el gasto nuevo. Para el año 2010, nuestras simulaciones sugieren que el aumento en 0,008 puntos porcentuales en la tasa de inflación estimado para el gasto nuevo total habría sido fruto del alza de 0,005 puntos atribuible al gasto.

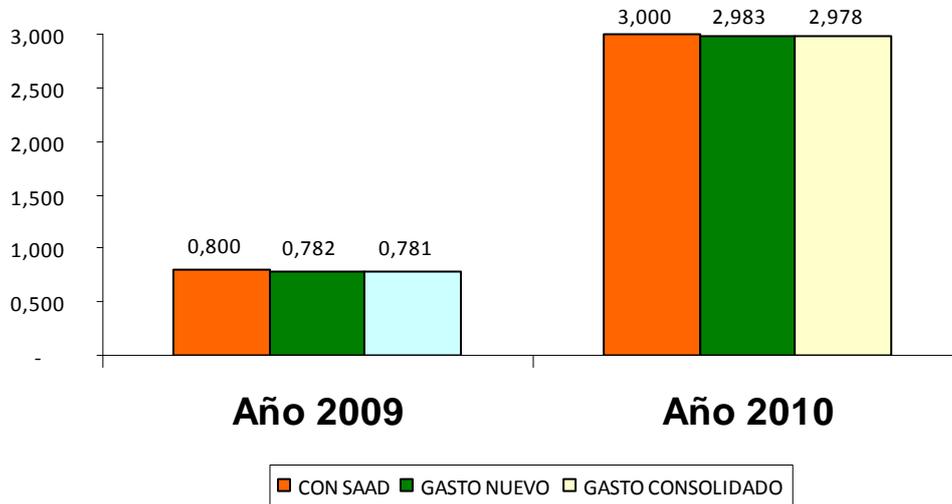
Cuadro 22: Desglose de los efectos del gasto nuevo derivado de la LAPAD sobre la tasa de inflación

	CON SAAD	GASTO NUEVO	GASTO CONSOLIDADO	SIN SAAD
Año 2008	1,400	1,400	1,400	1,400
Año 2009	0,800	0,782	0,781	0,778
Año 2010	3,000	2,983	2,978	2,973
Media 09-10	1,900	1,893	1,891	1,891

Nota: Tasa de inflación calculada a partir del Índice de Precios de Consumo (IPC)

Fuente: Elaboración propia a partir de las simulaciones realizadas con el modelo Hermin-España

Gráfico 9: Desglose de los efectos del gasto nuevo sobre la tasa de inflación



Nota: Desviación de la tasa de inflación medida por el IPC respecto al escenario de referencia (sin LAPAD)

Fuente: Estimaciones propias basadas en simulaciones realizadas con el modelo HERMIN-España

3.4. EFECTOS SOBRE LA PRODUCCIÓN Y EL CRECIMIENTO ECONÓMICO

Nos centraremos en los impactos de las distintas subvenciones, transferencias e inversiones públicas asociadas a la atención a las personas con dependencia y a la promoción de la autonomía personal sobre la producción agregada española. Para ello, siguiendo los criterios de la Contabilidad Nacional de España elaborada por el INE, emplearemos como indicador relevante el Producto Interior Bruto (PIB) a precios de 2000. Se trata de una medida del PIB real, ya que ofrece el valor monetario de todos los bienes y servicios finales producidos en el interior de las fronteras españolas valorados a precios constantes del año 2000 (es decir, multiplicando las cantidades físicas producidas cada año por los precios vigentes en el año 2000, año que se toma como base o referencia en las comparaciones). De esta manera, si al comparar un año con el siguiente, el PIB real ha aumentado, dado que los precios utilizados en el cálculo son los mismos (están fijos en sus magnitudes de 2000), la razón de este incremento

se debe exclusivamente a una mayor cantidad de bienes y servicios producidos por la sociedad en este último año. En otras palabras, el PIB a precios constantes mide la producción total de la economía en términos de volumen, lo que permite detectar los cambios en la producción económica una vez realizados los ajustes por inflación.

El Cuadro 23 ofrece los resultados de la simulación en términos del nivel de PIB real a precios de 2000 bajo dos escenarios alternativos: con SAAD y sin efectos totales de este (de demanda y de oferta). Tal como recoge este cuadro y el Gráfico 10, se estima que la diferencia en el valor de este indicador de producción agregada entre los escenarios con y sin gasto total del SAAD se habría situado en 1.900 millones de euros de 2000 en el año 2009 y en 2.305 millones en 2010. Como se observa, nuestras simulaciones siguieron que los efectos totales de la atención a la dependencia habrían contribuido al suavizado de la ralentización de la producción agregada en los años 2009 y 2010.

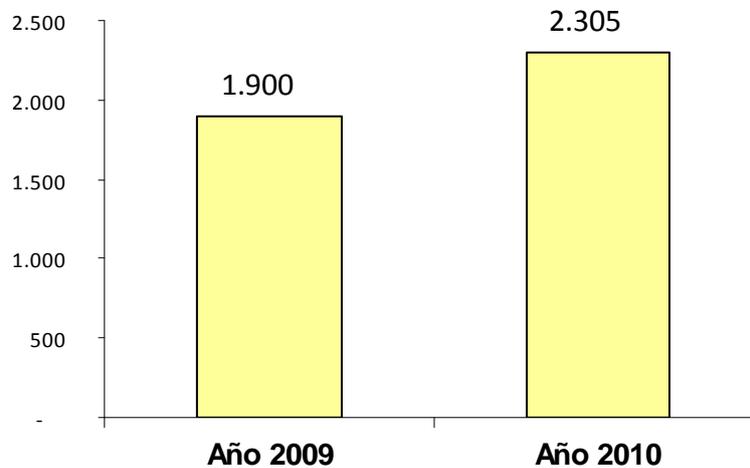
Cuadro 23: Efecto del gasto total del SAAD sobre la producción real española

	CON SAAD	SIN SAAD	DIFERENCIA
Año 2008	804.223	804.223	-
Año 2009	774.285	772.386	1.900
Año 2010	773.171	770.866	2.305
Media 09-10	773.728	771.626	2.102
TCA 08-10	- 1,95	- 2,10	0,15

Nota: PIB real (en millones de euros de 2000)

Fuente: Estimaciones propias basadas en simulaciones realizadas con el modelo HERMIN-España

Gráfico 1: Efecto del gasto total del SAAD sobre la producción real española



Nota: Diferencia en el PIB real (a precios de 2000) entre los escenarios con y sin LAPAD

Fuente: Estimaciones propias basadas en simulaciones realizadas con el modelo HERMIN-España

Los resultados obtenidos implican, a su vez, que, si bien el volumen de la producción real de la economía española registró durante el período 2008-2010 una tasa media de crecimiento anual (TCA) del -1,95 por ciento (escenario con SAAD), dicha tasa habría sido más pronunciada retrocediendo hasta el -2,10 por ciento sin los efectos totales (de demanda y de oferta) de la atención a la dependencia. Este diferencial de 0,15 puntos porcentuales en constituiría el plus de crecimiento económico real que se habría derivado de los efectos totales de la ejecución de las actuaciones públicas examinadas.

En el Cuadro 24 y el Gráfico 11 se presentan los resultados sobre la producción real (medida por el PIB a precios constantes de 2000) de las simulaciones comparando los cuatro escenarios: con gasto total, con gasto nuevo, con gasto consolidado y sin LAPAD. Como se observa, el incremento de la producción real de 1.900 millones de euros de 2000 estimada para el gasto total en el año 2009 se distribuiría entre los 1.224 millones debidos al gasto nuevo y 676 millones de

gasto consolidado, mientras que el impacto de la LAPAD en el año 2010, que habíamos cifrado en 2.305 millones de euros de 2000 se repartiría entre los 1.367 millones del gasto nuevo y los 938 millones del gasto consolidado.

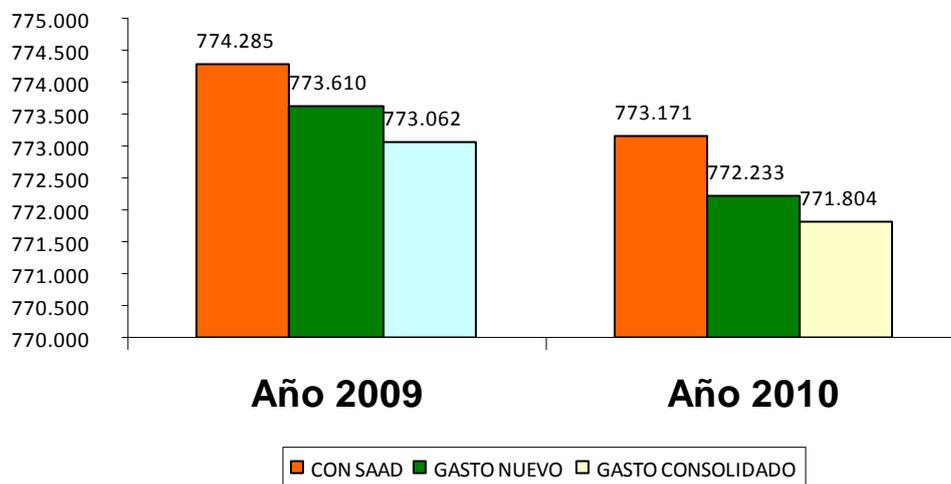
Cuadro 24: Desglose de los efectos del gasto nuevo derivado de la implantación de la LAPAD sobre la producción real española

	CON SAAD	GASTO NUEVO	GASTO CONSOLIDADO	SIN SAAD
Año 2008	804.223	804.223	804.223	804.223
Año 2009	774.285	773.610	773.062	772.386
Año 2010	773.171	772.233	771.804	770.866
Media 09-10	773.728	772.921	772.433	771.626

Nota: PIB en millones de euros de 2000

Fuente: Estimaciones propias basadas en simulaciones realizadas con el modelo HERMIN-España

Gráfico 11: Desglose de los efectos del gasto nuevo derivado de la implantación de la LAPAD sobre la producción real española



Nota: Diferencia en el PIB a precios de 2000 respecto al escenario de referencia (sin LAPAD)

Fuente: Estimaciones propias basadas en simulaciones realizadas con el modelo HERMIN-España



En términos de aportación a la tasa de crecimiento real, del Cuadro 24 se desprende que de las quince centésimas que suponen el plus asociado al gasto total de la LAPAD, nueve se originarían con el gasto nuevo y seis se derivarían del gasto consolidado.

4. CONSIDERACIONES FINALES

En este informe se ha ofrecido una estimación cuantitativa del orden de magnitud verosímil de los efectos que las ayudas e inversiones públicas totales realizadas para la atención a las personas dependientes beneficiarias del SAAD durante los años 2009 y 2010 puedan tener sobre variables macroeconómicas claves de España como la producción agregada, el empleo, la tasa de paro y los ratios déficit público/PIB y deuda pública/PIB. Para ello, hemos utilizado el modelo macroeconómico HERMIN-España con el fin de captar adecuadamente los distintos canales a través de los cuales se manifiestan las actuaciones públicas programadas (tanto de demanda como de las externalidades derivadas de las inversiones contempladas). Muy resumidamente, los resultados de las simulaciones sugieren:

- El gasto público en atención a la dependencia ha mantenido/generado durante los años 2009 y 2010 un total de **248 mil empleos**, (112 mil en el 2009 y 136 mil en 2010). De estos 248 mil empleos, **un total de 185 mil puestos de trabajo se han mantenido/generado en el ámbito de los servicios sociales** y 63 mil empleos indirectos en el resto de sectores productivos.
- LA LAPAD, a través **del gasto nuevo** derivado de su entrada en vigor ha creado **165 mil empleos** (72 mil en el 2009 y 93 mil en 2010). De estos 165 mil empleos, **un total de 123 mil puestos de trabajo se han creado en el ámbito específico de la atención a personas en**



situación de dependencia y 42 mil empleos indirectos en el resto de sectores productivos.

- Los efectos totales (de demanda y los debidos a la externalidad de oferta) de las actuaciones públicas contempladas para la atención a la dependencia habrían contribuido a **la reducción de la tasa de desempleo** en el año **2009 en -0,22 puntos** porcentuales, mientras que minoración se habría situado en **-0,26 puntos porcentuales en el año 2010**. Si tenemos en consideración únicamente el gasto nuevo derivado de la implantación de la LAPAD, sería responsable el gasto nuevo de un descenso de **-0,15 puntos** porcentuales en la tasa de desempleo en 2009 y **de -0,16 puntos en 2010**. Este descenso es el responsable de un ahorro muy importante en prestaciones de desempleo.
- Las actuaciones contempladas en el ámbito del SAAD habrían supuesto un incremento de la ratio de déficit público de 0,25 puntos porcentuales en el 2009 y de 0,30 puntos en el 2010. **El gasto nuevo destinado** en España a la atención a la dependencia derivada de la LAPAD sería el responsable un **incremento en la ratio déficit público de 0,16 puntos** porcentuales en el 2009 y en el año 2010 habría implicado **0,18 puntos** porcentuales de crecimiento del déficit.
- Durante 2009 y 2010 el gasto derivado de la atención a la dependencia es la responsable directa de unos **ingresos públicos de 2.707 millones de euros**, 1.222 millones en 2009 y 1.485 millones en 2010. Tomando específicamente sólo en consideración el gasto nuevo derivado de la LAPAD, se estima que durante los dos años objeto del estudio el gasto nuevo derivado de la entrada en vigor de la **LAPAD es la responsable directa de unos ingresos públicos de 1.272** millones de euros (547 millones en el año 2009 y 553 millones en el año 2010)



- Se habría producido un incremento **por impuestos directos** (Impuestos corrientes sobre la renta, el patrimonio, etcétera) cifrado en 822 millones de euros (371 millones en el año 2009 y 451 millones en el 2010). Tomando sólo el **gasto nuevo** se estima en **334 millones** (166 millones en 2009 y 168 millones en 2010).
- **Por impuestos indirectos** (Impuestos del tipo valor añadido, Impuestos y derechos sobre las importaciones y otros impuestos sobre la producción) se habrían incrementado en 744 millones de euros (336 millones en 2009 y 408 millones en 2010). Tomando sólo el **gasto nuevo** se cifra en **302 millones** (150 millones en 2009 y 152 millones en 2010).
- Las **cotizaciones sociales** habrían crecido 1.141 millones de euros (515 millones en 2009 y 626 millones en 2010). Se estima tomando sólo el **gasto nuevo** una cifra de **464 millones** (231 millones en 2009 y 233 millones en 2010).
- Durante 2009 y 2010 el gasto derivado de la atención a la dependencia ha producido un incremento de la **ratio deuda pública/PIB** de 0,32 puntos en el año 2009 y de 0,51 puntos en 2010. Tomando en consideración sólo el **gasto nuevo** derivado de la implantación de la LAPAD el gasto nuevo sería el responsable de un incremento de sólo **0,21 puntos para el año 2009 y de 0,30 puntos para el año 2010**.
- Un **19,70** por ciento de los gastos ocasionados en el ámbito del SAAD se habrían recuperado por medio de retornos fiscales de diversa naturaleza. Esta tasa de retorno (medida por ratio de deuda incremental sobre tamaño del shock) del gasto total de la LAPAD es apreciable (cerca de veinte céntimos por euro invertido).



- El efecto de las ayudas e inversiones en materia de dependencia en un incremento en los precios de la cesta representativa del consumo de los hogares españoles de 0,02 puntos porcentuales en 2009 y para el año 2010 estimamos que el aumento en precios habría sido de 0,03 puntos porcentuales. En lo referente al efecto sobre la **tasa de inflación** derivados del **gasto nuevo** en atención a la dependencia, en 2009 sería responsable de un incremento de **0,015 puntos** el gasto nuevo y para el año 2010 el aumento estaría en **0,008** puntos porcentuales en la tasa inflación.
- Si el volumen de la producción real de la economía española registró durante el período 2008-2010 una tasa media de crecimiento anual (TCA) del -1,95 por ciento (escenario con SAAD), dicha tasa habría sido más pronunciada retrocediendo hasta el -2,10 por ciento sin los efectos totales (de demanda y de oferta) de la atención a la dependencia en el ámbito del SAAD. Este diferencial de 0,15 puntos porcentuales en constituiría el plus de crecimiento económico real que se habría derivado de los efectos totales de la ejecución de las actuaciones públicas examinadas. En términos de **aportación a la tasa de crecimiento real, de las quince centésimas que suponen el plus asociado al gasto total de la LAPAD, nueve se originarían con el gasto nuevo y seis se derivarían del gasto consolidado.**



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE SANIDAD, POLÍTICA SOCIAL
E IGUALDAD

CAPITULO IV

ANÁLISIS COMPARADO EUROPEO.

CAPITULO IV. ANÁLISIS COMPARADO EUROPEO.

INTRODUCCIÓN

Se analiza la peculiaridad del modelo español de promoción a la autonomía personal y atención a la dependencia en el marco del modelo social europeo. La idea central es que el modelo español participa de la naturaleza institucional y desarrollo organizativo de los principales modelos de cuidados de larga duración de la UE, sobre todo de los que forman parte del régimen continental de Estado de Bienestar y, en menor medida, del régimen nórdico. Pero al mismo tiempo el modelo español tiene rasgos propios que hunden sus raíces en la peculiaridad de su rama de servicios sociales, el papel central de la familia en la atención de las personas en situación de dependencia y en el peso diferencial del tercer sector de acción social. Desde este punto de vista el caso español es comparable con una parte importante de los modelos nacionales de dichos regímenes de bienestar pero sólo relativamente, ya que tiene una naturaleza específica derivada de la propia historia de su política social y de su desarrollo concreto reciente dentro de un Estado Autonómico.

Para confirmar esta afirmación iniciamos este texto con una referencia a las conclusiones del estudio comparado realizado en 2005 dentro del "*Libro Blanco: Atención a las personas en situación de Dependencia en España*". Con esta referencia tratamos de enfatizar en un triple hecho: los sistemas de dependencia se han extendido y consolidado en el espacio social europeo bajo formas nacionales diferenciadas; comparten rasgos comunes en cuanto a diseño institucional, desarrollo organizativo, modo de financiación e impacto social.

A continuación analizamos los rasgos básicos comunes del modelo social europeo de cuidados de larga duración o atención a la dependencia y sus cambios recientes que confirman la construcción de sistemas mixtos en los que

tiene lugar un reparto de funciones entre las diferentes esferas de bienestar: el Estado (mediante formas de socialización del riesgo), la familia (con nuevas formas de distribución de la carga que alteran el sistema tradicional de cuidados basado en la obligación moral de la mujer), el Tercer sector (colaborando con el Estado en la prestación de servicios a la vez que da respuesta a las necesidades singulares de los colectivos en situación de exclusión social o riesgo de aislamiento) y, finalmente, el sector mercantil (colaborando con el Estado en la gestión de servicios públicos y mediante la creación de ofertas específicas para grupos de cierto nivel de renta u ofertando seguros privados de dependencia).

Después se analizan sintéticamente algunos de los principales modelos nacionales europeos de atención a la dependencia. En este punto se comparan algunas de sus variables definitorias: acceso al sistema de protección, tipología de prestaciones, financiación y gobernanza del sistema, tratando de destacar sus aspectos comunes y sus diferencias así como las tendencias recientes de cambio.

1. ANTECEDENTES. EL LIBRO BLANCO DE LA DEPENDENCIA

En el Libro Blanco sobre atención a las personas en situación de dependencia en España se abordó en el capítulo 11⁽¹⁹⁾ el análisis de un conjunto de países que por entonces, 2005, disponían de sistemas de protección social a la dependencia. Su objetivo era doble: por una parte ofrecer información para el debate previo a la elaboración del proyecto de lo que es actualmente la LAPAD sobre los diferentes modelos que podrían servir en cierto modo de referencia o adaptables tentativamente al caso español y, en segundo lugar, a la luz de los mismos, tratar de avanzar en la definición de lo que sería el modelo español que, finalmente, ha concluido en un modelo propio que puede incluirse en

¹⁹ Capítulo 11: Análisis de modelos de protección a las personas en situación de dependencia en algunos países de la Unión Europea y de la OCDE.



buena medida en el modelo continental, si bien comparte algunos de sus rasgos fundamentales (p.e. centralidad de los servicios, igualdad de género, financiación con impuestos generales) con el modelo nórdico.

En dicho texto se destacaba la importancia que para la Comisión Europea tenía en 2003 el desarrollo de los programas de atención a la dependencia (denominados siempre como cuidados de larga duración o long-term care) como parte de una estrategia común de sostenibilidad del sistema de pensiones y de garantía de sistemas sanitarios universales. En concreto, tanto para el sistema sanitario como para los sistemas de dependencia la Comisión Europea proponía un triple objetivo: cobertura universal, garantía de calidad y sostenibilidad financiera. En concreto se señalaba que: *"debe encontrarse un equilibrio entre la búsqueda de los objetivos de la calidad, el establecimiento de estándares y contención de los costes, dirigidos a menudo a nivel nacional, y la gestión y prestación de la asistencia a nivel local"*.

De la revisión realizada en 2005 de los modelos de atención a la dependencia se llegaba a las siguientes conclusiones que recogemos casi literalmente:

En primer lugar, la mayoría de los países del entorno europeo, también de países desarrollados (caso de Japón) se encuentra en un proceso de desarrollo de políticas protectoras del riesgo de dependencia de **orientación universal** condicionadas por la naturaleza de cada modelo de Estado de Bienestar. Se constata el tránsito progresivo desde modelos asistenciales a sistemas de cobertura universal. Una cobertura que, en general, se ha centrado en la población mayor de 60 años con problemas de dependencia de modo que la cobertura de la población con edades inferiores se ha realizado mediante otro tipo de programas. El proceso de envejecimiento de la población y la creciente longevidad han hecho que el grueso del volumen de las personas en situación de dependencia (tres cuartas partes) tenga más de 60 años y, sobre todo, más de 80 años (la mitad de todo el colectivo). Por ello en algunos modelos no se



contempla la protección a la población menor de 60 años (Francia), a la de menos de 40 años (Japón) o priorizan a la población mayor de 65 años (modelo alemán y holandés) sobre la base de que la población en situación de discapacidad menor de esas edades ha logrado amplios niveles de cobertura en prestaciones sociales en algunos de los países europeos con Estados de Bienestar maduros.

En segundo lugar, los diferentes modelos tienden a reconocer como **derecho social subjetivo un conjunto básico de prestaciones sociales**, moduladas en función del grado de dependencia, topadas en su cuantía, dejando abierta la posibilidad de elección entre servicios y prestaciones monetarias.

En tercer lugar, la participación de la persona afectada o su familia en el coste de la dependencia, el **copago**, es parte constitutiva de todos los sistemas de atención que como término medio viene a suponer una contribución en torno al 20 por cien del coste total del sistema. Copago que se justifica como medio para responsabilizar al ciudadano en el mantenimiento del sistema, controlar el coste y diferenciar entre los gastos de protección a la dependencia y otros gastos no asociados directamente a las prestaciones sociales, si bien todos los sistemas reconocen la ayuda asistencial para los que no tienen recursos. Los seguros privados son contemplados como medio de apoyo o complemento al seguro público pero en ningún caso como instrumento protector predominante.

En cuarto lugar, el modelo de atención tiende a establecer una diferenciación más o menos marcada entre los **sistemas sanitarios y los servicios sociales** en cuanto a atención y financiación (niveles contributivo y asistencial) con modulaciones según los diferentes sistemas nacionales. La tendencia a la coordinación entre ambos sistemas es una realidad creciente si bien los avances de integración en esta parcela de atención son hasta hoy limitados.

En quinto lugar, las **fuentes de financiación suelen ser variadas**, en la práctica una combinación de impuestos generales, cotizaciones sociales, impuestos ad hoc, fondos estatales específicos de garantía de financiación, desgravaciones fiscales y copago. Los países nórdicos financian el sistema de dependencia con impuestos generales aportados por las diferentes Administraciones centrales y locales. Los sistemas continentales basan su financiación sobre todo en cotizaciones sociales complementada con impuestos generales e impuestos regionales y locales.

Finalmente, en los modelos europeos **el sector público se responsabiliza de la regulación y financiación básica del sistema; las regiones de la planificación del sistema, acreditación de servicios e inversión en equipamientos con ayuda estatal; los ayuntamientos son la pieza clave o punto de entrada en el sistema de protección y en la organización de los servicios sociales comunitarios; el sector privado, mercantil y economía social, colabora con el Estado en la gestión de servicios sociales dentro de redes públicas en las que el sector público tiene un mayor o menor peso directo según los países.**

Como veremos a continuación, esta descripción conclusiva de los sistemas nacionales de dependencia apenas si ha variado en general en estos seis años. Los sistemas de atención a la dependencia se han consolidado, si bien se ha afianzado la presencia del sector mercantil en la gestión de servicios, se ha incrementado la responsabilidad de la familias y de las propias personas afectadas, se ha ampliado la libertad de elección de los beneficiarios entre las diferentes prestaciones y la mayoría de los sistemas están afrontando desde 2008 las tensiones financieras que se derivan de las políticas europeas de consolidación fiscal que afectan al conjunto de los gastos sociales del Estado de Bienestar.

2. EL MODELO SOCIAL EUROPEO DE ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA: NATURALEZA Y CAMBIOS RECIENTES

2.1. RASGOS GENERALES DEL MODELO SOCIAL EUROPEO DE ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA

La función social de los cuidados a personas en situación de dependencia ha recaído hasta, muy recientemente, casi en exclusiva sobre las mujeres en el contexto de modelos de bienestar que organizaban los cuidados en el seno de la familia. Las otras esferas de bienestar, Estado, organizaciones voluntarias y mercado, reservaban dicha función a la familia, solo intervenían o bien para paliar situaciones extremas de pobreza y desvalimiento (Estado y Tercer Sector) o para responder a demandas muy concretas de grupos sociales de renta elevada. Este modelo ha cambiado en profundidad en las últimas décadas empezando por los países nórdicos (década de los 80), siguiendo por los países del centro de Europa (década de los 90 y primeros años del presente siglo) y continuando por la periferia sur de Europa (ya en el presente siglo).

A partir de Lisboa 2000 la estrategia europea de protección social e inclusión social reconoce como un problema central de la política social europea el riesgo de dependencia. Un riesgo que sin dejar de ser individual y familiar tiene una naturaleza social indudable. De ahí que junto al sistema de pensiones y el sistema sanitario la atención a la dependencia forme parte de las recomendaciones y comunicaciones de la Comisión y el Consejo Europeo. Dado que las políticas sociales en su conjunto forman parte de la competencia de los Estados miembros, la UE no puede entrar en regulación alguna sino en recomendaciones, análisis, promoción de buenas prácticas y aprendizaje mutuo que impulsen aquellas ideas y prácticas que puedan ser compartidas a partir de principios comunes que, en este caso, son los de promover una cobertura



universal, de calidad y sostenible financieramente de la atención sanitaria y los cuidados de larga duración o atención social.

Esto quiere decir que sobre la diversidad de modelos nacionales de atención a la dependencia, sólo relativamente comparables o bajo el conjunto de los diferentes regímenes de bienestar, como aquí hacemos, la UE promueve acciones y políticas de convergencia cognitiva y aprendizaje institucional y social mutuo. Sí cabe señalar un común denominador general en el conjunto de los modelos nacionales: el tránsito progresivo, no concluido, desde modelos asistenciales de atención a la dependencia y programas de atención a la gran invalidez por la Seguridad Social, hacia sistemas universales que reconocen como riesgo social las distintas situaciones de dependencia. Ello supone una modificación de la división social e institucional de la atención entre las cuatro esferas de producción de bienestar en cuyo análisis entramos a continuación.

Un cambio socio-institucional en las respuestas a la dependencia que encuentra su explicación en profundas mutaciones sociodemográficas (envejecimiento, incorporación de la mujer al mercado de trabajo), cambios culturales e ideológicos (igualdad de género, corresponsabilidad en los cuidados entre las diferentes esferas de bienestar), nuevas demandas sociales adelantadas mediante las reivindicaciones de asociaciones de familias y personas afectadas (como son las de personas con discapacidad, enfermos mentales y con problemas cognitivos), avances en la investigación científica de nuevas discapacidades (que de paso contribuyen a su prevención) y, no menos importante, diferentes respuestas públicas pioneras en el campo de los servicios sociales en cuanto a prevención y rehabilitación.

Estos factores, entre otros, dan lugar a cambios de los que, según el modelo concreto de Estado de Bienestar de cada país, resultan en combinaciones variadas de Estado, familia, sociedad civil y mercado en la respuesta a las situaciones de dependencia, teniendo en cuenta que el binomio Estado y familia

sigue siendo el eje estructurante en todos los regímenes de bienestar de las políticas de cuidados de larga duración. En ese sentido la tendencia general hacia la institucionalización del riesgo no implica en modo alguno la desaparición de la responsabilidad familiar, que sigue siendo central en todos los modelos, sino el desarrollo de nuevas formas de responsabilidad familiar basadas en nuevos compromisos de reparto de la carga en el seno de los hogares con el apoyo del sector público.

1. Extensión de la responsabilidad del Estado en cuanto a regulación del derecho de acceso, gobierno del sistema protector, financiación y gestión coordinada con las Administraciones territoriales y locales así como coordinación con el sistema sanitario.

La intervención del Estado antes de los nuevos cambios en materia de dependencia se reducía a la atención asistencial de las personas sin recursos y a la acción contributiva de la Seguridad Social en las situaciones de gran invalidez. Los cambios mencionados, con su origen en el envejecimiento de la población, han superado progresivamente esa acción hacia una intervención de carácter universal. En parte como continuidad o perfeccionamiento y en parte como ruptura o nuevo planteamiento institucional los Estados europeos han definido progresivamente un modelo de intervención cuyos rasgos generales, sin entrar ahora en los matices que analizaremos en el siguiente epígrafe, se caracterizan del siguiente modo: cobertura universal basada en el derecho subjetivo, valoración de la dependencia por grados y niveles, prestaciones en servicios y de carácter económico topadas y con amplia libertad de elección por parte de las personas beneficiarias o sus tutores, gestión descentralizada con un papel significativo de las regiones y municipios, financiación mixta basada en impuestos generales, cotizaciones sociales, impuestos ad hoc y copago, provisión mixta de servicios y formas variadas de coordinación sanitaria.

Rasgos todos ellos que son compartidos por el SAAD de España.

La responsabilidad del Estado es mayor o menor en función del peso de las otras esferas de bienestar, sobre todo de la esfera familiar. Baste pensar que la obligación familiar en los cuidados tiene especiales características, por ejemplo, en el régimen continental de Estado de Bienestar a diferencia de otros regímenes que, como el nórdico, dan mayor importancia a la responsabilidad colectiva del riesgo de dependencia. Del mismo modo la familia tiene una especial responsabilidad en el régimen mediterráneo de bienestar donde la cultura de cuidados en el seno de la familia por parte de la mujer sigue teniendo un fuerte arraigo lo cual explica en parte, además de otros factores, la preferencia por las prestaciones económicas como compensación al cuidador familiar.

Desde el punto de vista de la planificación y gestión de la atención a la dependencia, todos los modelos europeos se basan en diseños descentralizados que en el caso nórdico se basa sobre todo en el municipio y en el modelo continental en las regiones. Los municipios son la puerta de entrada en el sistema y gestores de los servicios de proximidad (ayuda a domicilio, teleasistencia, entre otros). También se ha abierto paso la coordinación socio-sanitaria. Los servicios sociales y el sistema sanitario intervienen en el proceso de valoración de la dependencia y en la atención a la persona en situación de dependencia.

2. Papel relevante del Tercer Sector como voz de los colectivos sociales con mayores riesgos sociales a la vez que colaborador del Estado en la prestación de servicios en competencia relativa con el sector mercantil.

Tradicionalmente el Tercer Sector ha tenido un papel relevante en la gestión de servicios sociales de la dependencia en colaboración con el Estado y como oferta propia. A partir de las tres últimas décadas su papel ha sido relevante como voz de las personas con discapacidad y en situación de dependencia, movilizándolo a las personas afectadas y familias en sus demandas de protección

social por parte del Estado. Esta doble función de reivindicación de derechos y de prestación de servicios se ha consolidado en las dos últimas décadas si bien ésta última tiene lugar en competencia con el sector mercantil. La reestructuración del Estado de Bienestar en los últimos treinta años ha favorecido un *mix* institucional que ha promovido el papel del Tercer Sector como instrumento de intervención del Estado en la gestión de programas y servicios, a la vez que potenciado su relativa autonomía como esfera de bienestar en favor de los colectivos en situación de riesgo o excluidos. A través de las entidades sociales se ha promovido la idea central de la participación de la persona en el diseño de su plan de atención y la defensa de los derechos a la autonomía y a la dignidad.

Es decir, en los nuevos modelos de atención a la dependencia el Estado reconoce el derecho a la protección social como derecho subjetivo garantizando unas prestaciones básicas para todos los ciudadanos, interviene con programas y actuaciones complementarias para equilibrar la oferta de servicios en el territorio del Estado, favorece formas de gobernanza que potencien la coordinación y cooperación y, por último, regula la fiscalidad para favorecer las prestaciones complementarias que puedan ofertar los seguros privados. Sobre esta base tiene lugar la intervención social del Tercer Sector y la oferta mercantil en la prestación de servicios propios y en colaboración con el sector público.

En este nuevo contexto institucional el Tercer Sector social o economía social es una esfera de bienestar clave en la atención a las situaciones de dependencia en los regímenes continental y mediterráneo e incluso anglosajón, no así en el régimen nórdico donde es residual.

3. Amplio desarrollo de la oferta mercantil en la producción de servicios concertados con el Estado y propios.

La presencia creciente del sector mercantil es una consecuencia de la profunda reestructuración del Estado de Bienestar durante las tres últimas décadas. Una combinación de factores ideológicos, económicos y políticos, entre otros, han favorecido el papel del sector mercantil en la oferta de servicios sociales gestionando servicios públicos o desarrollando una oferta propia para grupos de renta elevada o con capacidad de compra de seguros sanitarios y de dependencia. La oferta mercantil ha supuesto un retroceso relativo del Tercer Sector en la gestión de servicios, sobre todo en los de tipo residencial y en los que tienen elevadas economías de escala.

Los sistemas de atención a la dependencia, muchos de los cuales nacieron en momentos de bonanza económica (como el nórdico y el continental) se han desarrollado últimamente, no digamos el modelo español, bajo la presión ideológica y financiera de la última fase de reestructuración del Estado de Bienestar y de las políticas de consolidación financiera y fiscal (2008-2011). De este modo, si bien el riesgo de dependencia (el último en ser desarrollado por el Estado de Bienestar como un derecho social) se ha consolidado y difícilmente las sociedades europeas renunciarían al mismo en el contexto actual de envejecimiento, es, al mismo tiempo, el que se ve sometido a mayores tensiones que requerirán nuevos compromisos institucionales para asegurar una socialización del riesgo que garantice niveles de igualdad básicos en los sistemas de bienestar.

4. Presencia de las familias.

Los nuevos sistemas públicos de dependencia no sustituyen a los hogares sino que, por el contrario, los refuerzan en su función social de cuidados mediante las prestaciones sociales en servicio o económicas.

Los cuidados personales pertenecen al ámbito íntimo de los hogares y son éstos los que controlan el proceso de quién, cómo y dónde tiene lugar el

proceso de cuidados. El nuevo entorno sociodemográfico ha supuesto que los hogares precisen de una cierta socialización del coste del riesgo de dependencia sin que por ello pierdan su función de cuidados. Obviamente la composición del hogar, el tipo de familia, el papel de la mujer, la ocupación de ésta y de los miembros del hogar, la oferta de servicios son, entre otros, factores que modulan la función de cuidados del hogar que en unos casos la desarrollan directamente o de manera delegada a través de cuidadoras/es, en otros son sustituidos por el sector público y, cada vez más, organizan formas mixtas de cuidados en las que el hogar y el sector público intervienen, junto a los otros actores sociales, para dar una respuesta eficaz a la necesidad de cuidados, sobre todo cuando se trata de atender la situación en el propio hogar de la persona afectada, que es la preferencia mayoritaria de las personas que sufren alguna dependencia en la inmensa mayoría de las sociedades europeas.

En este sentido, los nuevos modelos públicos de dependencia están contribuyendo al mismo tiempo a apoyar la función tradicional de cuidados pero también, y al mismo tiempo, a favorecer y dar respuesta a los cambios sociales que implica la incorporación de la mujer al mercado de trabajo y la consiguiente redistribución interna de la carga de cuidados, atención y control. De ahí que junto a las prestaciones directas en servicios o de tipo económico se hayan regulado formas de conciliación del trabajo y los cuidados a través de permisos, sin pérdida del empleo, y formas de respiro de fin de semana, mensual o anual. Como consecuencia, la variedad de formas de cuidados por la familia, directa o indirecta, dependen de múltiples factores en los que es clave el papel de la mujer tradicionalmente cuidadora así como la oferta de servicios de proximidad existente. Por todo ello, el resultado es una amplia variedad de formas familiares de cuidados o distintas combinaciones internas y externas de atender a las situaciones de dependencia.

2.2. CAMBIOS RECIENTES EN EL MODELO DE ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA: UNA SÍNTESIS

La situación y desarrollo de los sistemas nacionales de la UE de atención a la dependencia debe contemplarse de manera ambivalente, considerando al mismo tiempo sus continuidades o fortalezas y las nuevas incertidumbres que emergen de los cambios institucionales más recientes.

Entre las continuidades y desarrollos hay que señalar la consolidación de sistemas públicos de dependencia en todos los países del régimen continental y su expansión al régimen mediterráneo con España a la cabeza e Italia a la espera de una regulación nacional; la consolidación de la atención a la dependencia como estrategia europea de modernización de la protección social al mismo nivel que las pensiones y el sistema sanitario; se ha consolidado un cierto modelo europeo en cuanto a valoración de la dependencia, por grados y niveles, y realizados por profesionales del ámbito socio-sanitario y acceso al sistema protector; el progresivo desarrollo de redes de servicios públicos en las que se han integrado o con las que colaboran los servicios privados mercantiles y sin fin de lucro; se ha consolidado un modelo de cuidados orientados a cuidar y apoyar a las personas en su casa frente al modelo de tipo residencial que queda reservado a las situaciones de dependencia más graves o a las etapas finales de la dependencia; finalmente, los modelos de financiación son mixtos y combinan financiación pública, copago y desgravaciones fiscales.

Después de una larga década de despegue de los nuevos modelos de atención a la dependencia, sobre todo en los países del régimen continental durante la década de los 90 del pasado siglo, con nuevas reformas en Francia (2002) y en España (2006), los sistemas de dependencia se han visto sometidos a cambios importantes antes de la crisis económica y financiera de 2008 y, sobre todo, a

partir de ésta última. Las políticas de ajuste financiero del gasto público en pensiones y sanidad han llegado también a los sistemas de dependencia.

En este contexto, sin cambiar la actual regulación, se amplía el espacio privado en la provisión de servicios y en la elección del usuario, vía nuevas formas de fiscalidad, a dar prioridad protectora a los niveles más graves de dependencia, y al fomento de la fiscalidad como vía de complementariedad de las prestaciones públicas.

Estas continuidades y cambios son expresión a su vez de los cambios en el conjunto del Estado de Bienestar, de las tensiones institucionales que se producen en los sistemas de protección social en el marco europeo de la globalización donde los objetivos de competitividad (productividad) y cohesión social (redistribución) fluctúan entre cierta coordinación y el conflicto.

3. MODELOS NACIONALES DE ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA

En este apartado analizamos diferentes casos nacionales de atención a la dependencia en la UE enmarcados en cuatro regímenes de bienestar: nórdico, anglosajón, continental y mediterráneo. No se analizan casos nacionales de otros regímenes de bienestar, como son Europa del Este y Báltico, al tratarse de países que están en una fase asistencial en materia de protección a la dependencia. En cada caso nacional analizamos sus características generales y las tendencias de cambio reciente. En el Cuadro 1 se recogen sintéticamente los rasgos definitorios de los modelos europeos de atención a la dependencia por regímenes diferenciando dos períodos: el de despegue y desarrollo (1980-2000) y la última década de cambios (2000-2010).

3.1. Los países del modelo nórdico – Suecia, Finlandia, Noruega, Dinamarca y Holanda -,

no han regulado la atención de la dependencia mediante leyes específicas. Se trata de modelos nacionales que, con variantes entre sí, han extendido la red de servicios sociales municipales progresivamente a medida que la demanda social de atención a la dependencia fue creciendo e, incluso, anticipándose a la misma. Un caso mixto es Holanda, ya que es un modelo que tiene rasgos del modelo nórdico y del modelo continental de Seguridad Social y donde la atención a la dependencia está integrada en el sistema sanitario. Estos países fueron los pioneros en Europa en la atención a la dependencia bajo gobiernos socialdemócratas. En la década de los 80 habían logrado una amplia cobertura de servicios comunitarios y residenciales y fueron orientando la oferta pública, en su momento la única existente, hacia un modelo de atención preferente en el domicilio respondiendo a la demanda social y a exigencias de eficiencia económica.

Una revisión de los casos nacionales, Dinamarca, Suecia, Finlandia y Holanda, nos indica que efectivamente forman parte de un régimen de bienestar en el que comparten características relativamente comunes:

- Son sistemas nacionales de regulación estatal pero de gestión municipal (Dinamarca) o municipal y provincial (Finlandia, Holanda y Suecia).
- Las prestaciones sociales son preferentemente en servicios a domicilio (en Dinamarca no se construyen residencias desde hace años) que contribuyan al mantenimiento activo de la persona en el hogar. Holanda está promoviendo la sustitución de las residencias por la atención domiciliaria. La libertad de elección entre prestaciones se ha abierto paso con celeridad, sobre todo en Holanda y Suecia, de manera también creciente en Finlandia. Vivir en casa hasta cuando sea posible es la

filosofía que orienta la atención a las personas mayores en general, incluidas las que están en situación de dependencia.

- Financiación pública con impuestos locales (en torno al 90%) y subvenciones del Estado (10% aproximadamente). Copago en torno al 20% del coste total. Caso aparte es Holanda, en la que la Seguridad Social financia el 70% del coste, 20% mediante impuestos y 10% como copago. El gasto en atención a la dependencia se sitúa en torno al 1.5% en Finlandia, 2% en Dinamarca, 2.5% en Holanda y 3.5% en Suecia. Las desgravaciones fiscales por la compra de servicios privados que complementan los servicios públicos se han desarrollado a partir de 2000.
- Gestión pública con creciente gestión privada (30% del gasto en el caso de Finlandia). Libertad de elección de proveedores desde 2002 en Dinamarca y tendencias hacia la informatización y privatización de la gestión.
- La importancia de la familia en los cuidados, lejos de ser residual, se ha incrementado en los últimos años en algunos países nórdicos. Por ejemplo, en Suecia el porcentaje de personas mayores de 75 años que reciben ayuda por parte de sus hijas se ha incrementado del 22 al 33% entre 1995 y 2003. En otros, como Dinamarca, los miembros de la familia no tienen responsabilidad, ni de ayuda de atención ni financiera.

La influencia de la nueva economía supuso un cierto giro progresivo hacia nuevas políticas en las que se combinó la contención del gasto social, **muy superior a la media del gasto social de la UE**, con fórmulas de gestión mixta de servicios basada en la concertación externa y la competencia entre proveedores de servicios sociales. **Sin embargo, la apertura de la gestión al sector mercantil (el no lucrativo es residual) aún no ha reducido de**

manera significativa el peso predominante del sector público de los servicios sociales. Dinamarca es aún una excepción a este cambio. Por otra parte, el elevado grado de descentralización de los servicios sociales conlleva, como en el caso de Suecia, que las nuevas reformas tengan un carácter desigual y que mientras unos municipios favorecen una reorientación parcial hacia la gestión privada, otros continúan con el modelo público tradicional. En todo caso, se ha producido un cambio hacia un modelo cada vez más mixto en cuanto a gestión de servicios sociales, además de una mayor extensión de las prestaciones económicas.

Se trata así de una tendencia de expansión complementaria del sector mercantil sin cuestionar el sistema público, que es aún predominante. El modelo de financiación pública, con cierto copago, y la orientación a los servicios comunitarios y domiciliarios, se mantiene en el conjunto del modelo y se hace compatible con una progresiva corresponsabilidad entre Estado y ciudadano basada, en este último caso, en la libertad de elección entre prestaciones y proveedores, si bien sometida a controles públicos, a la garantía de la calidad asistencial y a los derechos de las personas.

La importancia de los municipios en el gobierno, financiación y gestión de la atención a la dependencia es central en los países nórdicos. Así, en Suecia el 85% del gasto es financiado por los municipios que tienen la competencia de la gestión de la atención domiciliaria y residencial. La responsabilidad del Estado en la garantía de la igualdad de acceso al sistema de servicios sociales (no siempre acompañada de financiación) y la autonomía de los municipios es una fuente de tensión institucional.

En algunos países, como Holanda, híbrido entre el régimen nórdico y el continental, las reformas han derivado con mayor intensidad hacia modelos de externalización de servicios y de extensión de las prestaciones económicas bajo fórmulas como el personal budget o presupuesto personal. La atención a la

dependencia surgió en 1968 como un programa de gastos sanitarios excepcionales (AWBZ), es decir, como atención sanitaria específica para las situaciones de dependencia. En 1995 se introdujo el presupuesto personal (personal budget) a partir del cual tiene lugar el desarrollo de las prestaciones canjeables en servicios o como compensación al cuidador no profesional. En 2006 tuvo lugar una segunda reforma mediante la cual el sistema amplía y consolida la externalización de los servicios sociales, favorece la atención domiciliaria frente a la residencial, refuerza la capacidad de elección del usuario, extiende el copago a la atención domiciliaria y abre la competencia en el seno del sector público de los servicios socio-sanitarios. La ley de servicios sociales de 2007 consolida estas tendencias transfiriendo el servicio de ayuda a domicilio, que estaba integrado en el sector sanitario, a los servicios sociales municipales, con lo que junto a una mayor accesibilidad del ciudadano se produce un mayor grado de discrecionalidad y una contención de costes en base a una menor intensidad protectora en horas de cuidados.

3.2. En el modelo anglosajón suele incluirse al Reino Unido e Irlanda. Aquí consideramos únicamente el modelo inglés. Se trata de un modelo asistencial con amplia cobertura de servicios en el que las propuestas de universalización han quedado bloqueadas sucesivamente desde finales de la década de los años 90 a modo de una historia interminable de reformas frustradas.

En concreto, el modelo inglés es un modelo de atención dual, ya que la protección sanitaria es universal y la atención a la dependencia asistencial. La atención a la dependencia o cuidados de larga duración (long-term care) se basa en dos pilares: prestaciones monetarias que financia la Seguridad Social para personas mayores dependientes (attendance allowance), personas con discapacidad (disability living allowance), ayudas a los cuidadores familiares (care allowance) y prestaciones monetarias para los que precisan de un

asistente personal (independent living found), en todos los casos bajo demostración de carencia de recursos. El segundo pilar son servicios sociales municipales al que pueden acceder todos los ciudadanos gratuitamente (si se demuestra carencia de recursos) o mediante el copago correspondiente.

Desde la primera reforma de los servicios sociales de 1993, el modelo inglés de dependencia se dirigió hacia la consolidación de un modelo asistencial que protegiera sobre todo a las personas sin recursos y con mayores niveles de dependencia, así como al fomento de los seguros privados mediante el incentivo de las desgravaciones fiscales. Se ha consolidado el presupuesto personal o personal budget para que la persona afectada compre los servicios entre los distintos proveedores. Por el contrario, el desarrollo de los seguros privados está siendo mucho más lento de lo previsto por los operadores de seguros ya que sólo los grupos de renta elevada pueden financiarlos.

Los intentos posteriores de reforma durante el período 1997-2011, enfocados hacia la universalización de la atención, no han prosperado. En este sentido cabe mencionar las propuestas de la Royal Commission sobre long-term care en 1999 y las propuestas más recientes del Green Paper en 2009. El modelo inglés sigue siendo un modelo asistencial ampliado y reforzado para hacer frente a las situaciones más graves de dependencia de las personas sin recursos, el resto de la población tiene que cofinanciar las prestaciones públicas en función de su renta o adquirirlas entre la oferta privada.

3.3. El modelo continental de protección social a la dependencia es el que ha acometido reformas más profundas dentro de la UE, además de España. Entre los países que han realizado cambios con cierta profundidad a partir del sistema de Seguridad Social están Austria, Alemania, Francia, Luxemburgo y Flandes. Aquí nos limitaremos a la consideración de los tres primeros países dada su especial importancia e influencia en otros modelos, como el español.

Todos ellos han afrontado dos fases de reforma: una primera de construcción de sistemas universales de dependencia en las que se reconoce el derecho subjetivo a la protección social, a la que se accede mediante valoración del grado de dependencia por el sector sanitario y social, financiados con impuestos y cotizaciones, además del copago, con prestaciones en servicios y monetarias topadas y basado en un sistema de gobernanza o de cooperación entre el Estado y las administraciones territoriales (regionales y locales). Las organizaciones no lucrativas, además del sector mercantil, colaboran en la prestación de servicios sociales públicos.

Todos estos sistemas de dependencia de tipo continental surgen en el ámbito de la Seguridad Social bajo la idea de apoyar a la familia cuidadora a quien se considera la principal responsable de los cuidados. La responsabilidad de la familia en la función de cuidados sigue siendo un factor cardinal en el diseño del sistema y tipología de prestaciones. A continuación hacemos una descripción de los modelos de Austria, Alemania y Francia que se ponen en marcha en 1993, 1995 y 1999 respectivamente.

A) Austria es el primer país del régimen continental que aprueba una ley de dependencia en 1993 que transforma el modelo asistencial en otro de cobertura universal. Al igual que el modelo alemán, la responsabilidad básica de los cuidados a las personas en situación de dependencia pertenecen al ámbito de la familia y sólo en circunstancias especiales el sistema de asistencia social se hace cargo de los cuidados, es decir, se trata de un modelo de marcada orientación familiar. Los servicios han sido gestionados hasta recientemente por organizaciones no lucrativas y, en menor medida, por el Estado, modelo que ha cambiado en los últimos años con la sustitución del primero por sector mercantil. Este modelo residual se transforma en 1993 en dos ramas de protección: a) La primera no genera un derecho subjetivo, es la rama tradicional de "servicios sociales asistenciales", financiados con impuestos

generales, que sigue vigente, bajo gestión provincial y para situaciones de apoyo social a personas no solo con problemas de dependencia sino también sin problemas de dependencia; b) La segunda rama protectora, que crea el seguro universal de dependencia en 1993, tiene una dimensión estatal, bajo el sistema de Seguridad Social, y crea una nueva rama de protección universal basada en el derecho subjetivo; se accede mediante valoración por parte de la Seguridad Social, las cotizaciones sociales financian las prestaciones, que son todas monetarias y topadas, y cuya cuantía depende del grado de dependencia (desde un mínimo de 154,2 euros para un supuesto de 150 horas de atención mensual a un máximo de 1.655,8 euros para un supuesto de 180 horas mensuales y situación de completa inmovilidad de la persona dependiente, referido a 2010). El sistema se complementa con prestaciones de conciliación con el trabajo de las personas cuidadoras, como por ejemplo permisos de hasta seis meses.

En el caso austriaco estamos, por tanto, ante un sistema de protección que se articula entre la Seguridad y la familia, siguiendo la senda histórica del propio sistema. El nuevo modelo de Seguridad Social protege a toda la población en situación de dependencia, es una extensión del sistema de Seguridad Social al que contribuye en parte el sistema tradicional de los servicios sociales en el nivel provincial mediante servicios. Las prestaciones monetarias tuvieron desde el principio un amplio apoyo por parte de las organizaciones de afectados y las familias en la medida en que facilitan la elección de su destino final. Para garantizar la sostenibilidad financiera el sistema reconoce prestaciones topadas (actualizables) que no cubren todo el coste de la atención y formas de copago en función de la renta y el patrimonio.

Las necesidades crecientes de cuidados familiares a personas dependientes ha llevado a los hogares a recurrir a personas cuidadoras inmigrantes cuya regularización ha tenido lugar desde 2007 mediante la regulación de la ayuda

doméstica de veinticuatro horas o de regularización de cuidadoras domésticas inmigrantes (Ley de Ayuda a Domicilio de 2007). Esta decisión fue consecuencia de una demanda de la mujer trabajadora austriaca que no puede hacerse cargo directamente de los cuidados pero que no renuncia a su dirección y control. Esta extensión de la responsabilidad familiar mediante delegación ha venido acompañada de nuevas prestaciones monetarias financiadas por la Seguridad Social y exigencias de formación en ayuda a domicilio mediante un curso de 168 horas que puede sustituirse por el hecho demostrado de haber trabajado 6 meses en un hogar en tareas de ayuda informal de personas dependientes.

Por lo tanto, el sistema de Seguridad Social universal únicamente concede prestaciones monetarias cuyo destino decide la persona afectada o sus familiares. Los servicios sociales de atención a la dependencia del ámbito local y provincial contribuyen al desarrollo del sistema y se nutren de sus propios recursos y de los pagos procedentes de las prestaciones económicas y otros recursos de las personas en situación de dependencia.

B) El modelo alemán se aprueba mediante ley en 1995 integrándose como el 5º pilar del sistema de Seguridad Social. Es un modelo de cobertura universal al que se accede previa valoración de la situación de dependencia que clasifica en tres grados: grave, severa y moderada. De este sistema público están excluidos los grupos de renta media-alta y alta que tienen que acceder obligatoriamente a los seguros privados (en torno al 10 por cien de la población). El reconocimiento de la dependencia es un derecho subjetivo y se materializa en unas prestaciones básicas a elegir por la persona afectada o sus familiares entre servicios y prestaciones monetarias. Las prestaciones son topadas y de hecho han estado congeladas entre 1995 y 2008 por lo que la diferencia del coste entre las prestaciones y, en su caso, los servicios, ha sido asumido por las personas dependientes, sus familias o los municipios a través de los recursos de la asistencia social en el caso de las personas sin recursos. Las prestaciones



básicas son financiadas mediante cotizaciones sociales, si bien la prestación de servicios sociales por los municipios se realiza también mediante impuestos generales y recursos propios.

El modelo alemán de dependencia está dirigido, como el modelo austriaco, a reforzar los cuidados familiares y sólo de manera excepcional los sustituye en las situaciones de dependencia de grave vulnerabilidad o inexistencia de redes familiares. Los cuidadores familiares están integrados en la Seguridad Social y hacen del trabajo de cuidados carrera de seguro. Las excedencias del trabajo por razón de los cuidados también forman parte del sistema. Si en el modelo austriaco todas las prestaciones son en dinero, en el caso alemán se puede optar entre prestaciones en servicios y en dinero. Todas ellas son topadas pero la cuantía de las primeras es casi el doble que el de las prestaciones monetarias teniendo en cuenta el coste diferencial entre ambas. A su vez, la persona afectada que opta por prestaciones sociales en servicios puede decidir entre proveedores, que en el caso alemán eran inicialmente organizaciones no lucrativas las cuales han sido progresivamente desplazadas por la competencia mercantil.

El sistema alemán ha reforzado la sostenibilidad financiera mediante un incremento de la participación de los salarios en la financiación del sistema con el fin de equilibrar un sistema deficitario. En la actualidad, la población ocupada contribuye con el 1.95% de la renta mensual de las cajas aseguradoras dividido al 50 por cien entre trabajadores y empresarios con un incremento del 0.25% en el caso de los trabajadores sin hijos.

Con una cobertura de 2.4 millones de personas, sólo el 12.5% son consideradas gravemente dependientes, el 34% como dependientes graves y el 53.5% como dependientes moderados. Las prestaciones de dependencia son complementadas con prestaciones al cuidador en forma de permisos, vacaciones y formación de cuidadores informales.

C) El **modelo francés** de dependencia, después de una primera reforma en 1997 - *Prestation spécifique dépendence* -, que no respondió a las expectativas de la población al ser dirigido a las personas sin recursos, se reforma nuevamente en 2002 mediante un sistema de cobertura universal basado en la llamada prestación de autonomía personal o *allocation personnalisée à l'autonomie* o APA y en deducciones fiscales para los que emplean cuidadores a domicilio. Este nuevo sistema (precedido históricamente por una prestación de ayuda de tercera persona creada en 1975 para personas con discapacidad, extendida después a las personas mayores de 60 años y, a partir de 1997, a toda la población sin recursos, cubre a cualquier persona mayor de 60 años en situación de dependencia reconocida. Como todos los modelos continentales, y también el español, es un modelo mixto que interrelaciona las diferentes esferas de bienestar: el Estado amplía su esfera mediante la universalización de prestaciones, la familia es protegida con mayor intensidad para que continúe su función tradicional de cuidados (obligación legal) y el mercado amplía su espacio en la prestación de servicios públicos y mediante el desarrollo de seguros privados. Los cuidados de dependencia dan prioridad a la atención domiciliaria y dejan amplia libertad para que la persona en situación de dependencia y sus familiares organicen los cuidados a los que están obligados. De este modo, los cuidados informales familiares de las personas en situación de dependencia constituyen el objetivo central del sistema.

El APA justamente tiene como objetivo reforzar los cuidados familiares que son obligatorios en Francia (el 75% de todas las personas mayores en situación de dependencia reciben cuidados por parte de sus familiares). Por esta vía no solo se refuerza el sistema tradicional de cuidados familiares sino que se contribuye a contener el coste de la atención, ya que la familia asume en tiempo y en costes de oportunidad una parte importante del mismo.



A la prestación de dependencia (APA) se accede mediante la valoración de la dependencia (escala AGGIR de seis grados, siendo los grados 1 a 4 los que dan derecho a la prestación del APA). La prestación es asignada por un equipo profesional con la intervención de la familia que puede elegir atención profesional o mediante cuidados familiares, bajo el control de los servicios sociales. Al igual que en todos los sistemas europeos las prestaciones sociales son topadas, cubren solo una parte del coste al que la persona afectada o la familia contribuye mediante el copago. Los servicios de atención a la dependencia son provistos por los sistema de servicios sociales y sanitario directamente o mediante provisión privada.

La regulación del sistema es estatal pero la planificación y provisión está bajo competencia de regiones y departamentos. Este sistema es financiado por varias fuentes de recursos: impuestos generales específicos (contribución de solidaridad general), cotizaciones de la Seguridad Social, impuestos municipales y aportaciones de los beneficiarios o copago. También existe un fondo nacional de solidaridad para la autonomía con el fin garantizar una financiación suficiente (que aporta en torno al 15% del gasto público en dependencia). Todo ello complementado por deducciones fiscales (las familias pueden deducir la mitad del coste de las personas empleadas en el hogar como cuidadoras). Modalidad ésta que favorece la opción de las clases altas y medias a favor de los cuidados a domicilio.

Todo ello viene a suponer un gasto total aproximado del 1.5% del PIB del que el sector público aporta dos terceras parte. Los seguros privados de dependencia tienen una cobertura de tres millones de personas mayores de 60 años sobre un total de trece millones con un volumen de recursos de 2.1 millones de euros, son de carácter individual o mutualista y su objetivo es cubrir la diferencia del coste entre la atención pública topada y el coste real de los servicios.

Como en todos los modelos descentralizados tres son los problemas que afectan a la eficacia del sistema: bajos niveles de coordinación entre Administraciones verticales, las diferencias de oferta de servicios y modos de regulación entre regiones y municipios, parte de las cuales tienen sus raíces en las diferencias históricas existentes entre los servicios sociales regionales y municipales y, finalmente, los desajustes que se producen como consecuencia de la intervención de los sistemas sanitario y los servicios sociales. Una fragmentación, con raíces históricas institucionales, que el nuevo sistema trata de superar. La ola de calor de 2003 aceleró la coordinación entre sanidad y los servicios sociales, puso en marcha un sistema de alerta epidemiológica y reforzó financieramente el sistema de dependencia mediante la creación de una caja nacional de solidaridad para la autonomía (Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie) financiado con cotizaciones sociales de los empresarios a cambio de sustituir un día de vacaciones por otro de trabajo, un impuesto sobre la propiedad (0.3% de su valor catastral) y el 0.1 del impuesto sobre la renta. Reformas todas ellas dirigidas a garantizar la sostenibilidad financiera del sistema de dependencia y acelerar la coordinación entre sanidad y los servicios sociales en este ámbito.

3.4. El régimen mediterráneo de atención a la dependencia, comprende el conjunto de países del Sur de Europa en los que históricamente la familia tiene un papel central en la función de cuidados y el sector público intervenía de manera subsidiaria y asistencial. Este modelo histórico ha tenido que hacer frente, sobre todo en los casos de España e Italia, que aquí consideramos, a profundos y rápidos cambios sociodemográficos en los que han venido a coincidir un intenso envejecimiento de la población, la aceleración de los cambios en las funciones tradicionales de la familia y una progresiva integración laboral de la mujer. Reflejo de estos cambios son las crecientes demandas sociales en favor de nuevas formas de ayuda y protección social a

las situaciones de dependencia. La familia sigue haciéndose cargo de los cuidados pero demanda prestaciones que hagan compatible la función de cuidados con la inserción laboral de las mujeres cuidadoras y formas de conciliación entre cuidados informales y empleo ordinario que favorezcan repartos más igualitarios de la carga de cuidados entre hombres y mujeres. Como veremos a continuación, en el Sur de la UE sólo España ha desarrollado una reforma en profundidad, mientras que Italia, a pesar de su elevada tasa de cobertura de la población mayor de 60 años con problemas de dependencia, no la ha emprendido.

Italia no dispone de un sistema universal de atención a la dependencia como el español, pero sí ha desarrollado un conjunto de prestaciones de apoyo a la familia sobre el que pudiera construirse en el futuro un sistema universal que articule las actuales políticas regional y estatal de atención a la dependencia. De facto, Italia ha ampliado progresivamente un sistema asistencial que no ha concluido aún en otro de tipo universal. En 1980 se aprueba una prestación monetaria por ayuda de tercera persona para personas con grave discapacidad menores de 65 años (*indennità di accompagnamento*) financiado por la Seguridad Social. Esta prestación se extiende en 1988 a la población mayor de 65 años con grave discapacidad. Desde dicho año la extensión de la cobertura mediante una prestación única, que no se modula por niveles de dependencia ni requiere prueba de ingresos, ha sido impresionante en la población mayor de 65 años. De los 1,7 millones de beneficiarios existentes en la actualidad, la población mayor de 65 años es el 83 por cien del total de beneficiarios y casi el sesenta por cien tiene 80 y más años. Esta extensión asistencial de la prestación (472 euros en 2009) es un sistema de compensación del cuidado informal y un medio también para remunerar a las empleadas domésticas, en su mayoría mujeres inmigrantes e, incluso, para financiar parte del coste de servicios formales públicos o privados.

El modelo italiano completa su cobertura con los servicios sociales municipales y regionales, de base asistencial, externalizados hacia empresas y organizaciones no lucrativas y mediante una extensa delegación de los cuidados a las mujeres inmigrantes por parte de las familias y las mujeres trabajadoras, que mantienen la dirección y control de los cuidados. Una parte de dichas cuidadoras inmigrantes está regularizada y otra parte en situación irregular. Se trata de un modelo en proceso de cambio pero con una arquitectura incompleta. La paradoja del modelo italiano es que habiendo logrado un notable grado de cobertura mediante la prestación monetaria única de dependencia (el 24 por cien de la población mayor de 65 años) y un gasto público importante en esta prestación, más de medio punto porcentual del PIB, no ha dado el salto hacia un modelo universal que articule los recursos y prestaciones de los diferentes niveles de gobierno existentes bajo una regulación estatal. A pesar de un importante nivel de gasto público en dependencia que alcanza el 1.7% del PIB (incluyendo el gasto sanitario), los problemas de coordinación entre Administraciones y las amplias diferencias regionales en recursos y prestaciones frenan el proceso de coordinación imperativa.

4. CONCLUSIONES

La atención a la dependencia es el último desarrollo en materia de política social en una parte creciente de los países miembros de la UE. Es la respuesta a un riesgo social en base a un derecho subjetivo. El proceso de envejecimiento de la población, las demandas de calidad de vida, los cambios en el seno de la familia tradicional y la incorporación de la mujer al mercado de trabajo, así como los procesos de reestructuración del Estado de Bienestar, han conducido al desarrollo en el espacio social europeo de sistemas de atención a la dependencia y de apoyo a la autonomía. Junto con las pensiones y la atención



sanitaria constituye la triada de la estrategia europea de protección social junto a la inclusión social.

Los diferentes sistemas han ordenado sus programas sociales de tipo asistencial (para personas en situación de dependencia muy frágiles y sin recursos) o contributivo (gran invalidez debido a accidentes laborales) en un sólo sistema que supere la fragmentación institucional y la desigualdad de acceso mediante sistemas de regulación nacional del derecho social a la protección, organizando el gobierno multinivel para su gestión y asegurando la financiación de unas prestaciones básicas para todo ciudadano que son complementadas en el plano de los gobiernos regionales y locales.

Los sistemas de dependencia no sustituyen los cuidados informales realizados por los hogares, por el contrario, los refuerzan en cierto modo a la vez que ponen también las bases para un desarrollo social que facilite el reparto de la carga de los cuidados en el seno de los hogares y entre hombres y mujeres, así como una socialización del riesgo.

Los nuevos sistemas de dependencia son mixtos, teniendo las siguientes notas comunes, compartidas plenamente por el SAAD español:

- El Estado regula el conjunto del sistema, garantiza unas prestaciones básicas, reequilibra las políticas regionales y locales y se responsabiliza de la regulación y financiación básica del sistema.
- Las regiones de la planificación del sistema, acreditación de servicios e inversión en equipamientos con ayuda estatal;
- Los ayuntamientos son la pieza clave o punto de entrada en el sistema de protección y en la organización de los servicios sociales comunitarios;

- El sector privado, mercantil y economía social, colabora con el Estado en la gestión de servicios sociales dentro de redes públicas en las que el sector público tiene un mayor o menor peso directo según los países.
- Las familias siguen siendo estructura central en el sistema de cuidados.
- La garantía de unas prestaciones básicas no cubre el coste de los cuidados, de ahí que el copago sea una de las fuentes de financiación, si bien es en conjunto la menor.
- La libertad de elección del usuario ha propiciado un desarrollo de las prestaciones monetarias en detrimento de los servicios. Este desarrollo es objeto de debate por parte de los sindicatos y determinadas organizaciones sociales en la medida en que refuerza el papel tradicional de la mujer cuidadora y no facilita la creación de empleo en el sector de los servicios sociales.

El sistema español para la autonomía y atención a la dependencia (SAAD) que se desarrolla en enero de 2007 a partir de la entrada en vigor de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, ha supuesto una reforma profunda de la atención a la dependencia en España. El caso español es un ejemplo de modelo en el que se combina la tradición institucional en la atención a la dependencia– la inclusión del SAAD en el sistema de servicios sociales autonómicos y locales – con nuevos enfoques de universalización y garantía de un mínimo nivel de protección en todo el territorio del Estado.

El SAAD ha permitido la transición de un modelo típicamente mediterráneo de cuidados de larga duración a un modelo propio que puede incluirse en buena medida en el modelo continental (modos de valoración y acceso), si bien comparte algunos de sus rasgos fundamentales (p.e. centralidad de los servicios, igualdad de género, financiación con impuestos generales) con el



modelo nórdico, manteniendo finalmente un papel importante de las familias en el sistema.

Por tanto podemos decir que hoy el sistema español ha superado el modelo mediterráneo de cuidados para estar plenamente integrado en los modelos europeos más avanzados de protección a la dependencia. Se trata de es un modelo complejo de atención a la dependencia que responde a la nueva generación de derechos sociales y a la estrategia europea de cuidados de larga duración, donde la cobertura del riesgo se comparte entre varios agentes institucionales y sociales, personas afectadas y cuidadores familiares; se garantiza una cobertura universal en base a prestaciones básicas topadas con un mínimo garantizado por el Estado para todo ciudadano en situación de dependencia; se planifica y gestiona de manera descentralizada; la provisión de servicios es mixta en un marco de creciente competencia entre los sectores mercantil y la economía social; canaliza las reivindicaciones y demandas sociales mediante un amplio sistema de participación de los agentes sociales y económicos y las ONG en sistemas consultivos.



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE SANIDAD, POLÍTICA SOCIAL
E IGUALDAD

CAPITULO V.

SISTEMA DE INFORMACIÓN.

CAPITULO V. SISTEMA DE INFORMACIÓN.

INTRODUCCIÓN

A partir de la información recogida en el Sistema para la Información del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SISAAD), se ha procedido a realizar un análisis socio-demográfico de los datos existentes.

Como punto de partida, y con anterioridad a emprender cualquier tipo de análisis, conviene no obstante realizar importantes matizaciones. Así, y como punto de partida, debe tenerse muy presente que la información manejada tiene su origen en los datos suministrados por las propias comunidades autónomas, que en definitiva se trata de las administraciones que poseen la competencia en materia de asuntos sociales, y por ende le corresponde a las mismas el desarrollo y gestión de la Ley de Dependencia en sus respectivos ámbitos territoriales. En segundo lugar, y en relación a los datos manejados, debe resaltarse que la calidad de los mismos no resulta similar en todos los momentos desde la implantación de la Ley de Dependencia. Ello es así, por una parte, porque al inicio del despliegue de la Ley apenas existía información que se pudiese suministrar, toda vez la gestión de la ley se encontraba en sus primeros pasos. Y por otra parte, no todas las comunidades autónomas han mostrado una diligencia similar a la hora de informar sobre su gestión realizada, por lo que existen determinados campos donde la información es escasa e incluso inexistente. Además, debe tenerse en consideración que muchas comunidades cuentan con sus propios sistemas informáticos, hecho que en ocasiones produce importante dilaciones en la remisión de la información.

Por todo ello, y en aras, a contar con una información lo más fiable posible, en el presente informe se ha optado por seguir un método basado en la creación de tres años desplazados, formados por el segundo semestre del primero y el primer semestre del segundo; así, el primer año comprendería el segundo

semestre del 2007 y el primero del 2008; el segundo el segundo semestre de 2008 y el primero de 2009; y por fin el último el segundo semestre de 2009 y el primero de 2010.

Una vez expuesto lo anterior, para analizar la información recogida se ha seguido los diferentes pasos que componen el procedimiento para el reconocimiento de la situación de dependencia, y los correspondientes servicios y prestaciones que pudieran corresponderle a la persona beneficiaria: la solicitud de reconocimiento, la valoración de la persona, la emisión del dictamen técnico, y el reconocimiento y efecto de las prestaciones. Además, debe analizarse asimismo otra serie de variables, tales como las características de las personas beneficiarias, así como las posibles revisiones del grado y nivel o de las prestaciones.

1. EL ACCESO AL SISTEMA

El acceso al SAAD se produce mediante la presentación de la correspondiente solicitud, bien sea por la propia persona que entiende que se encuentra en situación de dependencia, bien por parte de sus representantes, familiares y figuras afines (por ejemplo, guardador de hecho). En todo caso, no resulta posible que el procedimiento para el reconocimiento de la situación de dependencia se ponga en marcha de oficio por parte de las administraciones públicas).

Un análisis del perfil del solicitante nos muestra dos grandes realidades: una que la dependencia resulta mayoritariamente femenina; y otra, que incide de manera más acusada en las personas de edades más avanzadas.

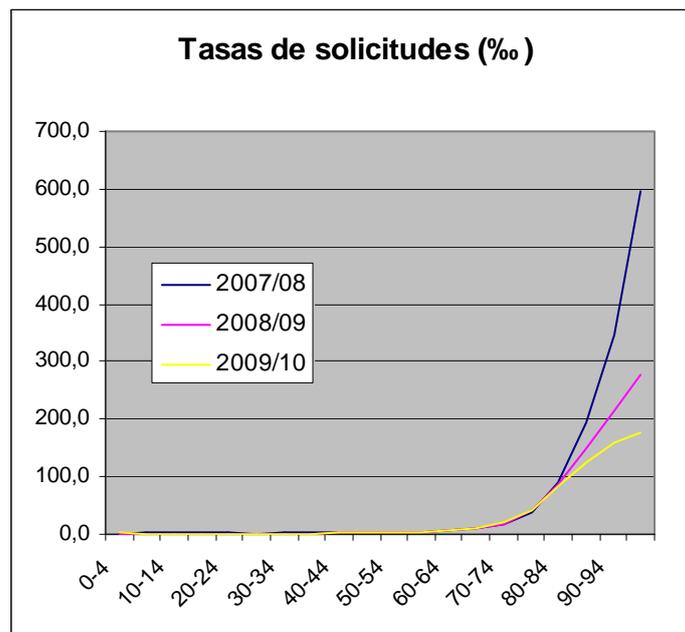
Respecto de la primera de las afirmaciones, se puede comprobar cómo desde el inicio de la implantación de la Ley la tasa de solicitudes presentadas por mujeres ha venido siendo el doble que la de los hombres. En este sentido, los

porcentajes de solicitantes por sexo se han visto siempre cercanos a un 66% de mujeres, frente a un 33% de varones.

Y en relación con la edad del solicitante, se puede apreciar como la gran mayoría de las solicitudes se corresponden con las personas de edad más avanzada. De hecho, el colectivo que se corresponde con las personas de más de 80 años supone ya más de la mitad de las solicitudes presentadas.

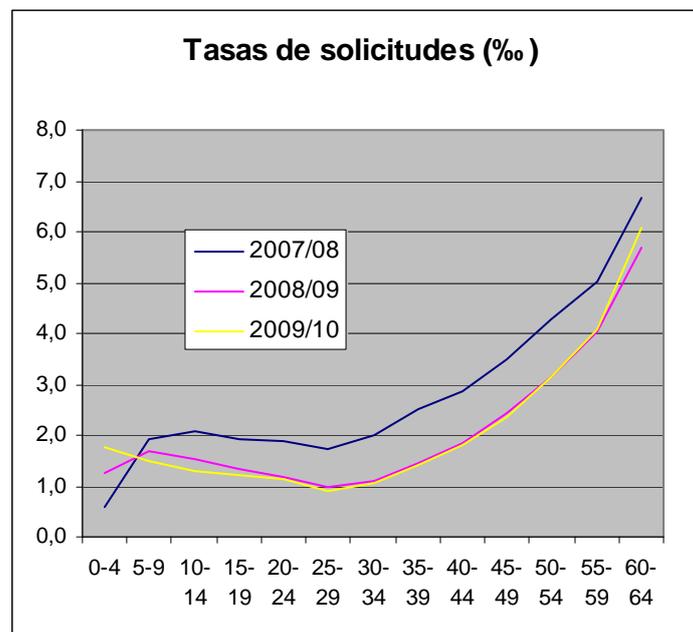
Disponiendo de estas categorías estándar, podemos compararlas con las poblaciones totales para calcular la frecuencia de las demandas en los distintos grupos de edades, que aparecen representadas en los dos gráficos siguientes.

De esta manera, en el primero de los cuadros se ha recogido una comparativa del volumen de solicitudes en los diferentes tramos de edad, tomando periodos quinquenales (cinco años). Resulta patente cómo en los tramos de edad más cortos apenas registran solicitudes, en comparación con las tasas que se pueden apreciar en los tramos de edad más elevados.



Resulta asimismo evidente cómo la tasa de solicitudes relativa a los tramos de edad más elevados se encuentran básicamente ligados al primero de los períodos tomados en consideración (2007/2008), lo que refleja como en un primer momento se han presentado solicitudes relativas a las personas más mayores, y con una probabilidad más elevada de encontrarse en situación de dependencia.

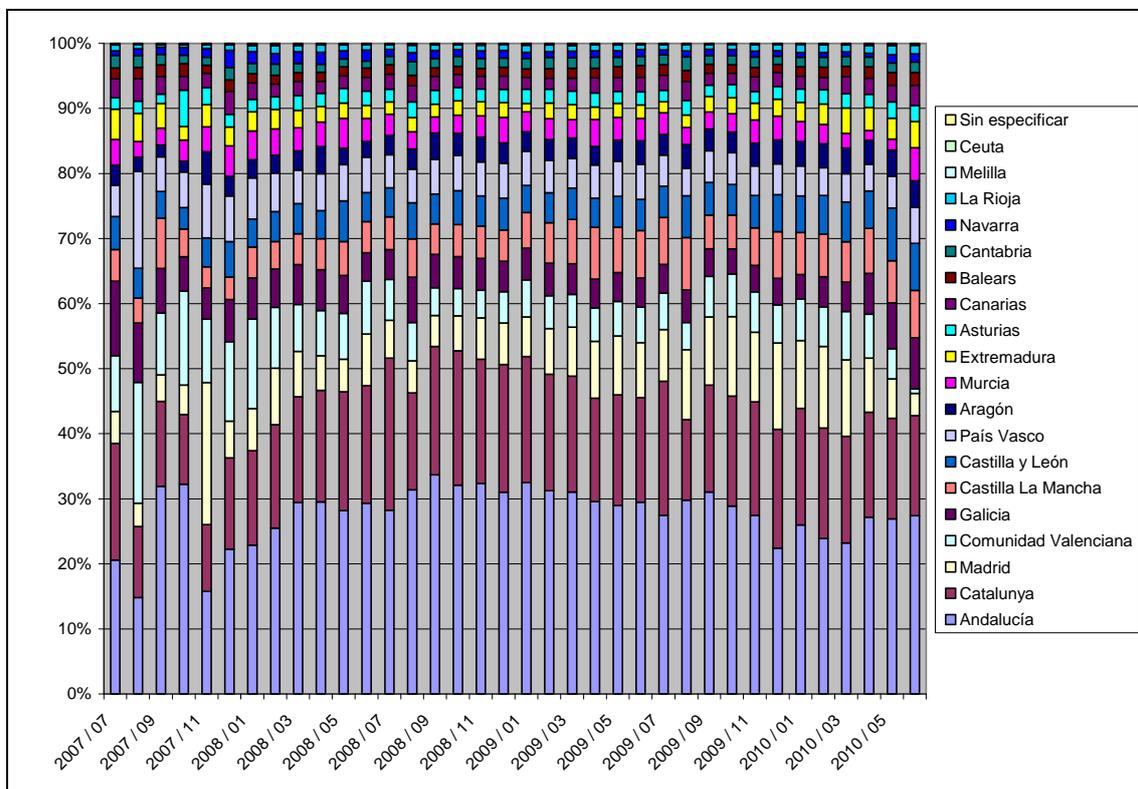
A mayor abundamiento, y puesto que en anterior cuadro no resulta apreciable, en la siguiente tabla se recoge un estudio en particular de los tramos de edad más bajo, lo que pone aún más de relevancia la escasa incidencia que supone en relación con la totalidad del volumen de solicitudes presentadas.



En relación con la presentación de solicitudes en las diferentes comunidades autónomas, y poniéndolo en relación con la cifra en términos absolutos del número de solicitudes presentadas en el territorio nacional, se observa un cierto

orden de acuerdo a su tamaño poblacional: primero Andalucía, que representa algo menos del 30% del total, luego Cataluña con un máximo del 20%, Madrid, con entre un 5 y un 10%, la Comunidad Valenciana, con un 5%, etc. En este sentido se puede apreciar unas proporciones más o menos homogéneas, con pequeñas variaciones debidas al diferente ritmo de gestión realizada por parte de las diferentes comunidades.

Solicitudes por meses y CC. AA. (2007-2010) en porcentajes



La segunda forma de comparación se realiza mediante el cálculo de unos ratios por comunidades que tiene en cuenta su composición por edad, de forma que si el comportamiento de su población fuera idéntico al de la población española en su conjunto el índice tomaría el valor de 0, en tanto que los valores

negativos y positivos miden el porcentaje por debajo o por encima en relación con la media española.

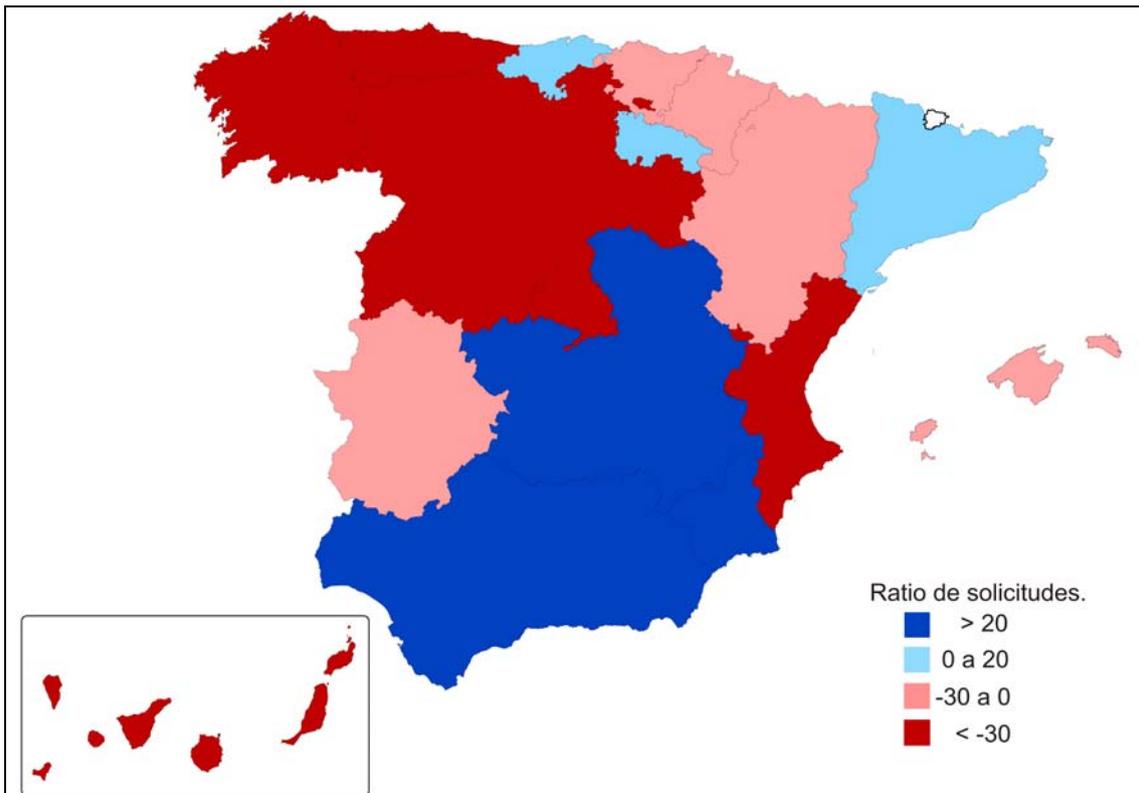
En la Tabla 49C se pueden apreciar las magnitudes, referentes a los períodos temporales en que se basa el presente análisis, de cada una de las comunidades, por lo que puede apreciarse de esta manera las variaciones existentes en las solicitudes presentadas, en comparación con un término medio como es la media nacional.

De esta manera, si revisamos las comunidades con ratios positivos, aparece de forma destacada Andalucía, con cifras reales que superan entre un 70% y un 105% las esperadas en función de su estructura demográfica; el valor más alto corresponde a 2008/09, pero la caída posterior conduce a un índice aún superior al del primer período.

También destaca por arriba la Región de Murcia, con valores decrecientes del ratio (53%, 29%, 13%), lo que indicaría que su población aproxima su comportamiento al de la media española. El País Vasco empieza presentando un índice elevado en 2007/08 (26%), para igualarse a la media en 2008/09 y caer por debajo a continuación (-13%). En el caso de Extremadura, el valor inicial (16%) se convierte en negativo en 2008/09 (-22%) para recuperarse en la etapa final (8%). La ciudad de Melilla, con una población total considerablemente inferior, presenta valores positivos durante los dos primeros años (20%, 33%) para igualarse a la media española en el último. La Rioja muestra valores positivos y crecientes a lo largo del período (5%, 13%, 33%).



Mapa 1: Ratios de solicitudes por CC. AA. 2008/09

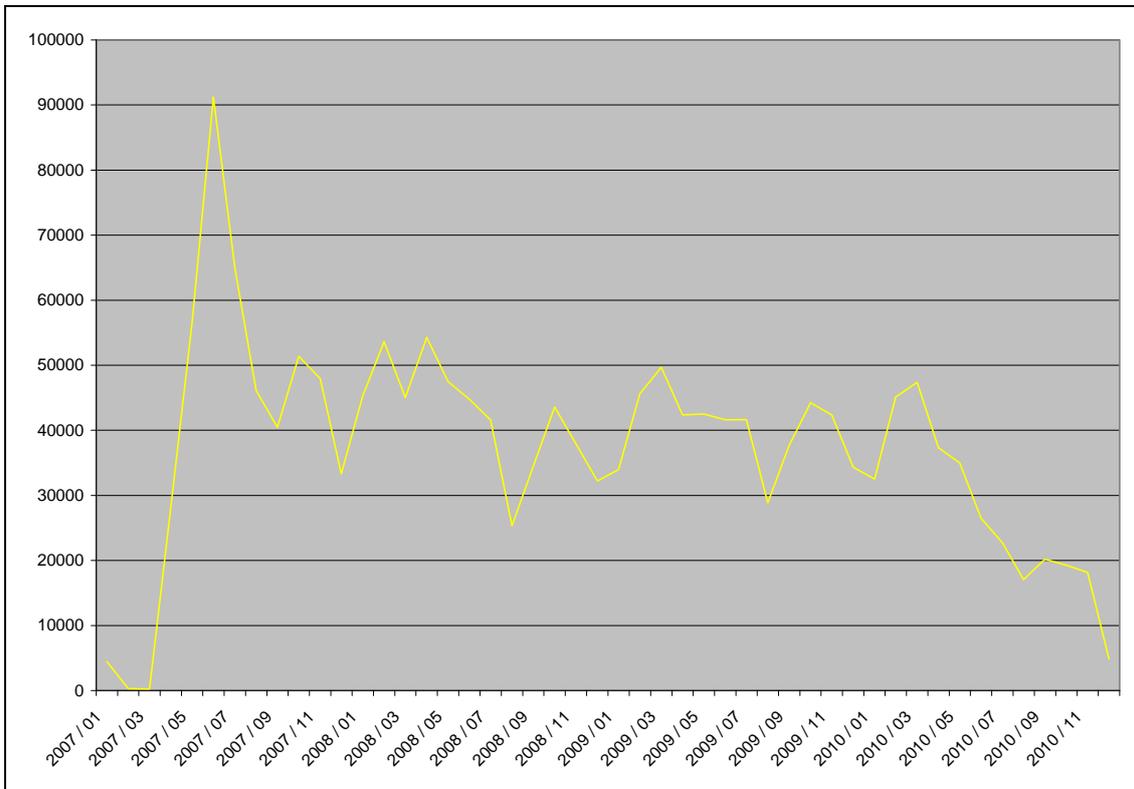


En el punto de equilibrio aparece Cantabria, que se aleja un máximo del 5% con respecto a la media española en el año intermedio. Tampoco se halla lejos Cataluña, aunque con oscilaciones mayores: empieza por debajo de la media y en seguida la supera moderadamente. Castilla-La Mancha muestra una pauta similar, pero de forma más acentuada, ya que el ratio alcanza el 33% en el último año. Aragón comienza bastante por debajo de la media (-20%), para equipararse con ella al final.

El resto de comunidades se sitúa de forma generalizada por debajo de la media española, destacando Castilla y León y Madrid cuyos ratios están por debajo del -40% en 2007/08, se mantienen en valores similares al año siguiente y evolucionan lentamente hacia la media en 2009/10, aunque aún lejos de alcanzarla. Asturias, Baleares y Canarias presentan ratios iniciales en torno al -25%, con escasas o nulas ganancias en el período, si bien en las tres es 2008/09 el momento más bajo. El caso de Galicia es similar, salvo por el hecho de que esta comunidad empieza menos mal (-15%) y acaba algo peor (-37%).

Solicitudes por meses (2007-2010)

En el gráfico siguiente se puede apreciar la evolución en el número de solicitudes presentadas desde el inicio de vigencia de la Ley de Dependencia. Resulta apreciable cómo durante los primeros meses el volumen de solicitudes no resulta demasiado elevado, lo que se debe en gran medida a que el sistema se encontraba aún en fase de desarrollo. Una vez superado el primer semestre de 2007, donde se llegaron a superar las 90.000 solicitudes, se observa una fase estacionaria (valores entre 30.000 y 50.000 solicitudes), con cierta tendencia a decrecer en el número de solicitudes. Ello se debe en parte a que la gran mayoría de personas en situación de dependencia ya han presentado la solicitud y se encuentran atendidas, sobretudo en el caso de las personas en situación más grave.



2. VALORACIÓN DE LA DEPENDENCIA Y EMISIÓN DEL DICTAMEN.

Una vez presentada la correspondiente solicitud, se procede a valorar a la persona solicitante, en orden a determinar la existencia de la situación de dependencia. En este sentido, la Ley recoge la existencia de tres diferentes grados de dependencia, en función de las necesidades de apoyo existentes y las dificultades para llevar a cabo las actividades básicas de la vida diaria (ABVD). Así, nos encontramos con el Grado III o Gran Dependencia; el Grado II o Dependencia severa; y el Grado I o Dependencia moderada. Asimismo, cada grado se divide en dos niveles, de forma que el nivel 2 dentro de cada grado supone una mayor situación de dependencia.

De esta manera, y una vez definidas las situaciones de dependencia, resultaba necesario contar con un instrumento adecuado de valoración único y común

para todo el territorio nacional, que permitiese determinar el correspondiente grado y nivel de la situación de dependencia. Así, se promulgó el Real Decreto 504/2007, de 20 de abril, por el que se aprueba el baremo de valoración de la situación de dependencia establecido por la Ley 39/2006.

Se trata esta de una norma en que se recogen dos diferentes instrumentos para realizar la valoración de las situaciones de dependencia: el baremo para la valoración de la situación de dependencia (BVD), y la escala de valoración específica para menores de tres años (EVE). En todo caso son los únicos instrumentos mediante los que se puede llevar a cabo la valoración de la situación de dependencia, sin que resulte posible la aplicación de otro tipo de instrumentos o escalas de valoración.

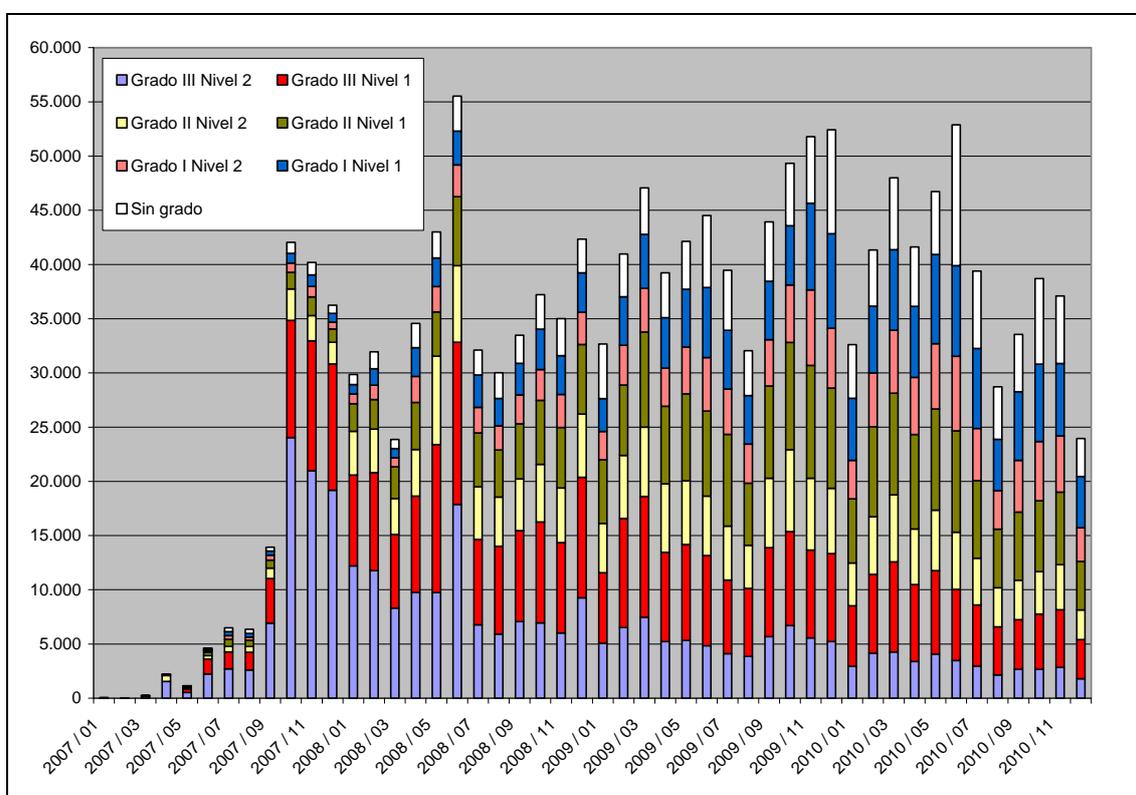
Además, el mismo Real decreto 504/2007 reconoce efectividad del reconocimiento de la situación de dependencia de quienes tengan reconocida la pensión de gran invalidez o la necesidad de ayuda de tercera persona. En el supuesto de las personas que tengan reconocido el complemento de gran invalidez, mediante la aplicación del baremo, se establecerá el grado y nivel de dependencia de cada persona, garantizando, en todo caso, el grado I dependencia moderada nivel 1. Y en lo que se refiere a quienes tengan reconocido el complemento de necesidad de tercera persona, se establece la aplicación de la correspondiente tabla de homologación, determinándose la situación de dependencia en función de la puntuación que se hubiese obtenido en su día al reconocerse el mencionado complemento.

Una vez llevado a cabo la correspondiente valoración, el resultado de la misma se plasma mediante la aprobación del oportuno dictamen. En este dictamen se recoge la puntuación obtenida mediante la aplicación en la valoración del correspondiente instrumento de valoración, indicando el grado y nivel de la situación de dependencia de la persona valorada, o la inexistencia de situación

alguna de dependencia (es decir, no se llega al mínimo de puntos establecido para el Grado I Nivel 1, por lo que resulta un dictamen “Sin grado”).

En este cuadro se refleja el número total de dictámenes emitidos por cada mes, indicando qué parte de los mismos se corresponde con los diferentes grados y niveles de la situación de dependencia.

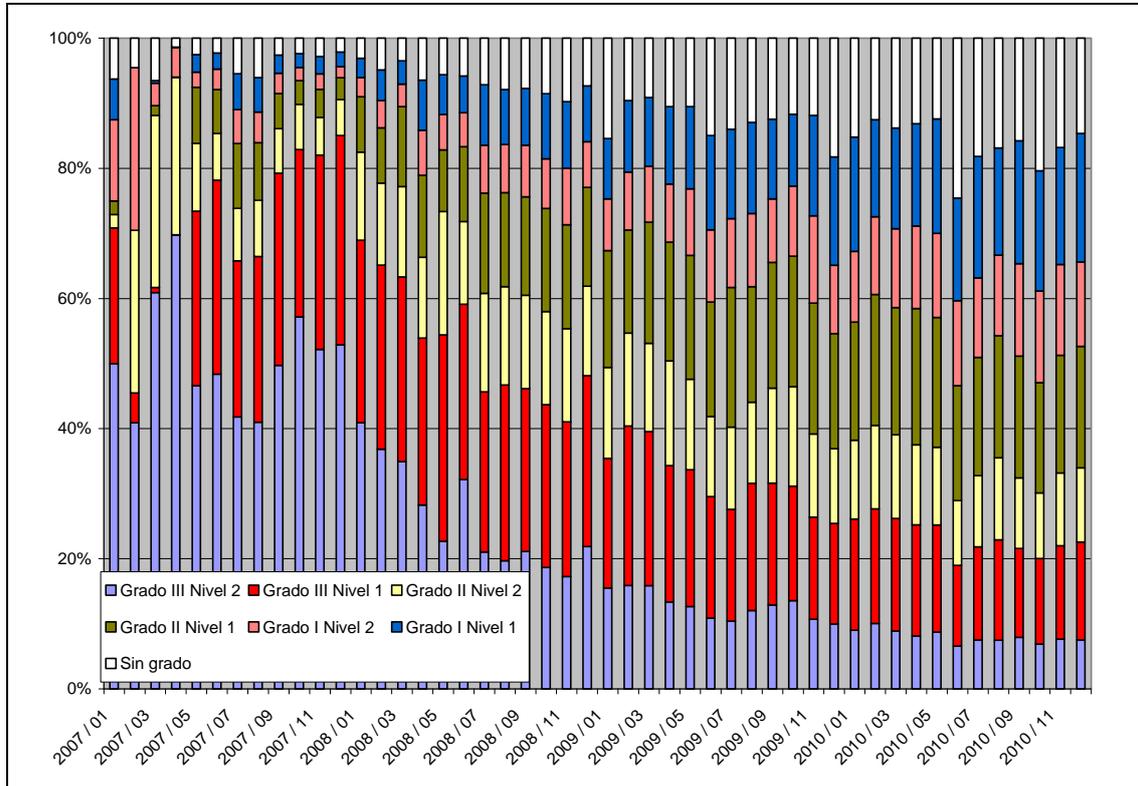
Dictámenes por meses según grado y nivel (2007-2010)



Y en este cuadro se establece los tramos porcentuales que, sobre el total de dictámenes dictados cada mes, suponen los distintos grados y niveles recogidos en los mismos.

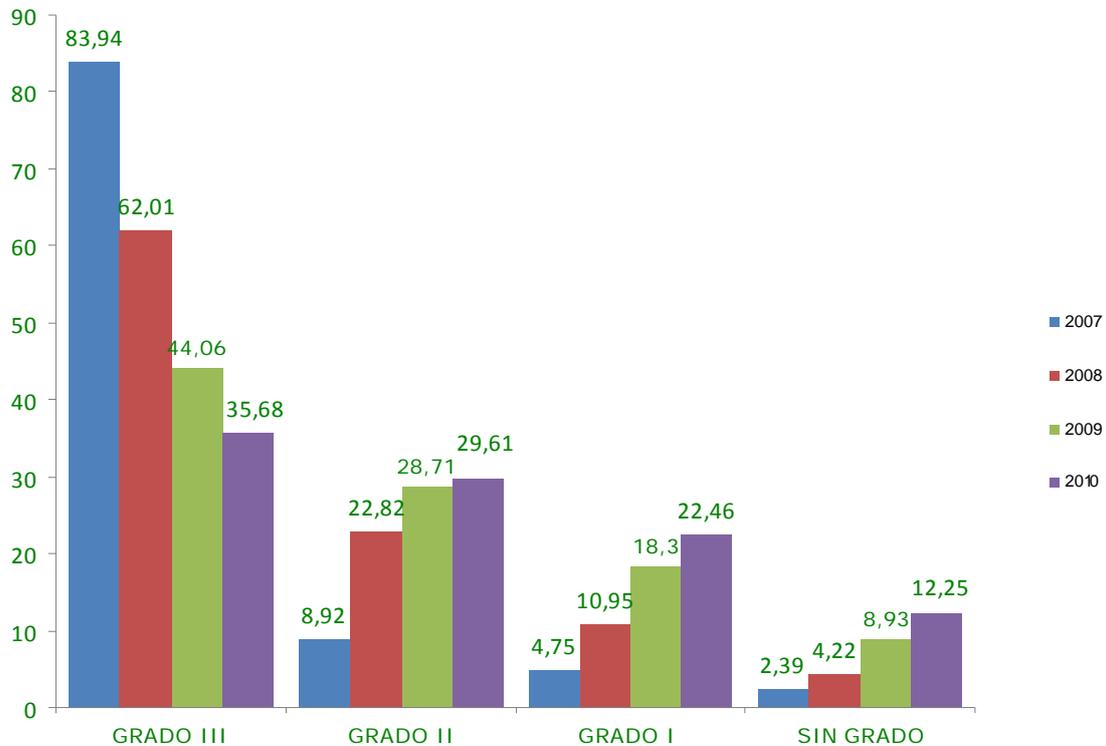


Dictámenes por meses según grado y nivel (2007-2010) en porcentajes



Un análisis conjunto de la información recogida en estos cuadros nos indica cómo en los primeros compases del desarrollo del Sistema apenas se producían dictámenes. Y en segundo lugar, resulta muy apreciable cómo ha ido evolucionando el resultado global de los dictámenes: con el paso del tiempo, los dictámenes referidos a las situaciones más graves de dependencia (Grado III) han ido paulatinamente perdiendo fuerza, mientras aumentan el volumen de los dictámenes que reflejaban una situación de dependencia asociada a los grados y niveles más bajos.

En la siguiente gráfica, relativa al período comprendido entre 2007 y 2010, se aprecia con mayor nitidez esta tendencia:



Así, resulta más que evidente la evolución a la baja del Grado III, que constituía casi el 90% de las valoraciones en el año 2007, y que de manera progresiva ha perdido peso, llegando a caer hasta un 35% en el año 2010. Por contra, el resto de grados y las valoraciones sin grado han experimentado una continua evolución ascendente. Se trata de un proceso cuya tendencia se mantendrá en el futuro, acentuándose aún más con la sucesiva incorporación de los grados más bajos.

Se trata esta de una tendencia que se puede explicar desde diferentes puntos de vista. En primer lugar, y como se apuntaba anteriormente, porque la atención de las personas en situación de dependencia se ha priorizado, atendándose primero a aquellas personas que se encontraban en una situación más grave, es decir, en una situación de dependencia de Grado III en sus diferentes niveles, por lo común personas de edad muy avanzada. De esta

forma, una vez atendidas las personas con grados más altos, se pasará a atender a las personas de grados menos elevados. Y en segundo lugar, resulta importante también resaltar que conforme se desarrolla el Sistema, se produce una aplicación con más precisión de los instrumentos de valoración de la dependencia (BVD y EVE), a causa de la experiencia ya acumulada en su manejo, lo que produce una mejora en la calidad de las valoraciones realizadas, de manera que las mismas se ajustan con mayor exactitud a la realidad de las personas valoradas.

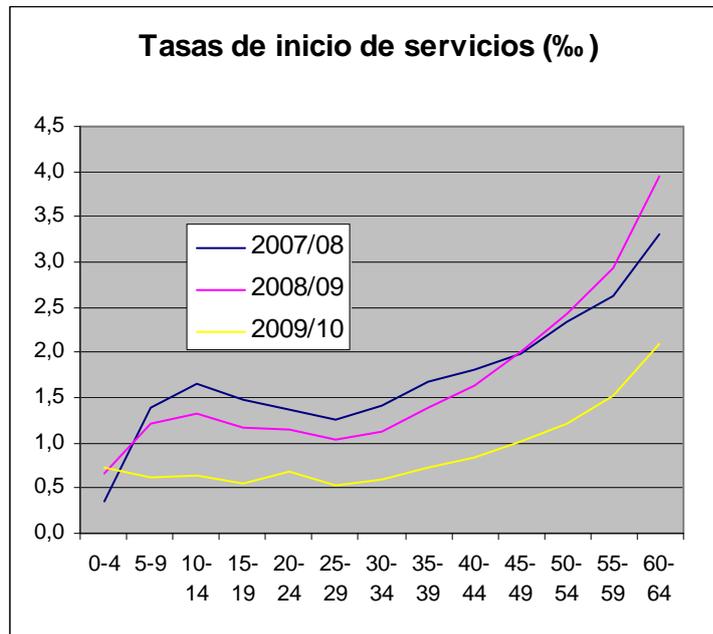
3. EL INICIO DE LA PRESTACIÓN

Tras el reconocimiento de la situación de dependencia, en aquellos casos en que en el correspondiente dictamen se haya recogido la existencia de un grado y nivel que ya se hubiera incorporado al Sistema, procede elaborar el Programa Individual de Atención (PIA). Se trata en este punto de determinar la prestación o prestaciones que le puedan corresponder a la persona beneficiaria, teniendo en cuenta para ello las que mejor se adecuen a sus necesidades de atención. De alguna manera se culmina aquí el procedimiento iniciado mediante la correspondiente solicitud, que finaliza con el reconocimiento de la prestación o prestaciones que proceda.

En relación con la incorporación al Sistema de las personas beneficiarias con prestación ya reconocida, en las siguientes gráficas se puede observar la relación entre estas incorporaciones y los períodos temporales objeto de estudio, distribuidos por edades de las personas beneficiarias. Como ya se ha hecho anteriormente, se recoge un gráfico general, y otro en que se analiza con detalle los tramos de edad más bajos:

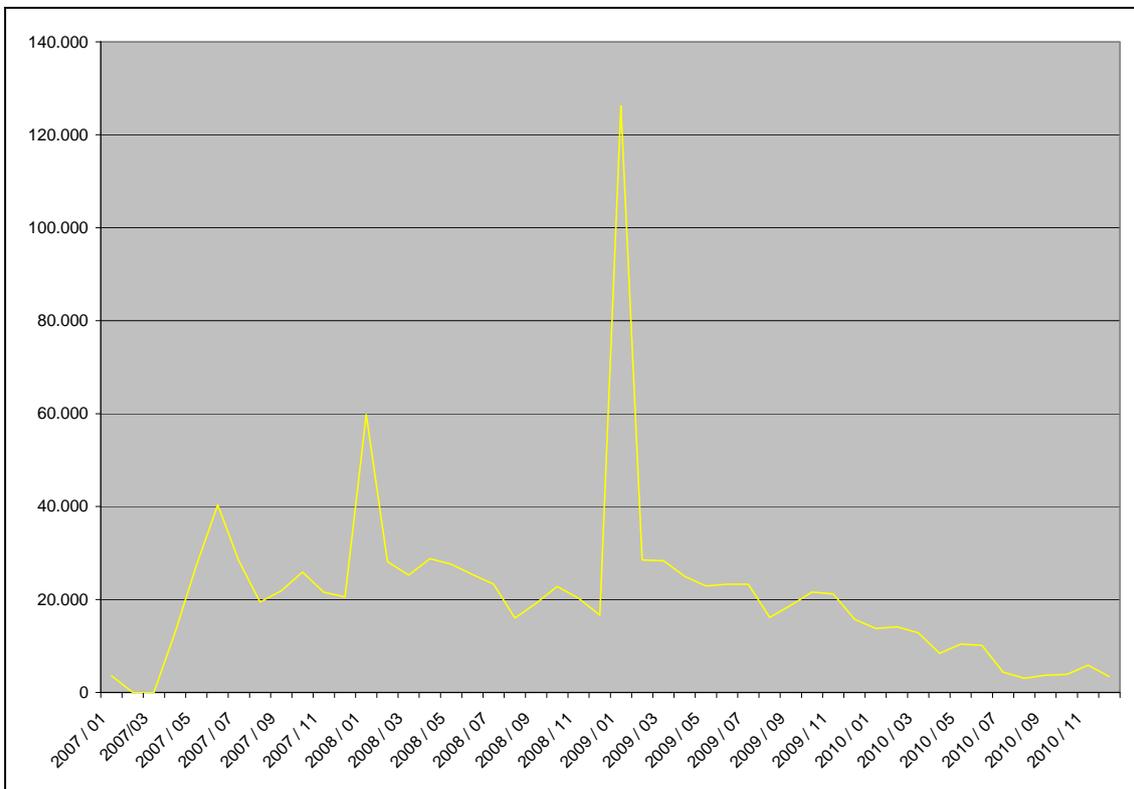


La serie de tasas de inicio de la prestación presenta el característico perfil que ya hemos observado en anteriores etapas del proceso: bajos niveles hasta los 65 años y fuerte incremento a continuación hasta situarse por encima del 35% al final de la vida. Puede destacarse cómo los períodos iniciales (2007/2008 y 2008/2009) resultan cuantitativamente los mayores, debido a que los mayores volúmenes de incorporaciones se produjeron en los primeros años de implantación de la Ley.



En lo que respecta a las tasas de edades anteriores a los 65 años, también se observa que el período de 2009/10 aparece muy descolgada respecto a los otros dos años, cuyo perfil es muy similar. En cualquier caso, las tres curvas presentan un perfil plano hasta los 40 años, en niveles del 0,5 al 1,5‰, para despegar después y encaminarse hacia el 3,5‰.

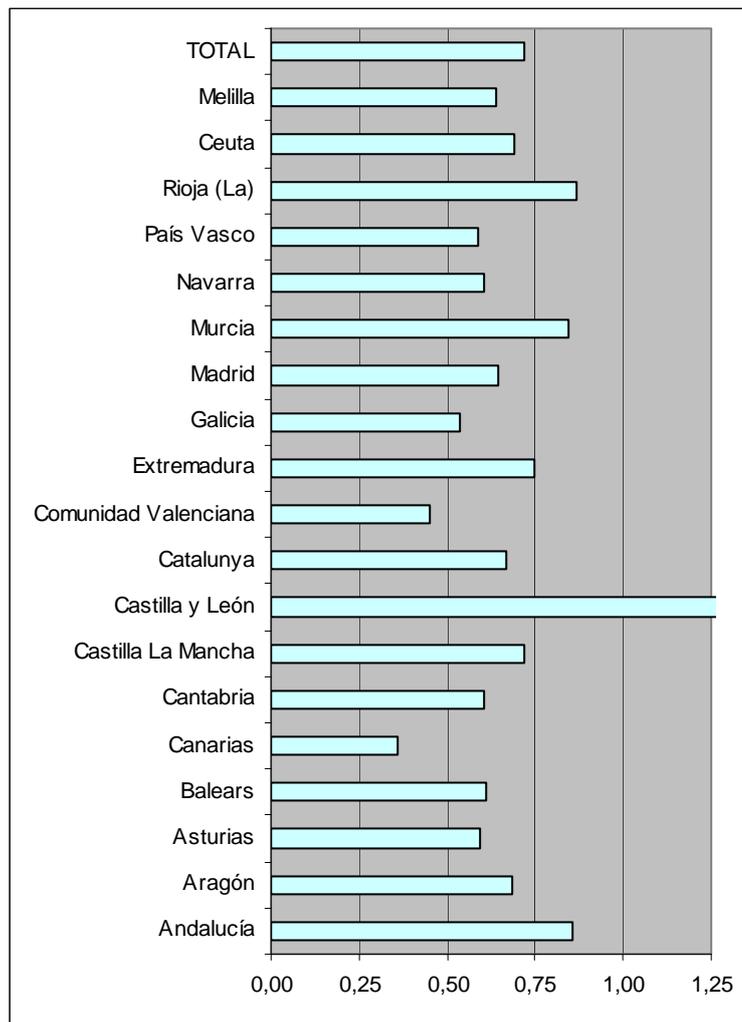
Inicios de la prestación por meses (2007-2010)



Analizando los datos mensuales observamos lo siguiente: lo que vemos en el gráfico adjunto es la provisión de la prestación no se inicia paulatinamente a lo largo de los meses, sino que tiende a concentrarse en el mes de enero de cada año: en 2008 comenzó la atención a 59.827 beneficiarios y en 2009 nada menos que a 126.252. Ello puede deberse en gran medida en que en ambos ejercicios se produjo la incorporación de nuevos colectivos al Sistema, como lo fue el grado II nivel 2 en el año 2008, y el grado II nivel 1 en el año 2009.

Si se ponen en relación los inicios de la prestación con la emisión de los dictámenes podemos apreciar en el gráfico adjunto, referido a mediados de 2010 importantes diferencias.

Ratios de inicios de la prestación por dictamen según CC. AA. (2007-2010)



En primer término observamos la destacada posición de Castilla y León, en donde los inicios de la prestación superan en un 50% a los dictámenes, cosa sólo explicable por falta de registro de éstos últimos y que se sustenta en los

datos de 2007/08 cuando tal hecho ocurría en numerosas comunidades y en la media de España. También puede verse explicado por la retroactividad de algunas prestaciones económicas cuya entrada en vigor sería así anterior al propio dictamen.

Más allá, vemos de nuevo a Andalucía, La Rioja y Murcia destacar en la puesta en marcha de los servicios tras el pertinente dictamen, alcanzando valores del 85%, en tanto que Extremadura y Castilla-La Mancha se aproximan al 75%. En cambio observamos que la Comunidad Valenciana y, sobre todo, Canarias aparecen bastante rezagadas, ésta última con apenas el 36% de los dictámenes puestos en ejecución.

La salida del sistema

Una vez se pone en marcha el procedimiento para el reconocimiento de la situación de dependencia, como se ha visto hasta ahora, el mismo finaliza con el reconocimiento de las correspondientes prestaciones que le pueda corresponder a la persona beneficiaria. No obstante, a lo largo del mencionado procedimiento pueden acaecer determinadas vicisitudes que ponen fin al mismo, lo que puede deberse a variados motivos. Así, y como expediente administrativo que resulta, el procedimiento puede finalizar debido a la falta de actividad debida por la persona beneficiaria (por ejemplo, no se presentan los documentos requeridos), lo que puede originar el desistimiento; o se dejan de cumplir los requisitos debidos para tener derecho a las prestaciones de dependencia (a modo de ejemplo, se traslada la residencia al extranjero, incumpléndose así el requisito de residencia en España).

Entre las causas que pueden suponer la salida del Sistema podrían destacarse las relativas al traslado de la persona beneficiaria, y su fallecimiento.

En el primero de los casos, nos encontramos ante un supuesto que origina la finalización de un procedimiento en una comunidad (que la persona beneficiaria

abandona) y a su vez supone el inicio de otro en una nueva comunidad (la comunidad de destino a la que la persona beneficiaria se traslada). En estos casos, hay que tener en cuenta que nos encontramos ante un Sistema de corte autonómico, de tal manera que cada comunidad atiende únicamente a los residentes en la misma.

Y en relación con el fallecimiento de las personas beneficiarias, se trata de una eventualidad sobre la que existe una información relativamente escasa por parte de las comunidades, puesto que las mismas informan con un período de decalaje bastante amplio. Para evitar posibles distorsiones en el Sistema, por parte de la AGE se realizan determinados cruces de vivencia, en base a la información suministrada por el Instituto Nacional de Estadística (INE), y el Ministerio de Justicia, que permite identificar estos fallecimientos con anterioridad incluso a que los mismos sean notificados por las comunidades, quienes tienen la responsabilidad en todo caso de informar sobre estas defunciones.

4. LAS PERSONAS BENEFICIARIAS

Hemos analizado hasta ahora el proceso, largo, que conduce a los beneficios previstos en la ley, a través del SAAD. El proceso ha sido descrito como dispar entre CC. AA. Ahora veremos cuántos y cómo son los beneficiarios del mismo, tal como se registra a finales de año 2010.

En el diseño de explotación estadística de la base de datos del SISAAD, hemos definido a los beneficiarios como las personas que reciben los servicios del SAAD y están presentes a una fecha.

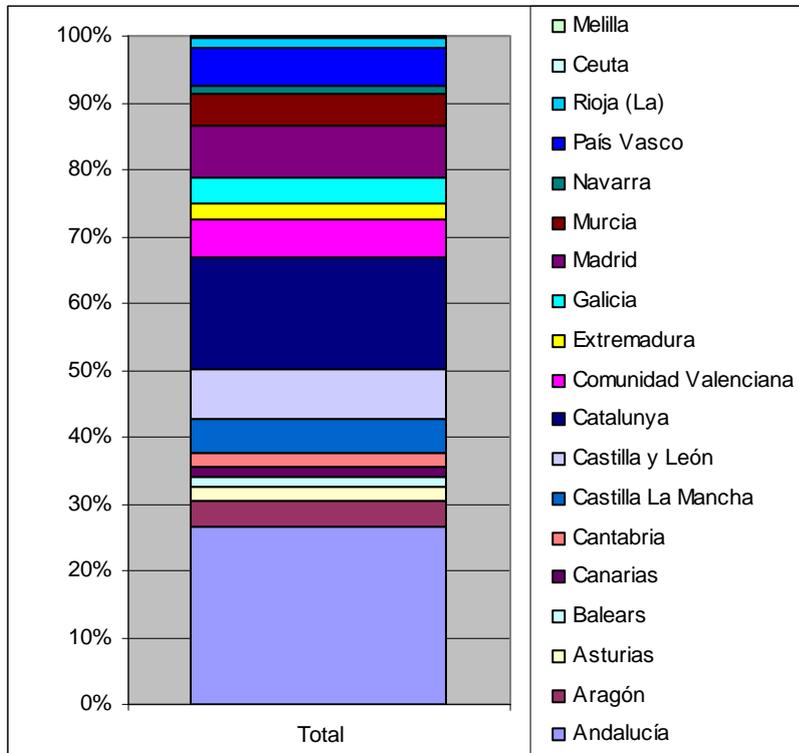
Según la información estadística facilitada por el SISAAD en su edición correspondiente a 1 de enero de 2011, el número de "beneficiarios con derecho a prestaciones" así definido era de 899.633 personas en esa fecha. De ellas,

668.578 contaban con el Plan Individual de Atención, que es documento en donde se fijan las prestaciones que les corresponden y/o les pueden ser facilitadas. Lógicamente, una vez fijado el PIA debe empezar materialmente la prestación de servicios o el abono de las prestaciones económicas. Y las prestaciones económicas se pueden abonar con efectos retroactivos pero no puede hacerse lo mismo con los servicios de atención residencial o domiciliaria.

Dado que este último extremo no lo podemos precisar por el momento, en lo que sigue utilizaremos el término beneficiario en el sentido de *"persona con derecho a prestación, en función de su nivel y grado de dependencia, la cual se ha fijado mediante un Plan Individual de Atención"*.

La mayoría de los beneficiarios históricos correspondan a Andalucía que, con un 26,5%, supera la cuarta parte de los beneficiarios del SAAD que ha habido hasta ahora, lo cual se compara favorablemente con su peso poblacional en España que ronda el 18%. A continuación se sitúa Cataluña con un 16,7% de beneficiarios históricos, ligeramente por encima de su peso demográfico que se sitúa en el 16%. La Comunidad de Madrid y Castilla y León tienen similar porcentaje de beneficiarios, un 7,7% y un 7,6% respectivamente, si bien su relevancia demográfica es radicalmente distinta: Madrid, con casi el 14% de la población española, frente a la proporción de Castilla y León, que representa menos del 5,5%.

Beneficiarios históricos por CC. AA. (2007-2010)



La Comunidad Valenciana y el País Vasco tienen también cifras muy similares de beneficiarios históricos, 5,6% y 5,5% pese a las diferencias poblacionales, ya que la primera supone algo menos del 11% de la población española, por el 4,5% de la última.

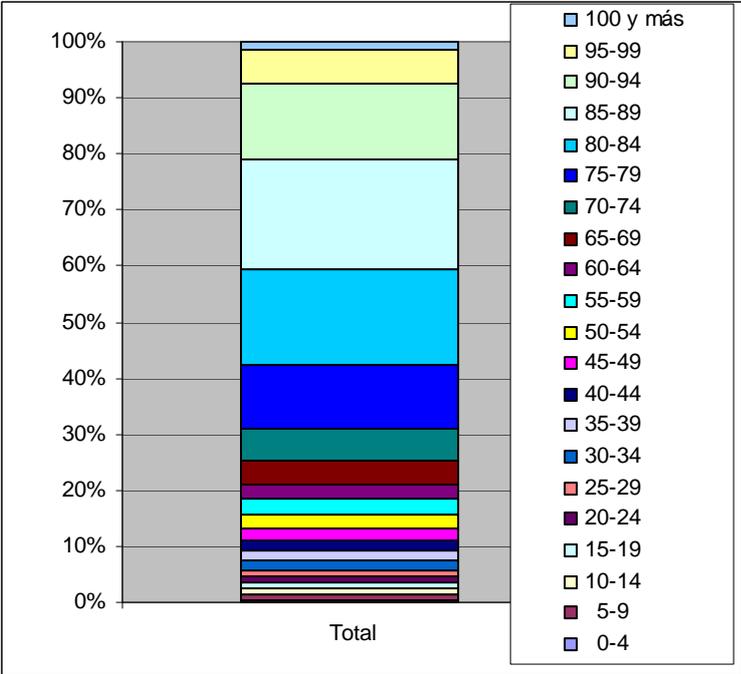
A continuación se sitúa Castilla La Mancha y Murcia con 5,1% y 5% de las personas beneficiarias, que en el primer caso está algo por encima del peso poblacional (4,4%) y en el segundo lo supera con mucho (3,2%).

Las restantes CC. AA. aparecen en el siguiente orden: Aragón (3,9%), Galicia (3,8%), Extremadura (2,4%), Asturias (2,2%), Cantabria (2%), Baleares (1,6%), La Rioja (1,5%), Canarias (1,3%), Navarra (1,1%) y Ceuta y Melilla (0,1% cada una). Puede destacarse la diferencia con algunos pesos poblacionales: Aragón (3%), Galicia (6%) o Canarias (4,5%), con diferencias

absolutas lógicamente pequeñas pero con algunas diferencias relativas notables, tanto en sentido positivo (Aragón, La Rioja) como negativo (Galicia y Canarias en particular).

A continuación, abordaremos el análisis desde el punto de vista del sexo y edad de las personas beneficiarias. Respecto al primero, los hombres constituyen aproximadamente la tercera parte de los beneficiarios y las mujeres los dos tercios restantes. La LAPAD extiende su ámbito de competencia a todas las edades de la vida y en su conjunto los hombres suponen casi el 50% de la población española –el 49,2% en 2011- pero también se sabe que su peso es declinante con la edad y, en particular, desciende de forma acusada a partir de los 65 años, hasta llegar a poco más de una cuarta parte entre los centenarios, y es en esas edades donde se concentra el peso de la dependencia.

Beneficiarios históricos por edad (2007-2010)

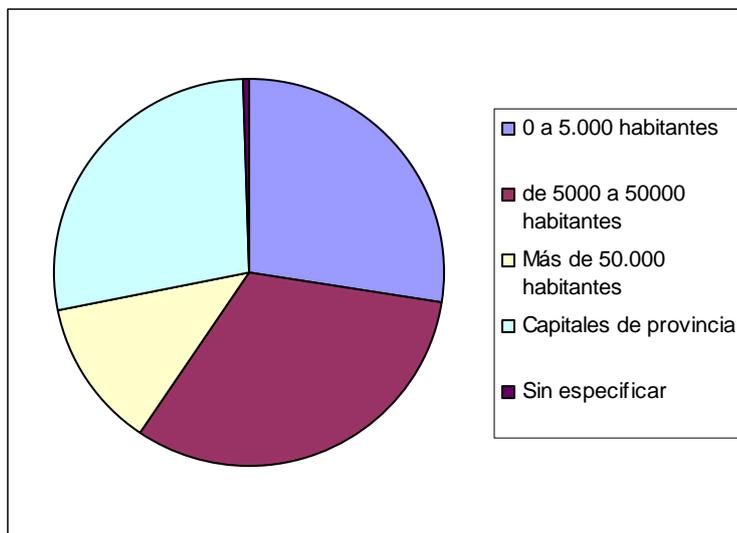


En efecto, apenas un 20% de los beneficiarios históricos corresponden a edades inferiores a los 65 años, ligeramente por encima de lo que suponen por

si solos las personas de 85 a 89 años (19,6%). El conjunto de edades más característico de la dependencia es el siguiente: primero, el grupo de 80 a 84 años (17,3%), después el de 90 a 94 años (13,5%). Las edades de 75 a 79 años (11,2%), de 95 a 99 años (6,2%) y 70 a 74 años (5,9%) constituyen los siguientes grupos poblacionales en importancia, en tanto que el resto tiene un peso considerablemente inferior, entre el 1% y el 3%.

Los beneficiarios históricos viven distribuidos por el territorio español en municipios de tamaño diverso. El grupo más numeroso reside en municipios de 5.000 a 50.000 habitantes (32%), seguidos de los municipios más pequeños (27,5%) y las capitales de provincia (27,6%). En los municipios de más de 50.000 habitantes que no son capitales provinciales reside un 12,5%.

Beneficiarios históricos por hábitat de residencia (2007-2010)

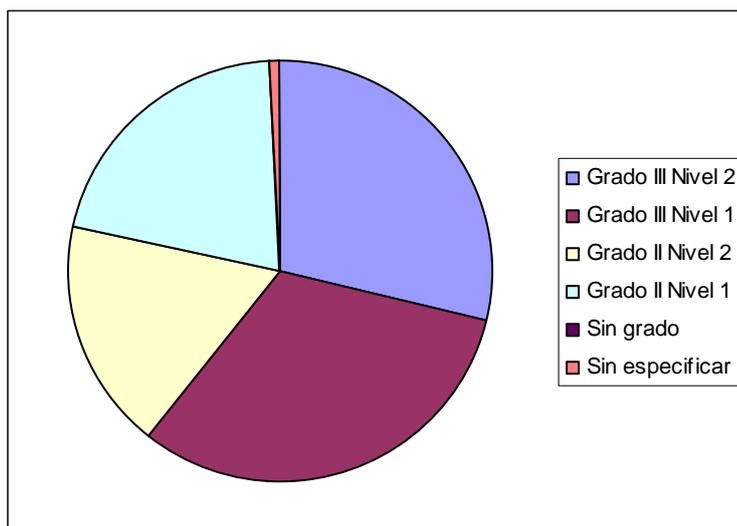


Respecto a la población española, a 1 de enero de 2010 los datos provisionales del Padrón Municipal de Habitantes elaborados por el INE ofrecían la siguiente distribución: en los municipios pequeños vivía el 12,7% de la población, en los intermedios el 34,7%, en los grandes el 20,3% y en las capitales el 32,4% restante.

Por consiguiente las diferencias se localizan en los municipios más pequeños, ya que la proporción de personas en situación de dependencia que vive en ellos duplica de largo el peso demográfico de los mismos. Esto se debe al grado de envejecimiento que padecen las zonas rurales

Los municipios intermedios tienen un peso equivalente entre los beneficiarios y en el total poblacional, mientras que los más grandes y las capitales, por razones inversas a los municipios pequeños, tienen proporciones de personas beneficiarias inferiores a su potencial demográfico.

Beneficiarios históricos por grados y niveles (2007-2010)



A finales de 2010 los dependientes clasificados en los grados III y II han tenido derecho a acceder a los beneficios del SAAD, pero su incorporación ha sido progresiva, iniciándose por los casos más graves. Podría ser la explicación de por qué los beneficiarios de grado III, niveles 2 (29%) y nivel 1 (31,5%), suponen la mayor parte de los beneficiarios cuando según las estimaciones de Libro Blanco sobre Atención a Personas en situación de Dependencia en España no deberían suponer más de una tercera parte. Si tal fuera la razón debería

tender a corregirse en el futuro al irse incorporando al sistema personas dependientes de menor gravedad, lo cual significaría –a contrario- que hasta ahora no han recibido atención pese a que su derecho ya está reconocido.

En efecto, clasificados los beneficiarios por año de la resolución puede observarse claramente como el porcentaje que representan el grupo más grave de dependientes va descendiendo de forma continua con el paso del tiempo, desde un 62% inicial hasta el 16% de 2010. Algo parecido ocurre con el grado III nivel 1 que, tras pasar del 25% al 35% de 2007 a 2008, comienza a descender en los años siguientes, de forma eso sí más paulatina, hasta quedar por debajo del 29% en 2010.

Beneficiarios históricos por grados y niveles (2007-2010)

Dictamen	Año			
	2007	2008	2009	2010
Grado III Nivel 2	61,9	45,5	23,8	16,0
Grado III Nivel 1	25,6	35,6	31,9	28,8
Grado II Nivel 2	3,9	15,7	18,8	20,7
Grado II Nivel 1	7,3	2,6	24,9	33,0
Sin grado	0,0	0,0	0,0	0,0
Sin especificar	1,3	0,5	0,5	1,5
TOTAL	100,0	100,0	100,0	100,0

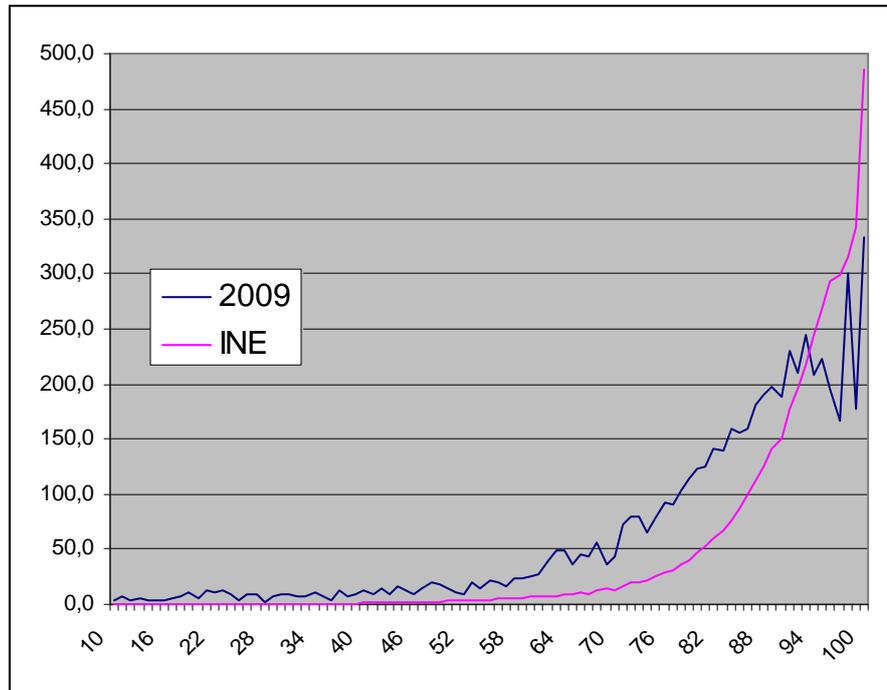
Los beneficiarios con una dependencia moderada no han dejado de crecer a lo largo del período, primero de forma muy importante conforme fue abriéndoles la posibilidad de acceder al SAAD y luego de manera más moderada. De esta forma, aunque en 2010 todavía la situación presenta diferencias con las previsiones del Libro Blanco, los beneficiarios con mayor gravedad suponen solamente el 45% del total y habría que suponer que su peso continuará disminuyendo (sin embargo, las resoluciones del último trimestre de 2010 siguen manteniendo la proporción del 45%).

La introducción del grado menor de dependencia en el futuro es posible que contribuya a clarificar mejor la situación, ya que hasta ahora las personas así clasificadas se veían excluidas de los beneficios del sistema y tal vez esto sesgara las valoraciones al alza para evitarlo.

Vamos a revisar a continuación los datos de las defunciones de beneficiarios, tal como han sido obtenidas en base a un cruce con la información del INE. Según ellas en el conjunto del período habrían fallecido entre 130.000 y 143.000 beneficiarios, es decir, entre un 15 y un 17% del total. Esto nos daría una tasa bruta de mortalidad media en 2007-2010 de casi el 100‰, lo que vendría a indicar que en torno a un 10% de los beneficiarios fallece cada año.

Un cálculo de las tasas de mortalidad un poco más afinado permite estimar los siguientes índices: 164,2‰ en 2008, 113,9‰ en 2009 y 129,1‰ en 2010, lo cual en principio sería congruente con el hecho conocido de que las primeras personas beneficiarias fueron las personas en situación de dependencia más graves y, como hemos indicado un poco más arriba, éstos formaban al principio una proporción mayoritaria del total.

Tasas de mortalidad de beneficiarios (2009) y población española (INE)



En el gráfico adjunto se representa la mortalidad de las personas beneficiarias que hemos comparado con la calculada por el INE para el conjunto de la población española en el año 2009 –última disponible-. Hemos excluido el 2008 porque presentaba tasas de mortalidad muy elevadas a ciertas edades y distorsionaba la imagen –como ya hemos indicado su nivel de mortalidad es generalizadamente superior a los demás años.

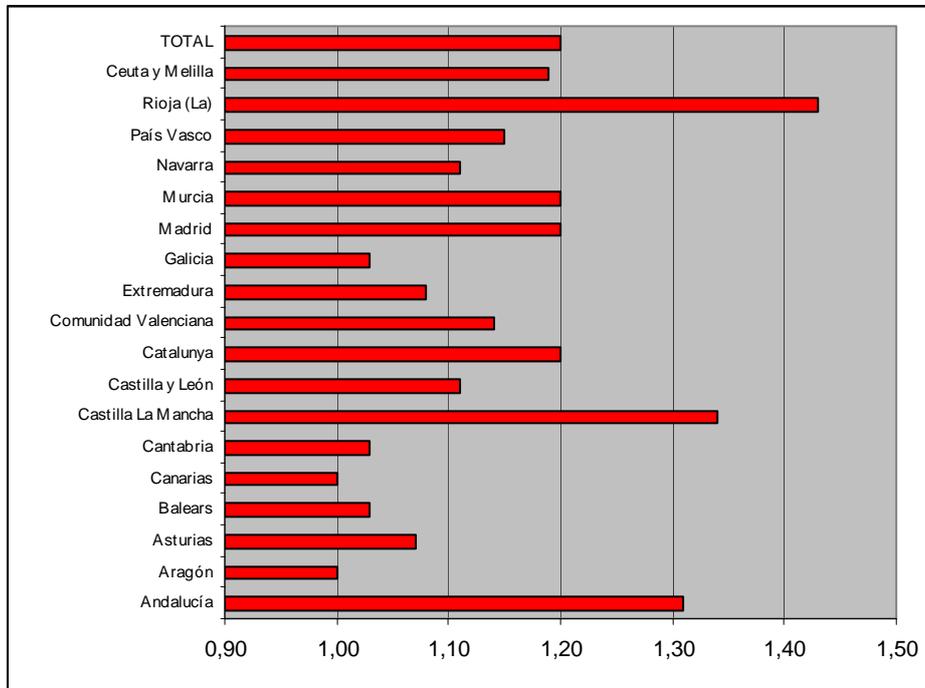
La forma general de la curva de mortalidad de las personas beneficiarias coincide con la habitual de la mortalidad de manera que, desde unos niveles escasos, a partir de los 65 años comienza un crecimiento que le aproxima a tasas del 250‰ a los 95 años, en tanto que el tope sería de 300‰, es decir, que fallecería casi un tercio de los beneficiarios de edad próxima a los 100 años en el lapso de un año de calendario.

De estos beneficiarios, una tercera parte siguen siendo varones y el resto mujeres, apenas unas décimas por debajo de la proporción que representaban en los beneficiarios históricos. En cambio, las diferencias en la distribución por grupos de edad son bastante más abultadas: de forma general, los grupos de menos de 80 años ganan entre 1 y 5 décimas de peso porcentual a costa de los más ancianos que ceden entre 2 décimas (80 a 84 años) y 1,9 puntos (90 a 94 años). Aún así, la pirámide continúa siendo invertida como antes.

5. LAS PRESTACIONES Y LOS SERVICIOS

En relación con los servicios y prestaciones que se han reconocido a las personas beneficiarias del Sistema, desde el Imsero mensualmente se elaboran las correspondientes estadísticas en las que se recoge la información relativa a la gestión realizada por las comunidades. En base a las mismas, y tomando como referencia la fecha de 31 de diciembre de 2010, de acuerdo con tales datos, los 668.578 beneficiarios con prestaciones en ese momento recibían un promedio de 1,2 prestaciones, si bien el rango de variación de las comunidades oscilaba entre los mínimos de Canarias y Aragón con 1 y los máximos de Andalucía (1,31), Castilla La Mancha (1,34) y La Rioja (1,43).

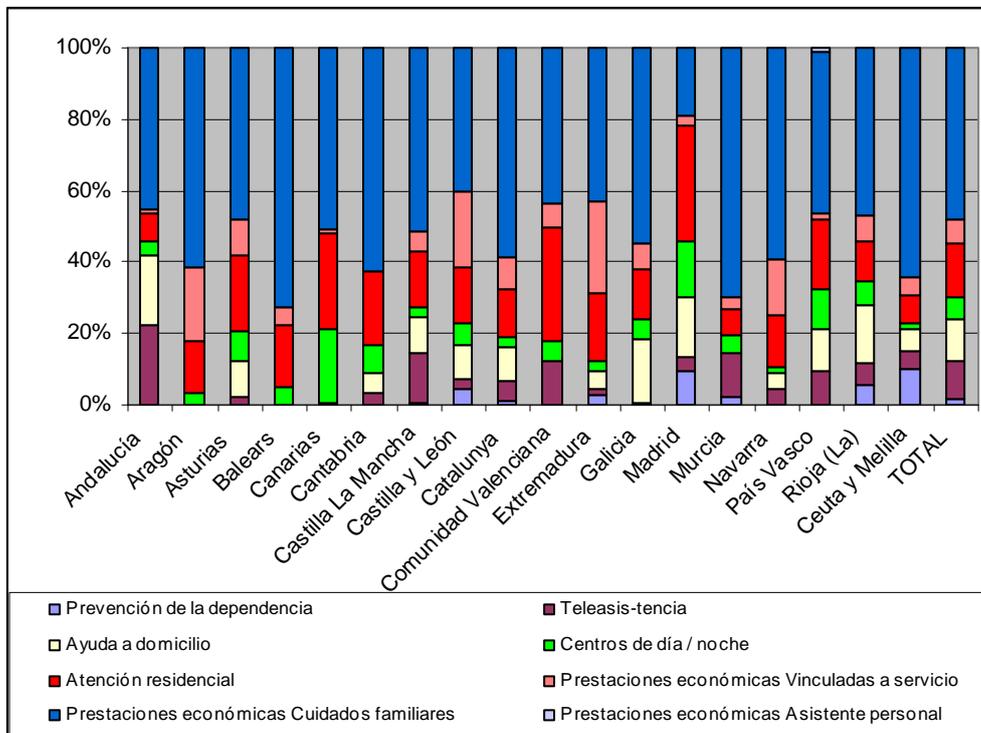
Prestaciones por beneficiario según CC. AA. (31/XII/2010)



Lo cierto es que la oferta de servicios de las comunidades es muy heterogénea. Ni siquiera en todas ellas predomina la prestación económica por cuidados familiares, ampliamente mayoritaria en España al suponer casi la mitad del total (48%). Algunas prestaciones son residuales, como la prestación económica por asistente personal que sólo figura en la oferta de diez comunidades y cuenta con un total de 747 casos (0,1%). Tampoco es muy relevante la prevención de dependencia y promoción de la autonomía personal, con un 1,5% de las prestaciones y sin oferta en 6 comunidades.

Fijándonos en prestaciones o servicios más comunes, vemos que hay tres comunidades sin teleasistencia (Aragón, Baleares y Canarias), cinco sin servicio de ayuda a domicilio (Aragón, Baleares, Canarias, Comunidad Valenciana y Murcia) y una sin prestación económica vinculada al servicio (Cantabria).

Prestaciones de beneficiarios según CC. AA. (31/XII/2010) en porcentaje



Aunque no parezca un factor importante, existen diferencias en la atención a los beneficiarios en función de su sexo, ya que lo cierto es que los hombres reciben en mayor medida prevención de la dependencia (+0,4), centros de día / noche (+1,7) y prestaciones económicas por cuidados familiares (+5,4) y las mujeres en cambio más teleasistencia (+2,1), ayuda a domicilio (+1,8), atención residencial (+1,8) y prestaciones económicas vinculadas a servicio (+1,8).

En efecto hay prestaciones más dedicadas a los dependientes graves y otras más para la dependencia moderada. Los dependientes de grado III nivel 2 reciben atención residencial en un 23,5%, pero este servicio va perdiendo importancia hasta suponer menos del 9% entre los más moderados –grado II nivel 1- de los actualmente cubiertos. También se benefician en mayor medida

de la prestación económica vinculada a servicio, al suponer el 8,5%, casi el doble que en los menos graves de los dependientes.

Prestaciones por tipo según grados y niveles (31/XII/2010)

Dictamen	Prevención de la dependencia	Teleasistencia	Ayuda a domicilio	Centros de día / noche	Atención residencial	Prest económicas	
						Vinculadas a servicio	Cuidados familiares
Grado III Nivel 2	1,65	7,24	8,28	5,55	23,48	8,54	45,12
Grado III Nivel 1	1,42	9,86	10,36	5,74	15,73	7,82	48,89
Grado II Nivel 2	1,53	12,15	12,97	6,34	10,76	5,51	50,74
Grado II Nivel 1	1,21	15,10	17,14	5,46	8,83	4,14	48,11
Diferencia GIII-2/GII-1	0,43	-7,87	-8,87	0,09	14,65	4,40	-2,98

Ocurre lo contrario con la teleasistencia y la ayuda a domicilio: ambas aumentan su peso de forma similar –la primera sube 7,9 puntos y la segunda 8,9- al pasar del colectivo de personas dependientes más graves a los moderados, de tal forma que entre éstos últimos ambos servicios combinados alcanzan a un tercio del total, duplicando el nivel de los dependientes graves.

La prestación económica por cuidados familiares es siempre la más reconocida, próxima al 50% del total. Aunque sigue la misma línea de la teleasistencia y la ayuda domiciliaria, oscila de forma mucho más moderada: apenas crece 3 puntos con la disminución de la gravedad de la dependencia; además presenta variaciones a la pauta, ya que son los dependientes de grado II nivel 2 los que alcanzan el máximo del 50,1%.



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE SANIDAD, POLÍTICA SOCIAL
E IGUALDAD

CAPITULO VI.

MEMORIA ACTIVIDADES DE LA AGE EN EL AMBITO DEL SAAD.

CAPITULO VI. MEMORIA ACTIVIDADES DE LA AGE EN EL AMBITO DEL SAAD.

INTRODUCCIÓN

La Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, crea el Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD), con la colaboración y participación de todas las Administraciones Públicas.

La evaluación de los resultados de la aplicación de la Ley desde su entrada en vigor, exige examinar cómo ha sido la participación de la Administración General del Estado y cuáles han sido sus resultados.

La Ley atribuye a la Administración General del Estado competencias de muy distinta índole.

Por una parte, la Administración General del Estado es parte constitutiva del órgano creado por la Ley para instrumentar la colaboración entre las administraciones competentes para la implantación de la Ley: el Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia.

Además, la Administración General del Estado también forma parte del Comité Consultivo del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, órgano consultivo creado por la Ley para la participación de las organizaciones sindicales y empresariales en el Sistema.

En el desarrollo de las reuniones de ambos órganos tiene un papel destacado el Instituto de Mayores y Servicios Sociales, pues en el caso del Consejo Territorial la secretaría la ostenta la persona titular de la Dirección General del Instituto, y en el caso del comité consultivo, la persona titular de la Subdirección General



de Planificación, Ordenación y Evaluación. Por lo tanto, el Imserso se configura como un instrumento de apoyo técnico y jurídico a dichos órganos.

Del mismo modo, es necesario destacar la labor realizada por el Consejo Estatal de Personas Mayores, Consejo Nacional de la Discapacidad y Consejo Estatal de Organizaciones No Gubernamentales de Acción Social, cuya existencia es anterior a la aprobación de la Ley, pero que en su texto se consolidan como órganos consultivos del Sistema.

Dentro de las competencias fundamentales de la Administración General del Estado para el desarrollo e implantación de la Ley, se encuentra la de desarrollo normativo. En efecto, la Ley prevé el ejercicio de la competencia normativa del Gobierno en determinadas materias, normalmente previo Acuerdo o informe del Consejo Territorial del Sistema, así como informe del resto de órganos consultivos.

En el presente documento se examina el resultado del ejercicio de dicha competencia, pudiéndose comprobar cómo el Gobierno ha cumplido los correspondientes mandatos y ha publicado la oportuna normativa de desarrollo necesaria para la implantación del Sistema; así el baremo para la valoración de la situación de dependencia, la seguridad social de los cuidadores no profesionales, la intensidad de los servicios y acceso a las prestaciones económicas, la regulación del nivel mínimo de protección garantizado por la Administración General del Estado, las cuantías máximas de las prestaciones económicas y del citado nivel mínimo para cada ejercicio económico, la regulación del Sistema de Información del Sistema para la Autonomía y Atención a la dependencia, etc.

La intervención de la Administración General del Estado a través del Instituto de Mayores y Servicios Sociales en relación al instrumento para la valoración de la situación de dependencia ha sido notable, participando tanto en el propio



diseño del instrumento, posteriormente aprobado por el Consejo Territorial e incorporado al correspondiente Real Decreto, como mediante la elaboración de Manuales de uso y la impartición de acciones formativas de formación de formadores.

Otro de los aspectos fundamentales para el sostenimiento del SAAD es el de la financiación, que la Administración General del Estado realiza a través de dos instrumentos: el nivel mínimo garantizado y el nivel acordado; a lo que hay que sumar su aportación a través de las cotizaciones de seguridad social y formación profesional de las personas cuidadoras de personas en situación de dependencia, y otras actuaciones coyunturales como el denominado "Plan E".

La necesaria y exigible transparencia a las Administraciones Públicas respecto de la financiación de la Ley, se hace realidad en este documento por lo que respecta a las cuantías transferidas por parte de la Administración General del Estado a las Comunidades Autónomas desde la entrada en vigor de la Ley.

Por otra parte, siendo uno de los principios rectores del Sistema el de la calidad de los servicios, en esta evaluación ha de reflejarse cuáles han sido las actuaciones de la Administración General del Estado en esta materia, dedicando un apartado específico a su análisis.

En este recorrido sobre las actuaciones realizadas por la Administración General del Estado durante los cuatro primeros años de implantación de la Ley se debe de aludir a la implantación del Sistema de Información del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SISAAD) como herramienta clave tanto para la gestión de los correspondientes procedimientos por parte de las Administraciones competentes, como para la obtención de estadísticas que permitan conocer la realidad del desarrollo del SAAD.

El SISAAD ha sido diseñado específicamente para este cometido, siendo responsable de su administración la Dirección General del Inmerso, quien ha

hecho un significativo esfuerzo en materia de adquisición de infraestructuras, como en términos de contratación de servicios de consultoría y asistencia técnica, para desarrollar los sistemas que en estos momentos soportan todo el SISAAD, y para atender a las Comunidades Autónomas en la gestión del mismo, resolviendo sus dudas e incidencias.

Para finalizar, ha de tenerse en cuenta que la previsión del proceso de evaluación de resultados que se contiene en el texto de la Ley, viene acompañada del mandato de elaboración de estadísticas adecuadas que permitan el conocimiento cabal del Sistema y su implantación. La elaboración de dichas estadísticas se ha venido llevando a cabo por el Imserso a través de los datos obrantes en el SISAAD, y los datos obtenidos han venido siendo publicados con una periodicidad mensual.

Como broche de cierre de la evaluación de resultados de la actividad de la Administración General del Estado en la implantación de la Ley, se ofrece un análisis sintético de dichos datos estadísticos.

1. ÓRGANOS DEL SAAD. CONSEJO TERRITORIAL DEL SAAD, COMITÉ CONSULTIVO DEL SAAD Y OTROS ÓRGANOS CONSULTIVOS.

La Ley 39/2006, de 14 de diciembre, establece un marco normativo común que contempla aspectos primordiales a desarrollar por las Administraciones competentes.

A la entrada en vigor de la Ley, las materias pendientes de desarrollo eran las siguientes:



- ✓ Establecer el Instrumento y los órganos de valoración de la situación de dependencia, así como los criterios básicos del procedimiento de valoración.
- ✓ Establecer los criterios básicos de procedimiento para el reconocimiento de la situación de dependencia.
- ✓ Establecer los criterios para determinar la Intensidad de los servicios y condiciones y cuantías de las prestaciones económicas.
- ✓ Establecer los criterios de participación de las personas beneficiarias en la financiación del SAAD y determinar la capacidad económica de dichos beneficiarios.
- ✓ Establecer los criterios comunes de acreditación para garantizar la calidad de los centros y servicios del SAAD
- ✓ Establecer criterios de calidad y seguridad para los centros y servicios, indicadores de calidad para la evaluación, la mejora continua y el análisis comparado de los centros y servicios del sistema, guías de buenas prácticas, cartas de servicios, adaptadas a las condiciones específicas de las personas dependientes, bajo los principios de no discriminación y accesibilidad.
- ✓ Establecer criterios comunes de acreditación en materia de formación e información de cuidadores no profesionales.
- ✓ Establecer objetivos y contenidos comunes de la información del Sistema de información del SAAD (SISAAD)
- ✓ Acordar el Marco de Cooperación Interadministrativa y criterios de reparto de créditos de la AGE para la financiación del nivel acordado.

- ✓ Establecer mecanismos de coordinación para el caso de personas desplazadas
- ✓ Establecer criterios, recomendaciones y condiciones mínimas que deberían cumplir los Planes de Prevención de las Situaciones de Dependencia que elaboren las Comunidades Autónomas, con especial consideración de los riesgos y actuaciones para las personas mayores.
- ✓ Promover la adopción de un plan integral de atención para los menores de 3 años en situación de dependencia, en el que se contemplen las medidas a adoptar por las Administraciones Públicas, sin perjuicio de sus competencias, para facilitar atención temprana y rehabilitación de sus capacidades físicas, mentales e intelectuales.”

El desarrollo de las citadas materias se encomienda por la propia Ley bien al Gobierno, bien a las Comunidades Autónomas, en función de sus respectivos ámbitos competenciales establecidos en la Constitución y en los correspondientes Estatutos de Autonomía.

La Ley parte del principio de colaboración interadministrativa, creando al efecto un órgano específico, el **Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (CT)**, que define en su artículo 8 como instrumento de cooperación para la articulación del Sistema, en el que se hallan representadas tanto la Administración General del Estado, como las Comunidades Autónomas. En consecuencia, con carácter previo a la articulación del correspondiente desarrollo del Sistema, ha de recabarse al efecto el previo Acuerdo del Consejo Territorial (cuyo contenido debe incorporarse a la normativa estatal o a la normativa autonómica, o los correspondientes planes o programas) o, en su caso, ha de recabarse informe del mencionado Consejo.

Además la creación del Consejo Territorial, la Ley establece un mecanismo de participación de los ciudadanos en la implementación del SAAD a través de



órganos institucionalizados que representan sus intereses. Son los **órganos consultivos** del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia. Sus propuestas, fruto de ese examen conjunto interinstitucional, son oídas antes de que los respectivos Acuerdos sean elevados a la sesión plenaria del Consejo Territorial, y antes de que los correspondientes proyectos normativos sean tramitados.

En su artículo 40, la Ley crea el **Comité Consultivo del SAAD**, órgano asesor, adscrito al Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (actual Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad), mediante el cual se hace efectiva, de manera permanente, la participación social en el Sistema y se ejerce la participación institucional de las organizaciones sindicales y empresariales en el mismo.

El artículo 41.de la Ley, además del Comité Consultivo del SAAD, establece que serán órganos consultivos de participación institucional del Sistema los siguientes:

- ❖ **El Consejo Estatal de Personas Mayores**
- ❖ **El Consejo Nacional de la Discapacidad.**
- ❖ **El Consejo Estatal de Organizaciones no Gubernamentales de Acción Social.**

Las funciones de dichos órganos serán las de informar, asesorar y formular propuestas sobre materias que resulten de especial interés para el funcionamiento del Sistema. Sus informes son preceptivos y no vinculantes.

A continuación procedemos al examen de la actividad de cada uno de ellos desde la entrada en vigor de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, el día 1 de enero de 2007.



1.1. CONSEJO TERRITORIAL DEL SISTEMA PARA LA AUTONOMÍA Y ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA.

En la Disposición Final Segunda de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, se establece que el Consejo Territorial debería constituirse en el plazo de tres meses a computar desde la entrada en vigor de la ley, es decir desde el 1 de enero de 2007. En consonancia con dicho precepto, el día 22 de enero de 2007 se celebró la primera sesión del Consejo Territorial, quedando constituido en dicha reunión y aprobándose en la misma su propio Reglamento interno.

El Consejo Territorial quedó constituido por la persona titular del entonces Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (actualmente, Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad) y un representante de cada una de las Comunidades Autónomas, recayendo dicha representación en el miembro del Consejo de Gobierno respectivo que tenga a su cargo las competencias en la materia. Adicionalmente, quedaron integrados como Consejeros once representantes de los diferentes Departamentos ministeriales, con categoría al menos de Director General, designados por el titular de la Presidencia, de acuerdo con lo previsto en el Reglamento del Consejo Territorial.

Asimismo, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 12 y en la disposición adicional undécima de la ley, en la sesión constitutiva se acordó la integración en el Consejo Territorial de dos representantes de la Federación Española de Municipios y Provincias (FEMP) y por un representante de cada una de las Ciudades de Ceuta y de Melilla.

Finalmente, en la sesión celebrada por el pleno del Consejo Territorial de 23 de marzo de 2007 se acordó la participación en el Consejo Territorial, con voz pero sin voto, un representante de cada una de las Diputaciones Forales del País Vasco.

En la composición del Consejo tienen mayoría los representantes de las Comunidades Autónomas.

Desde la entrada en vigor de la Ley, y hasta el 31 de diciembre de 2010, se han celebrado las siguientes reuniones:

CONSEJO TERRITORIAL DEL SAAD					
SESIONES	2007	2008	2009	2010	TOTAL
Plenarias	5	3	2	4	14
Comisión delegada	4	8	11	10	33
Total	9	11	13	14	47

Además, en el seno del Consejo Territorial se han creado un total de 7 Grupos de Trabajo que han celebrado un total de 48 sesiones.

Desde el Imserso, se han llevado a cabo las actuaciones de coordinación, impulso y apoyo técnico de las reuniones del Consejo Territorial, de la Comisión Delegada y de sus grupos de trabajo.

Desde la entrada en vigor de la Ley hasta el 31 de diciembre de 2010, el Consejo Territorial ha adoptado los 16 Acuerdos que se exponen a continuación, indicando de forma esquemática sus notas más relevantes:

1.1.1 Acuerdo en materia de valoración de la situación de dependencia, de fecha 22 de enero de 2007

- El contenido de este Acuerdo se halla recogido en el Real Decreto 504/2007, de 20 de abril, por el que se aprueba el baremo de valoración de la situación de dependencia.

- Establece el baremo de valoración de la dependencia y la Escala de Valoración Específica para menores de 3 años.
- Establece la homologación de reconocimientos previos de Gran Invalidez y la necesidad del concurso de otra persona para actividades básicas de la vida diaria.
- Establece los criterios básicos del procedimiento de valoración.
- Transcurrido un año de su aplicación, establece la evaluación de los resultados obtenidos, proponiendo las modificaciones que, en su caso, estimase procedentes.

1.1.2 Acuerdo sobre condiciones de acceso y cuantía de las prestaciones económicas, de fecha 9 de mayo de 2007.

- El contenido de este Acuerdo se ha integrado en el RD 727/2007, de 8 de junio, sobre criterios para determinar las intensidades de protección de los servicios y la cuantía de las prestaciones económicas de la Ley 39/2006.

1.1.3 Acuerdo sobre criterios para las intensidades de protección de los servicios, la compatibilidad entre los mismos y la protección de los beneficiarios desplazados, así como de los emigrantes españoles retornados, de fecha 9 de mayo de 2007

- El contenido de este Acuerdo se ha integrado en el RD 727/2007, de 8 de junio, sobre criterios para determinar las intensidades de protección de los servicios y la cuantía de las prestaciones económicas de la Ley 39/2006

1.1.4 Acuerdo sobre determinación de la capacidad económica del beneficiario y sobre los criterios de participación de éste en las prestaciones del SAAD, de fecha 27 de noviembre de 2008

- Su contenido es desarrollado por las Comunidades Autónomas en sus respectivas normas, y por la Administración General del Estado en lo que se refiere a los territorios de las Ciudades de Ceuta y de Melilla.
- Establece el cálculo de la capacidad económica personal de los beneficiarios del SAAD en atención a su renta y su patrimonio.
- Establece los criterios de participación del beneficiario en las prestaciones del SAAD, distinguiendo los servicios de las prestaciones económicas y garantizando la equidad en la progresividad de la participación.

1.1.5 Acuerdo sobre criterios comunes de acreditación para garantizar la calidad de los centros y servicios del SAAD, de fecha 27 de noviembre de 2008

- Su contenido es desarrollado por las Comunidades Autónomas en sus respectivas normas, y por la Administración General del Estado en lo que se refiere a los territorios de las Ciudades de Ceuta y de Melilla.
- Establece requisitos y estándares de calidad en los siguientes ámbitos:
 - Recursos materiales y equipamientos que garanticen la prestación del servicio adaptada a las necesidades de las personas

- Recursos humanos: para la adecuada prestación del servicio, tanto en número de profesionales, como en su formación y actualización para el desempeño del puesto de trabajo.

1.1.6 Acuerdo sobre criterios comunes de acreditación en materia de formación e información de cuidadores no profesionales, de fecha 22 de septiembre de 2009

- Su contenido es desarrollado por las Comunidades Autónomas en sus respectivas normas, y por la Administración General del Estado en lo que se refiere a los territorios de las Ciudades de Ceuta y de Melilla.
- Establece los objetivos de las acciones de formación e información.
- Dispone las condiciones mínimas de las acciones de formación.
- Prevé la estructuración de los Programas de Formación

1.1.7 Acuerdo sobre objetivos y contenidos comunes de la información del Sistema de información del SAAD, de fecha 22 de septiembre de 2009

- Establece los datos básicos del sistema de información del SAAD.
- Dispone el procedimiento de transferencia de los datos.
- Indica la periodicidad en la transferencia de datos
- Establece la elaboración y publicación de estadísticas por el IMSERSO.

1.1.8 Acuerdo en materia de órganos y procedimientos de valoración de la situación de dependencia, de fecha 25 de enero de 2010

- Su contenido es desarrollado por las Comunidades Autónomas en sus respectivas normas, y por la Administración General del Estado en lo que se refiere a los territorios de las Ciudades de Ceuta y de Melilla.
- Establece los criterios comunes de composición de los órganos de valoración
- Establece los conocimientos a requerir a las personas valoradoras que apliquen el Baremo.
- Dispone los criterios básicos del procedimiento de valoración.
- Prevé que la tramitación de los expedientes de dependencia en el plazo total de 6 meses (criterio recogido posteriormente en el Real Decreto-Ley 8/2010).

1.1.9 Acuerdo para la mejora de la calidad de la prestación económica para cuidados en el entorno familiar del SAAD, de fecha 25 de enero de 2010

A través de este acuerdo se introdujeron criterios comunes relativos a esta prestación para su desarrollo y aplicación por las Administraciones competentes en aras de conseguir:

- La máxima calidad en la atención a las personas beneficiarias
- Una mayor homogeneidad en su aplicación por parte de las Administraciones competentes.
- Limitación en el acceso a la prestación, con el objeto de recoger el principio de excepcionalidad en su concesión previsto en la Ley.

1.1.10 Acuerdo sobre modificación del baremo de valoración de la situación de dependencia, de fecha 1 de junio de 2010

El Real Decreto 504/2007, de 20 de abril, establecía que transcurrido el primer año de su aplicación, se realizaría una evaluación de sus resultados y se propondrían las modificaciones oportunas. Este mandato viene a ser cumplido a través de este Acuerdo.

- Facilita la comprensión de los criterios generales de aplicación.
- Ajusta conceptualmente la definición de los tipos de apoyo.
- Simplifica las tareas objeto de valoración.
- Mejora la Escala de Valoración Específica de dependencia para personas menores de tres años (EVE).

1.1.11 Acuerdo sobre Criterios comunes para la conceptualización, elaboración y evaluación de Buenas Prácticas , de fecha 1 de Junio de 2010

En el mismo se define un procedimiento, con un cauce concreto, para difundir las buenas prácticas que sean presentadas ante la Comisión Delegada del Consejo Territorial, en cuatro ámbitos de actuación, como cuatro grandes bloques, sobre los que se fijan unos criterios básicos otros complementarios.

1.1.12 Acuerdo sobre los criterios para determinar las intensidades de protección de los servicios y el importe de las prestaciones económicas para las personas reconocidas en situación de dependencia en Grado I, de fecha 28 de octubre de 2010.

La adopción de dicho Acuerdo posibilita el desarrollo normativo necesario para dar cumplimiento al calendario de aplicación de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de conformidad con el cual, a fecha 1 de enero de 2011 entraban en

vigor los derechos de las personas reconocidas en situación de dependencia moderada (Grado I), nivel 1. Se da así cumplimiento del compromiso adquirido con la ciudadanía.

- Incide en el carácter prioritario de los servicios, limitando el acceso a la prestación económica para cuidados en el entorno familiar
- Introduce una mayor concreción del Servicio de Promoción de la Autonomía Personal y encomienda a la Comisión Delegada del Consejo Territorial su desarrollo.

1.1.13 Acuerdos relativos al Marco de cooperación interadministrativa y criterios de reparto de créditos de la AGE para la financiación del nivel acordado.

Desde 2007 a 2010, el Consejo Territorial ha aprobado anualmente el Marco de Cooperación interadministrativa y criterios de reparto de créditos de la Administración General del Estado para la financiación del nivel acordado.

En 2010 el Consejo Territorial acordó un Marco de Cooperación plurianual 2010-2013, por lo que durante dicho periodo se procederá a actualizar anualmente, de la forma prevista en el propio Acuerdo, los criterios establecidos para el reparto de los créditos.

El reparto de los créditos, en función del correspondiente Acuerdo del Consejo Territorial, es objeto de posterior aprobación por el Consejo de Ministros y de publicación en el Boletín Oficial del Estado a través de Resolución del IMSERSO:

- **Resolución de 23 de mayo de 2007**, del IMSERSO, por la que se publica el Acuerdo de Consejo de Ministros, por el que se aprueba el marco de cooperación interadministrativa y criterios de reparto de créditos de la Administración General del Estado para la financiación del nivel acordado, previsto en la Ley 39/2006, de 14 de diciembre,

de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia (BOE nº 132 de 2 de junio).

- **Resolución de 8 de agosto de 2008**, del IMSERSO, por la que se publica el Acuerdo de Consejo de Ministros, en su reunión del día 1 de agosto de 2008, por el que se aprueba el marco de cooperación interadministrativa y criterios de reparto de créditos de la Administración General del Estado para la financiación durante 2008 del nivel acordado, previsto en la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. (BOE nº 198, de 16 de agosto).
- **Resolución de 21 de mayo de 2009**, del IMSERSO, por la que se publica el Acuerdo de Consejo de Ministros de 8 de mayo de 2009, por el que se aprueba el marco de cooperación interadministrativa y criterios de reparto de créditos de la Administración General del Estado para la financiación durante 2009 del nivel acordado, previsto en la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia (BOE nº 136, de 5 de junio).
- **Resolución de 15 de julio de 2010**, del IMSERSO, por la que se publica el Acuerdo de Consejo de Ministros de 9 de julio de 2010, por el que se aprueba el marco de cooperación interadministrativa y criterios de reparto de créditos de la Administración General del Estado para la financiación durante 2010-2013 del nivel acordado, previsto en la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia (BOE nº 148 de 22 de junio).

1.2. COMITÉ CONSULTIVO DEL SISTEMA PARA LA AUTONOMÍA Y ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA.

El artículo 40 de la Ley lo configura como órgano asesor mediante el cual se hace efectiva, de manera permanente, la participación social en el Sistema y se ejerce la participación institucional de las organizaciones sindicales y empresariales en el mismo, quedando constituido en su primera Sesión Plenaria, celebrada el día 7 de febrero de 2007.

Este órgano colegiado presenta un valor añadido por su composición, ya que, al estar integrado por las Administraciones Públicas competentes (Administración General del Estado, Comunidades Autónomas y Entidades Locales) y los agentes sociales (organizaciones empresariales y sindicales), permite el intercambio de información, y la coordinación de estas instituciones.

En cuanto a su régimen jurídico, se rige por la citada Ley, en concreto por los artículos 40 y 41, por su Reglamento de Funcionamiento, que fue aprobado en su Sesión Constitutiva del día 7 de febrero de 2007, y por las normas de organización y funcionamiento establecidas para los órganos colegiados en el Capítulo II del Título II de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común.

Las reuniones mantenidas por el Comité Consultivo del SAAD, tanto en Pleno como en comisión permanente, han sido las siguientes.



COMITÉ CONSULTIVO DEL SAAD					
SESIONES	2007	2008	2009	2010	TOTAL
Plenarias	4	3	2	4	13
Comisión Permanente	2	0	0	1	3
Total	6	3	2	5	16

Desde el Imserso se han llevado a cabo las actuaciones de coordinación, impulso y apoyo técnico de las reuniones del Comité consultivo.

1.3. CONSEJO ESTATAL DE PERSONAS MAYORES

El Consejo Estatal de Personas Mayores ha sido designado como órgano consultivo de participación institucional en el Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, a través del artículo 41 de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre.

El contenido de todos los Acuerdos del Consejo Territorial ha sido sometido a informe del Consejo Estatal de Personas Mayores con carácter previo a su adopción por el Consejo Territorial.

Desde la entrada en vigor de la Ley, el Consejo Estatal ha celebrado las siguientes reuniones, en las que uno de los temas tratados ha versado sobre la promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia:



CONSEJO ESTATAL DE PERSONAS MAYORES					
<i>SESIONES</i>	<i>2007</i>	<i>2008</i>	<i>2009</i>	<i>2010</i>	<i>Total</i>
Plenarias	3	2	2	2	9
Comisión Permanente	6	5	4	5	20
Total	9	7	6	7	29

A mayor abundamiento, el RD 117/2005, regulador del Consejo Estatal de Personas Mayores, establece en su artículo 8.2, que el Consejo podrá constituir comisiones o grupos de trabajo para el mejor desempeño de sus fines.

Así, se constituyó el **grupo de trabajo de Dependencia**, que abarcó el período de octubre de 2005 a septiembre 2010. Lo hizo con la principal finalidad de participar primero en la génesis y luego en el desarrollo de la ley 39/2006.

El grupo debatió intensamente sobre los aspectos más relevantes de la ley, dando su parecer sobre los distintos proyectos normativos relacionados con aquella, y elaborando documentos y decálogos donde se plasmaba su opinión.

Es de destacar, igualmente, la participación activa que el Grupo tuvo tanto en la preparación como en el desarrollo del III Congreso del Consejo Estatal de las Personas Mayores, que tuvo lugar en Madrid, del 18 al 20 de mayo de 2009.

El grupo estaba constituido por un Coordinador, un Secretario y 17 vocales.

Ha venido reuniéndose desde el ejercicio 2007, a razón de 2-3 reuniones por año.

Con la constitución de un nuevo mandato del Consejo Estatal de Personas Mayores, que tuvo lugar en el Pleno celebrado el 14 de octubre de 2010, se decidió que el trabajo del citado órgano consultivo se articularía con la creación de cuatro grupos de trabajo, que son los siguientes:

- ✓ Comunicación.
- ✓ Envejecimiento Activo
- ✓ Institucional
- ✓ Pensiones, Seguridad Social y Dependencia

Así pues, el grupo de Dependencia de la etapa anterior pasó a denominarse “Pensiones, Seguridad Social y Dependencia”.

Desde el Imserso, se han llevado a cabo las actuaciones de coordinación, impulso y apoyo técnico de las reuniones del Consejo Estatal de Personas Mayores, y sus grupos de trabajo.

1.4. CONSEJO NACIONAL DE LA DISCAPACIDAD

El Consejo Nacional de la Discapacidad es un órgano preexistente a la aprobación de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, si bien, como se ha expuesto anteriormente, esta norma lo constituye como órgano consultivo del SAAD, con las funciones anteriormente detalladas.

A continuación se exponen las reuniones mantenidas por el Consejo Nacional de la Discapacidad en cuyo orden del día se hayan tratado aspectos relacionados con la Ley 39/2006, de 14 de diciembre.



CONSEJO NACIONAL DE LA DISCAPACIDAD					
SESIONES	2007	2008	2009	2010	TOTAL
Plenarias	2	1	1	0	4
Comisión Permanente	2	2	1	4	9
TOTAL	4	3	2	5	13

1.5. CONSEJO ESTATAL DE ORGANIZACIONES NO GUBERNAMENTALES DE ACCIÓN SOCIAL.

El Consejo Estatal de Organizaciones No Gubernamentales de Acción Social, al igual que el Consejo Nacional de la Discapacidad o el Consejo Estatal de Personas Mayores, existía con carácter previo a la aprobación de la Ley 39/2006, pero adquiere en virtud de la misma la consideración de órgano consultivo del SAAD.

A continuación se exponen las reuniones mantenidas por el Consejo Estatal de Organizaciones No Gubernamentales de Acción Social en cuyo orden del día se hayan tratado aspectos relacionados con la mencionada Ley.

CONSEJO ESTATAL DE ORGANIZACIONES NO GUBERNAMENTALES DE ACCIÓN SOCIAL						
SESIONES	2007	2008	2009	2010	2011	TOTAL
Plenarias	3	1		1	1	6
Comisión Permanente	1	3	2	4	3	13
TOTAL	4	4	2	5	4	19



2. NORMATIVA ESTATAL DE DESARROLLO DE LA LEY 39/2006, DE 14 DE DICIEMBRE, DE PROMOCIÓN DE LA AUTONOMÍA PERSONAL Y ATENCIÓN A LAS PERSONAS EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA.

En lo que respecta a la normativa estatal, la Disposición final séptima de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, faculta al Gobierno para dictar cuantas disposiciones sean necesarias para el desarrollo y ejecución de la citada Ley, con la finalidad principal de hacer efectivo el ejercicio del derecho subjetivo de ciudadanía que se reconoce a todos los españoles en situación de dependencia a través del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia.

En base a esta facultad, desde la promulgación de esta Ley se han aprobado una serie de normas, Reales Decretos, Órdenes Ministeriales y Resoluciones para facilitar su aplicación. Siguiendo los mandatos contenidos en la propia Ley, con carácter previo a la aprobación de cada una de las citadas disposiciones, se ha recabado el correspondiente Acuerdo del Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, o bien el correspondiente informe de dicho Consejo.

Por otra parte, la disposición adicional única del Real Decreto 614/2007, de 11 de mayo, sobre nivel mínimo de protección del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia garantizado por la Administración General del Estado, establece que la Administración General del Estado asumirá las funciones de planificación, ordenación, dirección y gestión del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, así como la financiación

correspondiente al nivel mínimo de protección en las ciudades de Ceuta y Melilla. En consecuencia, además de las disposiciones de carácter general de desarrollo de la Ley 39/2006, la Administración General del Estado ha aprobado la normativa correspondiente para el desarrollo de la Ley en las Ciudades de Ceuta y de Melilla.

Además de las normas de rango reglamentario, en este periodo se han publicado dos normas con rango de Ley.

Todas ellas se exponen a continuación en función de su rango normativo.

2.1. **NORMAS CON RANGO DE LEY**

En la disposición adicional séptima se regula la cuestión de los instrumentos privados de cobertura de la dependencia, y se establece que el Gobierno, en el plazo de seis meses, promoverá las modificaciones legislativas que procedan, para regular la cobertura privada de las situaciones de dependencia; asimismo, con el fin de facilitar la cofinanciación por los beneficiarios de los servicios que se establecen en la Ley de Dependencia, se promoverá la regulación del tratamiento fiscal de los instrumentos privados de cobertura de la dependencia. Se desprende, de esta disposición, un mandato realizado por la ley para que el Gobierno, en un plazo de seis meses, inicie los mecanismos legislativos procedentes para la regulación de las mencionadas cuestiones.

Con la finalidad de dar cumplimiento a lo anteriormente expuesto, se aprobó la **Ley 41/2007, de 7 de diciembre**, por la que se modifica la Ley 2/1981, de 25 de marzo, de regulación del mercado hipotecario y otras normas del sistema hipotecario y financiero, de regulación de las hipotecas inversas y el seguro de dependencia, y por la que se establece determinada norma tributaria.

En su disposición adicional primera se establece la regulación relativa a la hipoteca inversa cuando el solicitante y los beneficiarios que éste pueda

designar sean personas de edad igual o superior a los 65 años o afectadas de dependencia severa o gran dependencia. En su disposición adicional segunda, regula los instrumentos privados de cobertura de la dependencia, mediante los seguros de dependencia, recogiendo también ciertas disposiciones acerca de los planes de pensiones que prevén la cobertura de la contingencia de dependencia. Así, además de responder al mandato recogido en la mencionada disposición de la Ley de Dependencia, enlaza con el contenido de aquellas disposiciones adicionales contempladas en la ley 35/2006, de 28 de Noviembre, del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas y de modificación parcial de las leyes de los Impuestos sobre Sociedades, sobre la Renta de no Residentes y sobre el Patrimonio, que introducen una serie de medidas de fomento fiscal de la cobertura de la dependencia mediante seguros privados y planes de pensiones, modificando la regulación sustantiva de estos últimos.

Por otra parte, ha de hacerse necesaria referencia al **Real Decreto-ley 8/2010, de 20 de mayo**, por el que se adoptan medidas extraordinarias para la reducción del déficit público.

Este real decreto-ley contempla medidas extraordinarias adoptadas para dar cumplimiento al compromiso del Gobierno de acelerar, en 2010 y 2011, la reducción del déficit inicialmente prevista.

En relación con la aplicación de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, se adoptan un conjunto de medidas que modifican el contenido de la disposición final primera de la Ley, en concreto se regula un plazo máximo de 6 meses para resolver las solicitudes a contar desde la fecha de solicitud, independientemente de que la administración competente hubiera regulado uno o dos procedimientos diferenciados y se establece que el derecho de acceso a las prestaciones se generará a partir de la fecha de la resolución en la que se reconozca la concreta prestación. No obstante, una vez transcurrido el plazo máximo indicado sin haberse notificado resolución expresa de reconocimiento

de la prestación, el derecho a percibir la prestación económica se generará desde el día siguiente al del cumplimiento del mencionado plazo.

Asimismo, regula que las cuantías que se adeudan en concepto de efectos retroactivos de la prestación económica para cuidados en el entorno familiar, independientemente de la fecha de la solicitud, podrán ser aplazadas y su pago periodificado en pagos anuales de igual cuantía en un plazo máximo de 5 años.

Por último, se determina que la normativa que resulta de aplicación a las solicitudes presentadas con anterioridad a la entrada en vigor de este real decreto – ley, a las que se reconozca Grado III o Grado II, será la Disposición final primera en la redacción vigente al momento de presentación de la solicitud.

2.2. REALES DECRETOS

La primera de las normas aprobadas ha sido el **Real Decreto 504/2007, de 20 de abril**, que viene a responder al mandato contenido en la Disposición final quinta de la Ley 39/2006, que encomendaba expresamente al Gobierno la aprobación de una norma que estableciera el baremo para la valoración de los grados y niveles de dependencia previstos en los artículos 26 y 27. Así, el artículo único de este Real Decreto aprobó el baremo de valoración de los grados y niveles de dependencia, además de la escala de valoración específica para los menores de tres años prevista en la Disposición adicional decimotercera de la Ley; posteriormente, el 18 de mayo, se publicaría en el Boletín Oficial del Estado la corrección de errores de este Real Decreto. Además, viene a dar cumplimiento al mandato contenido en la disposición adicional novena de la Ley 39/2006, que recoge previsiones acerca de la efectividad del reconocimiento de las situaciones vigentes de gran invalidez y de necesidad de ayuda de tercera persona, al establecer en su disposición adicional primera que a las personas que tengan reconocido el complemento de

gran invalidez se les aplicará el correspondiente Baremo, pero garantizando en todo caso el grado I de dependencia moderada, nivel 1. Y para quienes tengan reconocido el mencionado complemento de la necesidad de concurso de otra persona, se crea un sistema de equivalencias o pasarelas, asignando los grados y niveles de dependencia en función de los puntos que se haya determinado por la aplicación del baremo del Anexo II del Real Decreto 1971/1999.

Poco después se procedió a la aprobación del **Real Decreto 614/2007, de 11 de mayo**, sobre nivel mínimo de protección del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia garantizado por la Administración General del Estado. Esta norma asegura el nivel mínimo de protección de la situación de dependencia, previsto en el artículo 7.1 de la Ley 39/2006, mediante la fijación de una cantidad económica que la Administración General del Estado aporta a la financiación del Sistema por cada uno de los beneficiarios reconocidos como dependientes según su grado y nivel, para las prestaciones de dependencia previstas en su programa individual de atención. En el Anexo de dicho Real Decreto se recogía la expresión cuantificada del nivel mínimo de protección correspondiente al Grado III de Gran dependencia, en sus niveles 1 y 2, al ser el Grado cuya efectividad entró en vigor a partir del primer año de implantación de la Ley 39/2006, de conformidad con su calendario de aplicación previsto en el apartado 1 de la de disposición final primera de la Ley. Este Real Decreto fue posteriormente objeto de modificación a través del **Real Decreto 99/2009, de 6 de febrero**. La finalidad pretendida con dicha modificación fue mejorar la eficacia y eficiencia en el cumplimiento de la obligación de contribuir al Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia mediante el nivel mínimo de protección garantizado, para ello se introducen mejoras relacionadas con el momento y forma de libramiento del nivel mínimo de protección a las Comunidades Autónomas y se establece que la aportación de la Administración General del Estado, en concepto de nivel mínimo de protección garantizado para cada beneficiario, quedará condicionada al cumplimiento de los requisitos

establecidos en la Ley 39/2006, además se requiere que el procedimiento de reconocimiento de la situación de dependencia debe haber sido iniciado a solicitud del interesado o de quien ostente su representación y que la valoración de la situación de dependencia se haya realizado mediante la aplicación de los mecanismos establecidos en el Real Decreto 504/2007, no siendo posible determinar el grado y nivel de dependencia mediante otros procedimientos distintos a los establecidos en el citado real decreto.

La implantación del Sistema exigía dar cumplimiento a la previsión contenida en el artículo 18.3 de la Ley, que establecía que la persona cuidadora no profesional debía ajustarse a las normas sobre afiliación, alta y cotización a la seguridad social que se establecieran reglamentariamente. A tal efecto se aprobó el **Real Decreto 615/2007, de 11 de mayo**, por el que se regula la inclusión en la Seguridad Social de los cuidadores no profesionales, se prevé la aplicación a los cuidadores no profesionales de programas de formación y acciones formativas, asimismo, y se recoge lo relativo a su financiación mediante un tipo reducido de cotización.

A través del el Real **Decreto 727/2007, de 8 de junio**, fueron aprobados los criterios para determinar la intensidad de protección de cada uno de los servicios previstos en el catálogo de servicios a que se refiere el artículo 15 de la Ley 39/2006, que ha de recibir la persona dependiente para su atención y cuidado personal en la realización de las actividades de la vida diaria, así como los que tienen como finalidad la promoción de su autonomía personal. Asimismo, se reguló la compatibilidad e incompatibilidad entre los mismos, así como la cuantía de las prestaciones económicas, cuyos requisitos y condiciones de acceso se establecerán por las Comunidades Autónomas o Administración que, en su caso tenga la competencia, teniendo siempre en cuenta lo dispuesto en el acuerdo adoptado por el Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia.

Este Real Decreto también trata las cuestiones relativas a los supuestos de desplazamientos entre las Comunidades Autónomas y la protección de los emigrantes españoles retornados, y estableció las cuantías máximas de las prestaciones económicas para el Grado III, nivel 1 y nivel 2, cuyos derechos se hacían efectivos a partir del 1 de enero de 2007.

Para finalizar este apartado, ha de indicarse que anualmente y a través de los oportunos Reales Decretos se ha procedido a la actualización de las cuantías, tanto del nivel mínimo de protección garantizado por la Administración General del Estado, como las cuantías máximas de las prestaciones económicas; así como a la fijación de los correspondientes importes de tanto del nivel mínimo como de las prestaciones económicas aplicables al los grados y niveles cuyos derechos comenzaban a ser efectivos en virtud del calendario de aplicación progresiva de la Ley:

Como ya se ha indicado, por lo que respecta al año 2007, el nivel mínimo de protección se estableció en el **Real Decreto 614/2007, de 11 de mayo**; y los importes máximos de las cuantías de las prestaciones económicas para el Grado III, nivel 1 y nivel 2, se fijaron a través del **Real Decreto 727/2007, de 8 de junio**.

Por lo que respecta al año 2008, la expresión cuantificada del nivel mínimo se estableció en el **Real Decreto 6/2008, de 11 de enero** (modificado por el **Real Decreto 179/2008, de 8 de febrero**) , a través del cual, por una parte, se actualizaron las cuantías correspondientes al Grado III, niveles 1 y 2; y, por otra parte, se fijaron las cuantías garantizadas en concepto de nivel mínimo para los beneficiarios valorados en el Grado II de Dependencia Severa nivel 2, al ser el Grado y nivel cuya efectividad entró en vigor a partir de enero de 2008, segundo año de implantación de la Ley.

Por lo que se refiere a la cuantía de las prestaciones económicas para el año 2008, su actualización y la fijación de las correspondientes a las personas beneficiarias valoradas en el Grado II, nivel 2, se regularon a través del **Real Decreto 7/2008, de 11 de enero**.

En el año 2009, el **Real Decreto 73/2009, de 30 de enero**, estableció para dicho ejercicio la cuantía máxima de las prestaciones económicas del SAAD para los grados y niveles con derecho a prestaciones. En dicho ejercicio, de conformidad con el calendario de aplicación progresiva de la Ley, se incorporan al Sistema aquellas personas que sean o hayan sido reconocidas en el Grado II, Dependencia Severa, nivel 1, por lo que se procede a establecer la cuantía máxima de las prestaciones así como la revalorización de las que corresponden a los grados y niveles preexistentes, permitiendo el mantenimiento del poder adquisitivo de las personas beneficiarias de acuerdo al aumento del coste de la vida.

Respecto del nivel mínimo de protección para dicho ejercicio 2009, se estableció a través del **Real Decreto 74/2009, de 30 de enero**, mediante la actualización de las correspondientes a los grados y derechos cuya vigencia era preexistente, como las que habrían de aplicarse en adelante para las personas beneficiarias valoradas en el Grado II, Dependencia Severa, nivel 1.

Finalmente, para el año 2010, el **Real Decreto 373/2010, de 26 de marzo**, determina el nivel mínimo de protección garantizado a los beneficiarios del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia para el ejercicio 2010 y el **Real Decreto 374/2010, de 26 de marzo**, hace lo propio respecto de los importes máximos de las prestaciones económicas del SAAD.

2.3. ÓRDENES MINISTERIALES

La primera de las órdenes ministeriales dictadas en aplicación de la Ley, fue la **Orden TAS/1459/2007, de 25 de mayo**, que establece el Sistema de

Información del Sistema para la Autonomía Personal y Atención a la Dependencia (SISAAD), que garantiza la disponibilidad de la información y la comunicación recíproca entre las Administraciones Públicas, así como la compatibilidad y articulación entre los distintos sistemas. Este Sistema de Información tiene como objetivo el proporcionar a las entidades involucradas en la gestión de las prestaciones y servicios del SAAD, la infraestructura necesaria para el mantenimiento y gestión de la información relativa a los beneficiarios del SAAD.

Por otro lado, fue dictada la **Orden TAS/2632/2007, de 7 de septiembre**, por la que se modifica la Orden TAS/2865/2003, de 13 de octubre, por la que se regula el convenio especial en el sistema de la Seguridad Social, norma que afecta también (aunque no exclusivamente, pues también regula a otras cuestiones ajenas a la Ley 39/2006) al ámbito de los cuidadores de personas en situación de dependencia, detallándose varios términos y condiciones relativas a la inclusión obligatoria²⁰ de los cuidadores no profesionales dentro del campo de aplicación del Régimen General de la Seguridad Social, en el que quedarán en situación asimilada a la de alta mediante la suscripción de un convenio especial por el que se regula la Seguridad Social de los cuidadores de las personas en situación de dependencia, tal y como establece el Real Decreto 615/2007, de 11 de mayo.

2.4. RESOLUCIONES ADMINISTRATIVAS

La puesta en marcha y desarrollo de la Ley de promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia también ha necesitado de una serie de Resoluciones:



- **Resolución de 23 de mayo de 2007**, del Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO), a través de la cual publica el acuerdo tomado por el Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, en su sesión de 22 de enero de 2007, por el que se establecen los acuerdos en materia de valoración de la situación de dependencia.
- **Resolución de 23 de mayo de 2007**, del IMSERSO, por la que se publica el Acuerdo de Consejo de Ministros, por el que se aprueba el marco de cooperación interadministrativa y criterios de reparto de créditos de la Administración General del Estado para la financiación del nivel acordado, previsto en la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia.
- **Resolución de 8 de agosto de 2008**, del IMSERSO, por la que se publica el Acuerdo de Consejo de Ministros, en su reunión del día 1 de agosto de 2008, por el que se aprueba el marco de cooperación interadministrativa y criterios de reparto de créditos de la Administración General del Estado para la financiación durante 2008 del nivel acordado, previsto en la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia.
- **Resolución de 2 de diciembre de 2008**, de la Secretaría de Estado de Política Social, Familias y Discapacidad, por la que se publica el Acuerdo del Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, sobre criterios comunes de acreditación para garantizar la calidad de los centros y servicios del SAAD.



- **Resolución de 2 de diciembre de 2008**, de la Secretaría de Estado de Política Social, Familias y Discapacidad, por la que se publica el Acuerdo del Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, sobre determinación de la capacidad económica del beneficiario y sobre los criterios de participación de éste en las prestaciones del SAAD.
- **Resolución de 21 de mayo de 2009**, del IMSERSO, por la que se publica el Acuerdo de Consejo de Ministros de 8 de mayo de 2009, por el que se aprueba el marco de cooperación interadministrativa y criterios de reparto de créditos de la Administración General del Estado para la financiación durante 2009 del nivel acordado, previsto en la Ley 39/2006, de 14 de diciembre. En el mismo se formalizan los compromisos financieros resultantes del acuerdo del Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia respecto a criterios de reparto de créditos de la Administración General del Estado para la financiación de los servicios y prestaciones económicas del nivel acordado.
- **Resolución de 4 noviembre de 2009**, de la Secretaría General de Política Social y Consumo, por la que se publica el Acuerdo del Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, sobre criterios comunes en materia de formación e información de cuidadores no profesionales.
- **Resolución de 4 noviembre de 2009**, de la Secretaría General de Política Social y Consumo, por la que se publica el Acuerdo del Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, sobre objetivos y contenidos comunes de la información del Sistema de información del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia.



- **Resolución de 4 de febrero de 2010**, de la Secretaria General de Política Social y Consumo, por la que se publica el Acuerdo del Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, para la mejora de la calidad de la prestación económica para cuidados en el entorno familiar del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia.
- **Resolución de 4 de febrero de 2010**, de la Secretaria General de Política Social y Consumo, por la que se publica el Acuerdo del Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, en materia de órganos y procedimientos de valoración de la situación de dependencia.
- **Resolución de 29 de junio de 2010**, de la Secretaría General de Política Social y Consumo, por la que se publica el Acuerdo del Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia sobre modificación del baremo de valoración de la situación de dependencia establecido en el Real Decreto 504/2007, de 20 de abril.
- **Resolución de 15 de julio de 2010**, del Instituto de Mayores y Servicios Sociales, por la que se publica el Acuerdo de Consejo de Ministros de 9 de julio de 2010, por el que se aprueba el marco de cooperación interadministrativa y criterios de reparto de créditos de la Administración General del Estado para la financiación durante 2010-2013 del nivel acordado, previsto en la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia.
- **Resolución de 4 de noviembre de 2010**, de la Secretaría General de Política Social y Consumo, por la que se publica el Acuerdo sobre los criterios para determinar las intensidades de protección de los servicios y

el importe de las prestaciones económicas para las personas reconocidas en situación de dependencia en grado I.

2.5. DESARROLLO DE LA LEY 39/2006 EN CEUTA Y EN MELILLA

- **Resolución de 16 de Julio de 2007**, del Instituto de Mayores y Servicios Sociales, sobre el procedimiento a seguir para el reconocimiento de la situación de dependencia y del derecho a las prestaciones del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia.
- **Orden TAS/2455/2007, de 7 de Agosto**, por la que se dictan normas para la aplicación y desarrollo en el año 2007, de los Reales Decretos que desarrollan la Ley 39/2006, de 14 de Diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, en las Ciudades de Ceuta y Melilla (modificada por Orden TAS/278/2008, de 8 de febrero y por la Orden ESD/480/2009, de 13 de febrero).
- **Resolución de 12 de Noviembre de 2007**, del Instituto de Mayores y Servicios Sociales, sobre el procedimiento de habilitación provisional de Centros, Servicios y Entidades privados, para la atención a personas en situación de dependencia en el ámbito territorial de las Ciudades de Ceuta y de Melilla.
- **Real Decreto 1289/2007, de 28 de Septiembre**, por el que se regula la concesión directa de subvenciones a favor de las Ciudades de Ceuta y Melilla, para la realización de programas y actividades para personas mayores y personas en situación de dependencia.
- **Orden TAS/3/2008, de 9 de Enero**, por la que se establecen las bases reguladoras para la concesión de subvenciones personales a residentes de Ceuta y de Melilla para facilitar la autonomía personal,



mediante ayudas económicas para la adquisición de ayudas técnicas y realización de obras de accesibilidad y adaptaciones del hogar, del Instituto de Mayores y Servicios Sociales.

- Resolución de 20 de febrero de 2008, del Instituto de Mayores y Servicios Sociales, por la que se convocan subvenciones personales a residentes de Ceuta y de Melilla para facilitar la autonomía personal, mediante ayudas económicas para la adquisición de ayudas técnicas y realización de obras de accesibilidad y adaptaciones del hogar.
- **Resolución de 9 de marzo de 2009**, del Instituto de Mayores y Servicios Sociales, por la que se convocan subvenciones personales a residentes en Ceuta y Melilla para facilitar la autonomía personal, mediante ayudas económicas para la adquisición de ayudas técnicas y realización de obras de accesibilidad y adaptaciones del hogar, durante el año 2009
- **Resolución de 13 de abril de 2010**, del Instituto de Mayores y Servicios Sociales, por la que se convocan subvenciones personales a residentes de Ceuta y de Melilla para facilitar la autonomía personal, mediante ayudas económicas para la adquisición de ayudas técnicas y realización de obras de accesibilidad y adaptaciones del hogar, durante el año 2010.
- **Orden SAS/2287/2010, de 19 de agosto**, de Ceuta y Melilla, por la que se regulan los requisitos y el procedimiento para la acreditación de los centros, servicios y entidades privadas, concertadas o no, que actúen en el ámbito de la autonomía personal y la atención a personas en situación de dependencia en las ciudades de Ceuta y de Melilla.

3. ACTUACIONES RELACIONADAS CON LA VALORACIÓN DE LA SITUACIÓN DE DEPENDENCIA.

La valoración de la situación de dependencia es condición básica que garantiza la igualdad de todos los españoles en el ejercicio de los derechos, acceso a los servicios y prestaciones del Sistema para la Autonomía y Atención a la dependencia.

Corresponde al Consejo Territorial del SAAD, como ya se ha expuesto, acordar el baremo a que se refiere el artículo 27 de la Ley para su posterior aprobación por el Gobierno mediante Real Decreto, así como establecer los criterios básicos de procedimiento de valoración y de las características de los órganos de valoración.

En el marco descrito, el Imserso ha promovido e impulsado, en cada momento, actuaciones dirigidas a desarrollar e implantar el sistema de valoración de la situación de dependencia establecido en la Ley, mediante la coordinación y seguimiento continuo a través de los instrumentos fundamentales de que se ha dotado el Consejo Territorial del SAAD: Comisión Delegada y Comisión técnica de coordinación y seguimiento de la aplicación del baremo de Valoración de la situación de Dependencia (CTVD), así como en sus correspondientes grupos de trabajo. Para ello se ha llevado a cabo el análisis previo de la documentación correspondiente, y se ha prestado apoyo informático y asistencia técnica.

Esta tarea ha sido fundamental para permitir al Consejo Territorial adoptar los correspondientes Acuerdos en materia de valoración y su posterior trasposición a la normativa correspondiente.

En relación con la elaboración de los instrumentos para la valoración de la situación de dependencia, el Imserso ha llevado a cabo los siguientes trabajos:

- Elaboración de un instrumento de valoración de la situación de dependencia conforme a lo establecido en el Libro Blanco Dependencia y posteriormente en la Ley 39/2006, de 14 de diciembre. (Durante el periodo 2006 – primer trimestre de 2007 y en colaboración con la Fundación Instituto Catalán de Envejecimiento (FICE) de la Universidad Autónoma de Madrid).
- Elaboración de una escala específica para la valoración de la situación de dependencia en niños de 0 a 3 años (Durante el periodo 2006 – primer trimestre de 2007 y en colaboración con el Servicio de Atención Temprana del Gobierno de Cantabria y el Instituto Universitario de Integración en la Comunidad (Inico) de la Universidad de Salamanca).
- Pilotaje de los dos instrumentos anteriores para determinar su fiabilidad y validez, y ajustes pertinentes, documentando y apoyando con ello la función del Consejo Territorial del SAAD en el establecimiento del baremo de dependencia. (Durante el primer trimestre de año 2007, realizado por sus creadores y las Unidades de valoración de la Discapacidad de las Comunidades Autónomas y del Imserso).

Una vez acordado por el Consejo Territorial el instrumento para la valoración de la situación de dependencia, y aprobado el Real Decreto 504/2007, de 20 abril, desde el Imserso se ha impulsado la evaluación de los resultados del primer año de su aplicación, a efecto de documentar al Consejo Territorial del SAAD en el cumplimiento de la función encomendada por la disposición adicional cuarta del mencionado Real Decreto: *“Transcurrido el primer año de aplicación del baremo de valoración de la situación de dependencia que se establece mediante este Real Decreto, el Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, realizará una evaluación de los resultados obtenidos y propondrá las modificaciones que, en su caso, estime procedentes”*. Estos trabajos se llevaron a cabo durante el año 2008, con el

apoyo técnico de FICE, el Gobierno de Cantabria, y el Grupo de trabajo creado por la CTVD en el que participaron profesionales de todas las Comunidades Autónomas.

Como resultado de estos trabajos, el Consejo Territorial en su reunión de 1 de junio de 2010 adoptó el Acuerdo sobre modificación del baremo de valoración de la situación de dependencia, que posteriormente dio lugar al Real Decreto 174/2011, de 11 de febrero, por el que se aprueba el baremo de valoración de la situación de dependencia establecido por la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, el cual entrará en vigor el 18 de febrero de 2012.

El Imserso ha desarrollado igualmente diversa documentación como ayuda a los profesionales para la valoración y aplicación del baremo de valoración de la situación de dependencia:

- Manual de Uso para el empleo del Baremo de Valoración de la Dependencia (BVD) (Año 2007).
- Manual de Uso para el empleo de la Escala de Valoración de la situación de dependencia en edades de cero a tres años (EVE) (Año 2007).

Ambos manuales tienen la finalidad de servir de apoyo a los/as profesionales que han de aplicar el baremo de acuerdo con lo previsto en el RD 504/2007, de 20 de abril.

- Compendio de resolución de dudas y problemas de valoración en la aplicación del baremo reglamentado en el RD 504/2007, de 20 de abril, el cual contiene orientaciones en cada caso para la homogenización de criterios de aplicación del baremo (Año 2008).

Asimismo, tras el Acuerdo del Consejo Territorial de 25 de junio de 2010 y conforme se acordó en el mismo, el IMSERSO comenzó a trabajar en la elaboración de las Guías de orientación para la práctica profesional de la

valoración reglamentaria de la situación de dependencia en personas con trastornos mentales graves, enfermedad de Alzheimer y otras demencias, ceguera y deficiencia visual grave, sordoceguera, enfermedades neurodegenerativas: esclerosis múltiple, Parkinson y neuromusculares raras; daño cerebral, parálisis cerebral y productos de apoyo. Las guías se están elaborando en colaboración con las Asociaciones representativas de los distintos colectivos y los Centro de referencia del Imserso. En octubre de 2011 finalizaron los trabajos sobre las Guías para la valoración reglamentaria de la situación de dependencia en personas con sordoceguera, en personas con ceguera y deficiencia visual grave, en personas con enfermedad de Alzheimer y otras demencias, y en personas con trastornos mentales graves.

El Imserso ha organizado las siguientes acciones formativas relacionadas con la aplicación de los instrumentos de valoración de la situación de dependencia:

- Cursos de “Formación de formadores” dirigido a los profesionales que se encargarían de impartir la formación necesaria para la aplicación del baremo, previa a la entrada en vigor de su reglamentación:
 - Año 2007. La formación está basada en el contenido del Acuerdo de 23 de marzo de 2007, del Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia por el que se aprueban el baremo de valoración de los grados y niveles de dependencia, y la escala de valoración específica para menores de tres años, así como la homologación de los reconocimientos previos para aquellas personas que tengan reconocido el complemento de gran invalidez y para quienes tengan reconocido el complemento de la necesidad del concurso de otra persona.



- Año 2010. La formación está basada en el contenido del Acuerdo de 1 de junio de 2010, del Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia sobre modificación del baremo de valoración de la situación de dependencia establecido en el Real Decreto 504/2007, de 20 de abril.
- Jornadas sobre Valoración de la situación de Dependencia y sobre la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE 10), impartidas en el año 2008 y abiertas a todos los profesionales interesados en la valoración de la dependencia.

4. FINANCIACIÓN DEL SISTEMA PARA LA AUTONOMÍA Y ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA POR LA ADMINISTRACIÓN GENERAL DEL ESTADO

El Estado ha aportado, hasta el 31 de diciembre de 2010, 5.390.510.668 euros para financiar la atención a la dependencia principalmente a través del nivel mínimo de protección garantizado, del nivel acordado, las cuotas a la Seguridad Social de las personas cuidadoras no profesionales y a través de una financiación adicional mediante el Fondo Especial del Estado para la Dinamización de la Economía y el Empleo, creado por Real Decreto-Ley 9/2008, de 28 de noviembre (PlanE).

El nivel mínimo de protección garantizado por la Administración General del Estado, resulta un elemento fundamental que contribuye a la financiación del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia. La financiación de este Nivel, es asumida íntegramente por la Administración General del Estado, en los términos establecidos en los artículos 9 y 32 de la Ley 39/2006; y de conformidad con lo previsto en el Real Decreto 614/2007, de 11 de mayo,



sobre nivel mínimo de protección del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia garantizado por la Administración General del Estado.

Por lo que se refiere al nivel acordado de protección, cada año, una vez acordado por el Consejo Territorial el marco de cooperación interadministrativa y aprobado por el Consejo de Ministros el marco de cooperación interadministrativa y criterios de reparto de créditos de la Administración General del Estado para la financiación del nivel acordado, dicha Administración General ha suscrito con cada una de las Comunidades Autónomas los oportunos Convenios y ha transferido las cuantías económicas correspondientes.

Asimismo, corresponde a la Administración General del Estado el pago de las cuotas a la seguridad social y formación profesional de las personas cuidadoras no profesionales de las personas en situación de dependencia, según establece el Real Decreto 615/2007, de 11 de mayo, por el que se regula la Seguridad Social de los cuidadores de las personas en situación de dependencia.

La Administración General del Estado ha cumplido sus obligaciones de pago del nivel mínimo de protección de conformidad con lo previsto en el lo previsto en el Real Decreto 614/2007, de 11 de mayo, sobre nivel mínimo de protección del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, garantizado por la Administración General del Estado, a cuyo tenor la Administración General del Estado hará efectiva a las comunidades autónomas las cantidades que procedan en función del número de personas beneficiarias reconocidas en situación de dependencia con prestación reconocida, teniendo en cuenta para ello su grado y nivel y la fecha de efectividad de su reconocimiento; para lo cual la información es facilitada al efecto por las Comunidades Autónomas a través de la conexión a la red de comunicaciones y servicios telemáticos del SISAAD.

Del mismo modo, la Administración General del Estado ha realizado anualmente las transferencias de aquellas cuantías económicas que a cada Comunidad



Autónoma ha correspondido en concepto de nivel acordado de protección, en virtud del convenio suscrito al efecto con cada una de ellas en ejecución del Marco de Cooperación Interadministrativa establecido en el artículo 10 de la Ley.

Para hacer frente a sus obligaciones de pago, las cuantías inicialmente consignadas en los presupuestos generales del Estado para la promoción de la autonomía personal y atención a la situación de dependencia, han sido debidamente incrementadas a través de los correspondientes suplementos de crédito cuando ha sido necesario.

Así, en el año 2009, a la cuantía inicial presupuestada para la promoción de la autonomía personal y atención a la dependencia, ha de sumarse un suplemento por la cantidad total de 490.970.222,12 euros, (468.351.029 euros para el pago del nivel mínimo y 22.619.193,12 euros para el pago de las cuotas seguridad social de personas cuidadoras no profesionales).

En el año 2010, el suplemento ascendió a la cantidad total de de 448.616.113,52 euros (358.395.064,95 euros para el pago del nivel mínimo y 90.221.048,57 euros para el pago de cuotas de la seguridad social de de personas cuidadoras no profesionales).

La cifra total alcanzada por los suplementos de crédito a las cuantías inicialmente presupuestadas, asciende a 939.586.335,64 euros.

Para finalizar, cabe destacar una financiación adicional de la Administración General del Estado a las Comunidades Autónomas a través del Fondo Especial del Estado para la Dinamización de la Economía y el Empleo (PlanE), dotado con 400 millones de euros para financiar actuaciones referentes a la atención a la dependencia.

(Ver Anexo Financiación Age)

5. ACTUACIONES EN MATERIA DE CALIDAD DEL SAAD, PROFESIONALIZACIÓN DEL SAAD, Y FORMACIÓN DE LOS CUIDADORES NO PROFESIONALES.

Desde el Imserso, se han llevado a cabo las actuaciones de coordinación, impulso y apoyo técnico de los Acuerdos del Consejo Territorial, la Comisión Delegada y sus grupos de trabajo, en materia de calidad.

También en materia de calidad, el Imserso impulsa y participa en el proceso de elaboración y aprobación de normas UNE relativas a cada uno de los servicios que integran el catálogo de recursos previsto en la Ley de la Dependencia desde AENOR, propiciando la participación de todos los implicados (Administraciones, agentes sociales, organizaciones no gubernamentales, organismos técnicos, etc.)

Las Normas UNE resultantes son las siguientes:

- UNE 158.101: Gestión de los centros residenciales y centros residenciales con centro de día o centro de noche integrado.
- UNE 158.201: Gestión de centros de día y de noche.
- UNE 158.301: Gestión del servicio de ayuda a domicilio.
- UNE 158.401: Gestión del servicio de teleasistencia.

En cuanto a los Recursos Humanos de las citadas Normas, el Plenario del Comité 158 de AENOR además de aprobar el texto de la Norma UNE 158101 "Servicio para la promoción de Autonomía Personal. Gestión de los Centros Residenciales con Centro de Día o Centro de Noche Integrado. Requisitos", aprobó la constitución de un Subcomité de Recursos Humanos y Formación de las normas UNE aprobadas.

Durante el año 2008 se realizaron reuniones mensuales del citado Subcomité, en las que se elaboraron documentos de trabajo relativos al Mapa de Ocupaciones, Perfiles profesionales y necesidades de formación del personal de centros y servicios a los que se refieren las Normas UNE aprobadas.

Durante el año 2009, se realizaron seis reuniones del citado Subcomité, en las que se elaboraron documentos de trabajo relativos al Mapa de Ocupaciones, Perfiles profesionales y necesidades de formación del personal de centros y servicios a los que se refieren las citadas Normas, elaborándose de un documento integrado sobre perfiles profesionales, planes de formación, procesos de selección, ingreso y procesos de participación de los trabajadores citados anteriormente.

El Imsero ha trabajado en el diseño, apoyo técnico y elaboración de propuestas en materia de profesionalización del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia y de formación de los cuidadores no profesionales.

Durante el año 2008 se impulsan acciones formativas para cuidadores no profesionales en las ciudades de Ceuta y Melilla, en el marco de las convocatorias de subvenciones promovidas por el Servicio Público de Empleo Estatal y la Fundación Tripartita para la Formación, según establece el Real Decreto 395/2007, por el que se regula el subsistema de formación profesional para el Empleo.

En lo referente a la profesionalización del SAAD, se inicia y mantiene, durante este periodo, la colaboración y coordinación con el INCUAL, la Subdirección de Orientación y Formación Profesional, y el Servicio Público de Empleo Estatal, para abordar temas relacionados con las cualificaciones profesionales, Títulos de Formación Profesional, los correspondientes certificados de profesionalidad y acreditación de la experiencia laboral en el ámbito del SAAD.

Como consecuencia de esta colaboración se ha realizado el análisis y valoración, en la fase de contraste externo, previo a su publicación, de las cualificaciones profesionales siguientes:

FAMILIA PROFESIONAL	Denominación	Nivel
Serv. Socioculturales y a la Comunidad	Gestión de llamadas de teleasistencia	2
Serv. Socioculturales y a la Comunidad	Atención al alumnado con necesidades educativas especiales en centro educativos	3
Serv. Socioculturales y a la Comunidad	Dinamización, programación y desarrollo de acciones culturales	3
Serv. Socioculturales y a la Comunidad	Gestión y organización de equipos de limpieza	3
Serv. Socioculturales y a la Comunidad	Mediación entre la persona sordociega y la comunidad	3
Serv. Socioculturales y a la Comunidad	Procesos de enseñanza-aprendizaje en formación para el empleo	3
Serv. Socioculturales y a la Comunidad	Promoción, desarrollo y participación de la comunidad sorda	3
Serv. Socioculturales y a la Comunidad	Promoción e intervención socioeducativa con personas con discapacidad	3
Serv. Socioculturales y a la Comunidad	Promoción para la igualdad efectiva de mujeres y hombres	3
Actividades físicas y deportivas	Animación físico-deportiva y recreativa para personas con discapacidad	3

Igualmente, se han analizado y valorado borradores de las siguientes cualificaciones profesionales, en proceso de elaboración por el INCUAL, previo a la fase de contraste externo:

- “Asistencia Personal”
- “Oficial de Unidad Móvil”

En cuanto al Real Decreto 1224/2009, de reconocimiento de de las competencias profesionales adquiridas por experiencia laboral, este establece que la competencia para el desarrollo y aplicación del mismo, corresponde al Mº de Trabajo e Inmigración y Mº de Educación, junto con las Comunidades Autónomas que realizarán, en función de sus necesidades, las convocatorias correspondientes del procedimiento de evaluación y acreditación.

Asimismo, el artículo 10, punto 5, le confiere a la Administración General del Estado en colaboración con las Comunidades Autónomas, la facultad de realizar convocatorias del procedimiento de carácter supraautonómico para determinados sectores o colectivos, cuando las convocatorias autonómicas no permitan garantizar la integración de los intereses contrapuestos de diversas Comunidades Autónomas, así como la igualdad en las posibilidades de acceso al procedimiento para personas residentes en el territorio de distintas Comunidades Autónomas.

Para abordar el proceso de desarrollo de este Real Decreto, el IMSERSO ha mantenido la oportuna colaboración y coordinación con la Administración General del Estado competente, priorizándose así los procedimientos de reconocimiento, evaluación y acreditación de las cualificaciones profesionales del ámbito de la LAPAD.

De esta manera, se han realizado los cursos de formación para la habilitación como asesor o evaluador de las cualificaciones de “Atención sociosanitaria a personas dependientes en instituciones sociales” y Atención sociosanitaria a personas en el domicilio”, permitiendo el inicio y desarrollo de las convocatorias del procedimiento de evaluación y acreditación de la experiencia de estas

cualificaciones, en diez Comunidades Autónomas. A tal efecto, se ha realizado el siguiente desarrollo a nivel Estatal, de las cualificaciones citadas:

- Elaboración de los instrumentos de apoyo (Guías de evidencia y Cuestionario de Autoevaluación) para la evaluación y acreditación de las competencias adquiridas a través de la experiencia laboral de estas cualificaciones.
- Se han realizado dos convocatorias de cursos de formación, para la habilitación como asesores o evaluadores de las cualificaciones anteriormente citadas, con un total de 501 plazas para evaluadores y 501 para asesores para todo el territorio del Estado.
- Se ha creado la Comisión Interministerial para el seguimiento y evaluación del procedimiento de las competencias profesionales adquiridas por la experiencia laboral, mediante Orden PRE/910/2011, de 12 de abril (BOE de 15 de abril de 2011), como órgano colegiado interministerial y adscrito al M^o de Educación o al de Trabajo.

Esta Comisión tiene como fines, entre otros, promover y difundir el procedimiento de evaluación y acreditación de competencias profesionales adquiridas a través de la experiencia, colaborar con las CCAA con el fin de coordinar el conjunto de acciones en todo el Estado y acordar propuestas conjuntas para el desarrollo del procedimiento y realizar el seguimiento y evaluación del mismo.

- Se ha creado la Plataforma de Información y Orientación, que establece el Real Decreto 1224/2009, vía Internet, que permite obtener información relativa al procedimiento de evaluación y acreditación, a las convocatorias y a las ofertas de formación, así como el Programa ACREDITA que es la herramienta que el Ministerio de Educación pone a

disposición de los usuarios, para comprobar qué puedes obtener de la Acreditación de Competencias y de qué modo puedes conseguir una titulación oficial.

6. SISTEMA INFORMÁTICO DEL SISTEMA PARA LA AUTONOMÍA Y ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA (SISAAD).

La puesta en marcha de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia, requirió del entonces Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (MTAS), a través del Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO), el impulso y establecimiento de un Sistema de Información que soportase el nuevo Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SISAAD).

Los artículos 37 y 38 de la Ley 39/2006, recogen las características y objetivos generales en los que se sustenta el SISAAD, que se desarrollan a través de la Orden TAS/ 1459/2007, de 25 de mayo, siendo responsable de la administración del mismo la Dirección General del IMSERSO.

Esta exigencia de la Ley ha generado un significativo esfuerzo por parte del IMSERSO, tanto en materia de adquisición de infraestructuras como en términos de contratación de servicios de consultoría y asistencia técnica, para desarrollar los sistemas que en estos momentos soportan todo el SISAAD.

Previamente a estas actuaciones, el IMSERSO había realizado el Mapa de Procesos del SAAD, el cual se presentó a las Direcciones Generales de Servicios Sociales de las Comunidades Autónomas (10 y 11 de mayo de 2006, en Barcelona) y posteriormente a sus responsables de Informática (6 de junio de 2006, en Madrid), asumiéndose en dichas reuniones la necesidad de disponer de un sistema a nivel estatal que garantizara una homogeneidad en el

tratamiento y resolución de las futuras prestaciones del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia.

Por lo tanto, el SISAAD se diseña e implementa respondiendo esencialmente a una doble necesidad: contar con un instrumento para la gestión de la información por parte de los distintos actores implicados en cada proceso, y permitir la recopilación y mantenimiento de la enorme cantidad de información generada por la aplicación de la Ley, para la elaboración de estadísticas que reflejen fielmente la realidad del Sistema.

Como respuesta a dichas necesidades, la arquitectura del sistema se diseña sobre la base de un CRM²¹, que permite una potencia de tratamiento de datos y explotación de reglas que, de otro modo, hubiese sido necesario desarrollar a medida. Dicha arquitectura se compone de tres elementos fundamentales: el sistema CRM central, el módulo de estadísticas y el portal de la dependencia.

El diseño de la herramienta implementa el paradigma de la aplicación *online*, especialmente adecuada para un entorno como el de la dependencia, donde coexisten multitud de usuarios distribuidos a nivel nacional.

6.1. EVOLUCIÓN HISTÓRICA

El comienzo de la andadura supuso para el IMSERSO la necesidad de llevar a cabo unas tareas iniciales que se podrían resumir en:

- ✓ **Consultoría de gestión pública** (estratégica y funcional). Dando cobertura a las necesidades de análisis e implantación de la nueva normativa que iba surgiendo al amparo de la Ley, las necesidades

²¹ CRM: *Customer Relationship Management*. Sistemas informáticos de apoyo a la gestión de las relaciones con los usuarios. Sistema que administra un *data warehouse* (almacén de datos) con la información de la gestión de procesos y de usuarios de la organización.

expresadas por las Comunidades Autónomas y el propio IMSERSO y su implantación en el marco del sistema desarrollado.

- ✓ **Asistencia técnica** para el desarrollo e implantación del modelo funcional y tecnológico definido en el ámbito lógico de la arquitectura.
- ✓ **Operación y soporte de la arquitectura del sistema y puesta en marcha** de nuevas funcionalidades del Sistema.
- ✓ **Soporte funcional y técnico** a usuarios apoyado sobre la Unidad de Atención Técnica (UAT) configurada por personal del IMSERSO con la finalidad de impulsar, planificar y diseñar las líneas generales del SISAAD.
- ✓ **Asistencia técnica de formación a formadores y apoyo en la comunicación.** Desde el punto de vista de formación continua y tras las diversas implantaciones de nuevas funcionalidades; estableciendo cauces de comunicación fluidos con las distintas administraciones autonómicas.

Tras el estudio de estos hitos, se establecieron las necesidades tecnológicas y de soporte mínimas para la puesta en marcha del Sistema de Información del SAAD, siendo el resultado de todo ello actuaciones como:

- ✓ Adquisición de la **infraestructura tecnológica** que soporta el SISAAD.
- ✓ Disponibilidad de los **servicios de *alorad*** (alojamiento) y **comunicaciones** del acceso a las soluciones (*front-office*²²).
- ✓ Adquisición y reparto de los **equipos móviles** – *tablet PC*²³ – para los valoradores.

²² *Front office*: Término de negocios que se refiere al departamento de una compañía que contacta con los clientes. En nuestro caso con los usuarios.

- ✓ Adquisición de las **licencias** de *Oracle/Siebel CRM* y *Oracle/Siebel Analytics*. Elementos de base para la construcción de todas las aplicaciones que dan cobertura a la gestión del SAAD.
- ✓ Contratación de **servicios** para el diseño, construcción, formación y puesta en marcha de los sistemas de gestión de casos y cuadro de mando analítico.
- ✓ Contratación de **servicios para la administración** de los entornos (bases de datos, sistemas y comunicaciones).
- ✓ Contratación de **servicios para la atención** funcional y técnica a usuarios.

A este “primer SISAAD” se le han ido introduciendo paulatinamente nuevas funcionalidades que, de forma cronológica, y a grandes rasgos, han sido las siguientes:

Año 2007

Durante ese año, y con objeto de acercar la información relativa al SAAD al ciudadano, desde el IMSERSO se adoptaron dos medidas de impacto:

- El servicio de información telefónica del SAAD, que tuvo como objetivo principal facilitar información telefónica relativa al SAAD. Ya en el año 2007 se atendieron un total de 218.448 llamadas.
- La página *Web* del SAAD.

Por otra parte, en relación al portal de la Dependencia impulsado por el IMSERSO, en septiembre de 2007 comienza su andadura en la Red, en

²³ Dado que la Ley en materia de dependencia exigía la valoración en el domicilio del solicitante, la aplicación informática se diseñó para que permitiese la valoración *on line* mediante la utilización de *Tablet PC*.



<http://www.saad.mtas.es>, con la finalidad de que el SAAD dispusiese de un sitio en Internet por donde canalizar información y servicios a las personas y entidades interesadas.

Desde un primer momento, abril de 2007, se habilitó un entorno de formación, fiel reflejo de la aplicación informática, con objeto de permitir que los diferentes Órganos Gestores pudieran formar a sus profesionales en la utilización del aplicativo informático. En paralelo se realizaron varias acciones formativas presenciales a los usuarios en las instalaciones de INTECO (León).

Durante este año se superaron las 500 llamadas telefónicas de usuarios para solicitar soporte.

A lo largo del año se ponen en funcionamiento distintas versiones del aplicativo informático permitiendo que se pueda realizar el tratamiento completo de los expedientes.

Con el SISAAD operativo, las Comunidades Autónomas realizan su gestión pudiendo elegir entre hacerlo íntegramente en este sistema o en los suyos propios, volcando posteriormente la información en el SISAAD.

Para la utilización de la solución de movilidad con los Tablet Pc, se incorporó la utilización de comunicaciones vía tarjetas con tecnología 3G. Esto permitió la conexión directa al SISAAD de los aloradotes desde los domicilios de las personas visitadas.

Año 2008

En el marco de la Unidad de Atención Técnica (UAT) se inició una dinámica de reuniones bilaterales con las diferentes Comunidades Autónomas usuarias del aplicativo informático, con objeto de presentar las nuevas funcionalidades previstas y sobre todo, conocer las dificultades y propuestas de cada una de ellas.

El Sistema de Información fue incrementando sus funcionalidades mediante distintas incorporaciones y mejoras de lo ya operativo. Durante este año se realizan 8 subidas a producción con nuevas funcionalidades y mejoras en el aplicativo de gestión y en la utilización de los servicios web de comunicación de información.

Cada subida a producción de nuevos desarrollos implicaba nuevas sesiones de formación a los usuarios que fueron impartidas por el IMSERSO.

Igualmente, en el marco de colaboración con otros Organismos del Estado, durante 2008 se fijaron los intercambios de información a realizar con la Tesorería General de la Seguridad Social sobre cuidadores no profesionales.

Al finalizar el año 2008 la distribución de los Órganos Gestores, según el modo de utilización del SISAAD era:

Usuarios directos del SISAAD (los que gestionan sus expedientes utilizando el aplicativo):

- Andalucía.
- Aragón.
- Asturias.
- Baleares.
- Canarias.
- Castilla la Mancha.
- Extremadura.
- La Rioja.
- Direcciones Territoriales del IMSERSO en Ceuta y Melilla.

Usuarios que acceden al SISAAD mediante servicios Web (los que gestionan sus expedientes utilizando su propio aplicativo y vuelcan los datos al SISAAD mediante servicios Web):

- Cantabria.
- Castilla y León.
- Cataluña.
- Galicia.
- Madrid.
- Murcia.
- Navarra.
- País Vasco.
- Comunidad Valenciana.

El soporte técnico y funcional a los usuarios se incrementó en un 66% con respecto al año anterior.

Año 2009

En este año continúa creciendo la utilización del SISAAD, de forma que durante el último trimestre de 2009 se conectaron a SISAAD cerca de 1800 usuarios diferentes y se superó la cantidad de 540 usuarios/día.

Siguiendo las indicaciones del IMSERSO y con el acuerdo de diferentes Comunidades Autónomas, se realizaron trabajos de mejora de la calidad de los datos introducidos en el sistema mediante procedimientos de migración automatizados.



Se implementaron mejoras en el sistema a nivel de configuración del servidor (*Back-End*) para optimizar la velocidad de respuesta del aplicativo. Las mejoras se realizaron a nivel de:

- ✓ Configuración de la arquitectura del sistema.
- ✓ *Scripting* de los desarrollos.
- ✓ Sistema operativo.
- ✓ Optimización de parámetros de bases de datos.

Se aumentó el ancho de banda en la comunicación existente entre el *back-end* ubicado en los servicios centrales del IMSERSO y el *front-end* ubicado en el TIC de TELEFONICA en su sede de Tres Cantos.

Se mejoró el procedimiento de resolución de posibles incidencias en la sincronización de datos de los dispositivos remotos (*Tablet-PC*) y se optimizó el procedimiento de sincronización de datos.

Se llevó a cabo una ampliación en las máquinas del entorno de producción ubicadas en los Servicios Centrales del IMSERSO. En esos momentos se inició el traslado de las máquinas de respaldo y formación, ubicadas en la sede de los Servicios Centrales del Ministerio de Trabajo, al centro de cálculo construido expresamente para ello en la sede del Centro de Referencia Estatal de Autonomía Personal y Ayudas Técnicas (CEAPAT), centro perteneciente al IMSERSO.

Además de las asistencias *in situ* a las sedes de las Comunidades Autónomas, se establece desde la Unidad de Atención Técnica (UAT) la necesidad de llevar a cabo reuniones periódicas a nivel de técnicos (administradores), realizándose la primera en noviembre de 2009. Igualmente, se continúan realizando jornadas formativas presenciales.

Como complemento al plan de formación y con la intención de llegar a todos los usuarios, se llevó a cabo la elaboración de un portal específico de autoformación y desarrollo de los contenidos en el que se colocan a disposición de los usuarios una serie de cursos autoformativos desarrollados con herramientas de *e-learning*, incluyéndose durante este año un total de doce.

Hay que resaltar la adaptación que se realizó del SISAAD para poder incluir en el aplicativo los contenidos comunes aprobados en el Acuerdo del Consejo Territorial, Resolución de 4 de noviembre de 2009 de la Secretaría General de Política Social y Consumo del Ministerio de Sanidad y Política Social (BOE 286, de 27 de noviembre de 2009). Mediante este acuerdo se identifican los datos mínimos que deben aportarse al sistema, de tal forma que se pueda realizar una gestión y una explotación estadística adecuadas.

Año 2010

La utilización del SISAAD por parte de las Comunidades Autónomas continuó en su tendencia alcista de manera que se pasó de una media de 540 usuarios/día durante 2009 a 672 usuarios/día en 2010.

En línea con el plan de comunicación con las Comunidades Autónomas se continuaron realizando, en las sedes de las Comunidades Autónomas, reuniones bilaterales de acuerdo con las necesidades de los propios usuarios. Además se continuó con los encuentros con los administradores de las Comunidades Autónomas en el IMSERSO.

Se elaboraron un total de seis nuevos cursos autoformativos y se actualizaron las ya existentes.

Se elaboraron una serie de protocolos para mejorar las actuaciones por parte del personal implicado en el SISAAD. Entre otros destacan los protocolos de gestión de incidencias y de recepción de documentación.



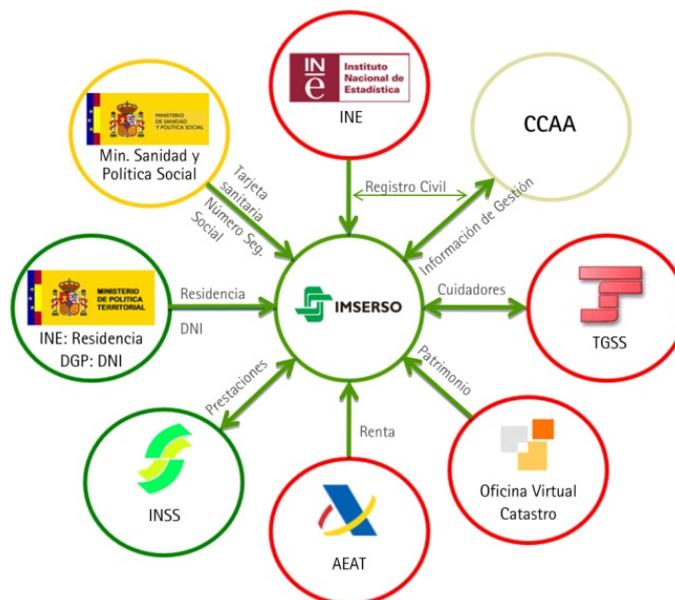
En 2010 se llevaron a cabo seis actualizaciones del aplicativo. Hay que destacar entre estas las destinadas a ajustar la aplicación al Real Decreto-Ley 8/2010, de 20 de mayo.

Una de las actuaciones más importantes durante este año ha sido la de articular mecanismos de intercambio de información con las siguientes administraciones públicas en aras a enriquecer la información del sistema, siendo este proceso transparente para las Comunidades Autónomas. Dichos mecanismos de intercambio de información han sido precedidos por las correspondientes firmas de acuerdo IMSERSO-Comunidades Autónomas (salvo la Comunidad de Madrid) en las que estas autorizaban al IMSERSO a, en su nombre, interactuar con estos Organismos con el fin de recabar la información sobre los beneficiarios del SISAAD que dichos Organismos disponen y ponerla a disposición de las Comunidades Autónomas en sus respectivos expedientes.

Los Organismos Públicos con los que se intercambia información son los siguientes:

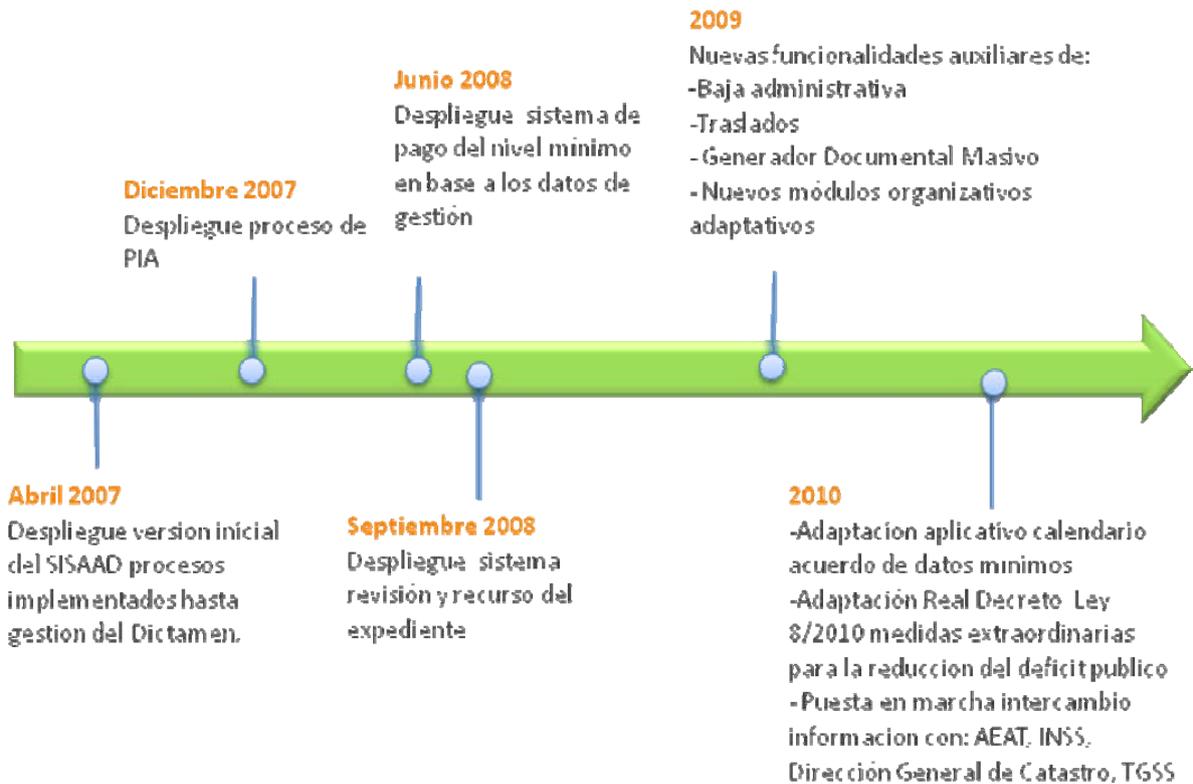
- Instituto Nacional de Estadística:
 - Datos fallecimientos a nivel nacional
 - Datos de residencia del solicitante (a través de la plataforma de intermediación del Ministerio de Política Territorial)
- Instituto Nacional de la Seguridad Social:
 - Datos sobre prestaciones públicas del solicitante
- Agencia Estatal de Administración Tributaria:
 - Datos fiscales del solicitante
- Tesorería General de la Seguridad Social:

- Nominas de la seguridad social de cuidadores no profesionales
- Dirección General del Catastro:
 - Propiedades inmobiliarias del solicitante
- Dirección General de la Policía:
 - Datos identificativos del solicitante (a través de la plataforma de intermediación del Ministerio de Política Territorial)



Resumen cronológico

La implantación de los distintos módulos que conforman el SISAAD ha sido evolutiva, desplegando en primera instancia los procesos clave del sistema y en una segunda fase, conforme las necesidades de las Comunidades Autónomas iban evolucionando, procesos de carácter auxiliar. El calendario de alto nivel respecto a los principales avances desplegados en el sistema es el siguiente:



6.2. EL SISTEMA DE INFORMACIÓN

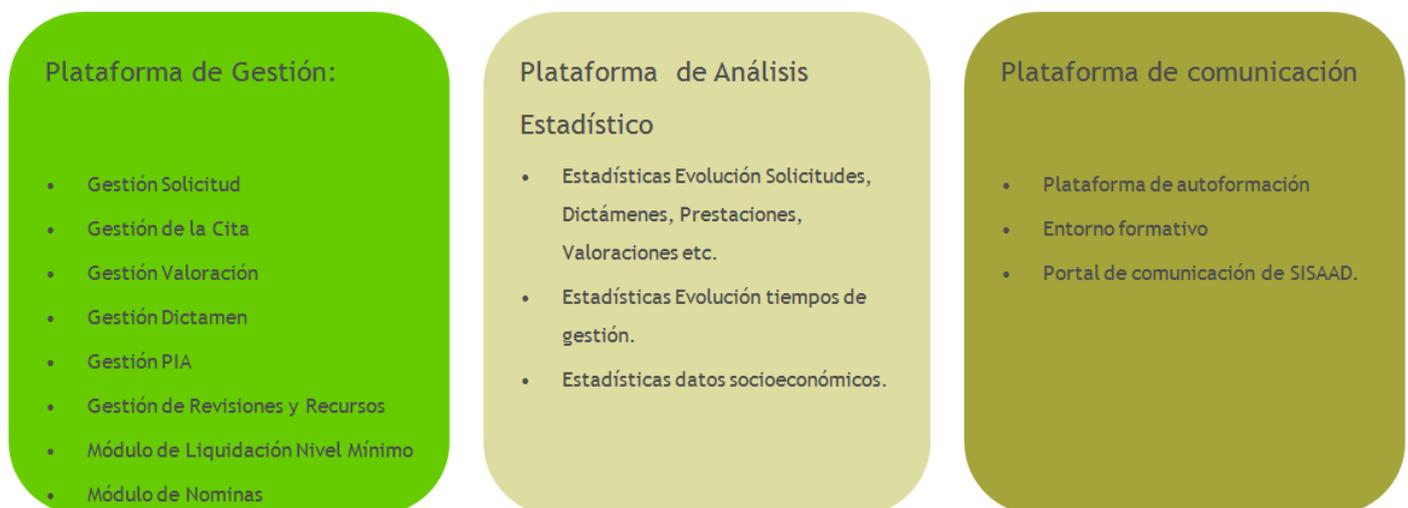
Como hemos podido observar, el SISAAD no es únicamente una herramienta informática, sino que incluye diferentes servicios de cara tanto a los ciudadanos como a los usuarios que manejan dicha herramienta (gestores de las Comunidades Autónomas).

Para una gestión eficaz de la tramitación de los expedientes, la solución global informática del SISAAD, se ha articulado en distintos procesos que coinciden con los pasos básicos del proceso de gestión administrativa, particularizado en este caso con la valoración a la persona potencialmente dependiente, incluyendo un módulo estadístico de explotación de la información. La solución

cubre adicionalmente algunas particularidades de las distintas Comunidades Autónomas. La solución es multicanal y distribuida, accesible también a través de un módulo de movilidad para la realización de valoraciones (teniendo en cuenta el perfil y las necesidades de las personas potencialmente dependientes).

Mapa de sistemas

El mapa de sistemas del SISAAD a finales de 2010 es el siguiente:



Mapa de entornos físicos

El mapa de entornos que los soporta consta de un Centro de Proceso de Datos (CPD primario) en la sede de los Servicios Centrales del IMSERSO y un Centro de Proceso de Datos de respaldo o secundario en el Centro de Referencia Estatal de Autonomía Personal y Ayudas Técnicas (CEAPAT)²⁴.

En el CPD primario se encuentra ubicados los entornos de Producción y Formación. En el CPD secundario, se incluyen los entornos de Pre-producción y

²⁴ Aunque su instalación se llevó a cabo durante el 2010, este no se consideró operativo hasta 2011.



Respaldo y se prevé incluir los de Desarrollo y Pruebas, actualmente en la sede de la empresa adjudicataria del concurso de implantación tecnológica.

Procesos

El SISAAD cubre casi la totalidad de los procesos implicados en el reconocimiento de la Ley salvo el de la gestión de la capacidad de los servicios de dependencia. Este proceso no ha podido desplegarse adecuadamente debido a la dispersión de criterios existentes en el conjunto de los Órganos Gestores.

Usuarios

Desde el punto de vista de gobernabilidad del sistema se identificaron diferentes actores: grabadores, técnicos de gestión, valoradores, etc., cada uno con una responsabilidad y una forma de interactuar con el sistema diferente que se han plasmado en un modelo organizativo específico por Comunidad Autónoma según sus necesidades organizativas y de explotación de la información, con una gestión distribuida y bajo la responsabilidad de los administradores de las Comunidades Autónomas, convirtiéndose el IMSERSO en el receptor de la información de la gestión desarrollada por los distintos Órganos Gestores.

Usabilidad de la herramienta

Con el término usabilidad se hace referencia a la facilidad de empleo que la aplicación presenta para los distintos usuarios destinatarios de la misma.

La herramienta implementa determinados *workflows* (flujos de trabajo) basados en reglas de validación, y reglas de asignación definidas en el sistema, que determinan automáticamente los cambios de estado de la información y los actores seleccionados para intervenir en cada caso.

Las transacciones entre estados de información son, en su mayoría, gestionadas automáticamente por el sistema en función de la realización de determinadas acciones. La gestión de la entrada/salida de datos desde la interfaz de usuario es correcta y se implementa un adecuado número de controles sobre la información introducida.

La herramienta no proporciona un soporte implícito al flujo de actuación que lleva a cabo el usuario, ni ofrece información directa sobre el mismo, estando fundamentalmente orientada a los datos. Este hecho unido a su complejidad, hace que tanto la formación recibida por los usuarios como la ayuda incluida en la herramienta resulten de particular importancia.

Los usuarios pueden gestionar sus peticiones, consultas, sugerencias e incidencias mediante un desarrollo específico. En el año 2010 la tasa de resolución de este apartado ha sido del 84,88%.

Año	Número de Consultas	Número de Peticiones	Número de Incidencias	Número de Sugerencias	Total
2008	93	129	419	0	641
2009	164	1.092	1.620	2	2878
2010	185	3.780	3.474	9	7448
Total general	442	5001	5513	11	10.967

Interoperabilidad e integración

El volcado de la información por parte de las Comunidades Autónomas que no utilizan la aplicación informática para la gestión del procedimiento de reconocimiento del derecho, puede realizarse a través de dos interfaces de

integración de datos: vía servicio web (*web services*) y la integración vía procesos *batch* de carga (EIM).

En el primer caso, con la utilización de servicio web el sistema dispone de toda la potencia de interoperabilidad del estándar de servicio web: independencia de la tecnología de implementación del cliente en el otro extremo de la comunicación, transporte universal sobre http eliminando potenciales problemas de acceso o limitaciones por cortafuegos (firewall), y flexibilidad en la definición del formato de intercambio por la utilización de XML. No obstante, la tecnología de servicio web no resulta en principio la más adecuada, en términos de eficiencia, para el intercambio masivo de información debido, sobre todo, a cuestiones de sobrecarga de ésta y al elevado tiempo de procesamiento requerido (*overhead*). Esta sobrecarga puede suponer un serio inconveniente para las prestaciones del sistema, y por tanto la adecuación o no de la tecnología dependiendo de la estabilización o no del envío de datos por parte de las Comunidades Autónomas.

Por lo que respecta al interfaz EIM, al tratarse de un modelo de transmisión de más bajo nivel, y estar planteada su utilización por los sistemas fuertemente acoplados al SISAAD, no presenta en principio los inconvenientes de sobrecarga comentados para los servicios web. El intercambio de información se realiza por un volcado directo de las bases de datos externas en la base de datos desnormalizada de entrada en SISAAD.

Rendimiento y fiabilidad

El sistema presenta una alta disponibilidad a varios niveles. El CPD primario dispone, para la infraestructura de bases de datos y servidores de aplicaciones, de dos servidores en *cluster*²⁵ precedido por sendos servidores web

²⁵ Un *cluster* es un grupo de múltiples ordenadores unidos mediante una red de alta velocidad. Son usualmente empleados para mejorar el rendimiento y/o la disponibilidad por encima de la que es

balanceados. En un segundo nivel existe un CPD de respaldo, sincronizado con el principal, que replica en espejo de modo síncrono al primero. Ello motiva que el acceso al sistema con los datos actualizados esté garantizado incluso ante un fallo general en las instalaciones del CPD primario.

La fiabilidad de los sistemas de almacenamiento de datos está también asegurada a varios niveles: por un lado, al encontrarse replicadas las cabinas de almacenamiento en cada uno de los CPDs, y por otro al configurarse cada una de ellas independientemente en modo RAID 5. La integridad de las bases de datos se encuentran protegidas por el sistema RMAN de recuperación de archivos de *redolog* y un plan de copias de seguridad (*backups*) establecido (incremental diario, total semanal, y mensual, con permanencia de 4 meses).

Como medio para potenciar los resultados en tiempos de procesamiento el sistema prevé el balanceo de carga a nivel de equipos y, a más bajo nivel, la disponibilidad por medio de las técnicas de virtualización empleadas en los servidores de CPU bajo demanda según los picos de carga detectados. Para el almacenamiento se han utilizado cabinas SAN FC de 4 Gbps, lo que en principio garantiza suficiente velocidad de acceso. Puesto que cada equipo se ha configurado con 48 GB de memoria RAM, el dimensionamiento parece, en principio, ser suficiente para los usuarios estimados (5.000 usuarios y 2.000 usuarios remotos).

El portal de la dependencia

El SISAAD dispone de un portal en Internet que pone a disposición de los usuarios y de los ciudadanos información sobre la Ley y el desarrollo del SAAD. Un aspecto interesante es el enlace que ofrece con el conjunto de sistemas de servicios sociales autonómicos, remitiendo a las consejerías correspondientes.

provista por un solo ordenador siendo, además, más económico que computadores individuales de rapidez y disponibilidad comparables.

Contiene además un sistema de registro de usuarios, a los que se ofrece la posibilidad de obtener información sobre el estado de tramitación de sus solicitudes y sobre los centros de atención del sistema más próximos a su domicilio. Sin embargo, por las limitaciones de información disponible en el SISAAD, estas funciones no están operativas en la práctica.

Disponible en todas las lenguas oficiales del Estado español y alcanzando el máximo nivel de accesibilidad (AAA), el Portal presenta información estructurada en torno a seis grandes secciones informativas:

- SAAD, que recoge información sobre la estructura y prestaciones del SAAD, así como los puntos de información y formularios habilitados por los distintos Órganos Gestores de las Comunidades Autónomas y Direcciones Territoriales del IMSERSO.
- Autonomía y Dependencia, canal temático que recoge toda aquella información relacionada con la normativa estatal y autonómica de desarrollo.
- Ciudadanos, que dispone, además de un importante número de preguntas frecuentes, de la posibilidad de que el/la usuario/a de la página consulte, en su caso, tanto el estado de tramitación de su expediente, como la Red de Servicios del SAAD.
- Proveedores de servicios, destinada a los centros y servicios de atención a la dependencia del SAAD.
- Actualidad, que incluye informaciones de alcance e interés para las personas en situación de dependencia.
- Documentación, con aquellos documentos de interés, enlaces o estadísticas relacionadas.



Información que acoge el SISAAD

De igual forma que el SISAAD evolucionaba, las Comunidades Autónomas informaban de los datos relativos a cada etapa puesta en marcha a un ritmo diferente. En este sentido hay que recalcar que la información que inicialmente cada uno de los Órganos Gestores aportó fue parcial (solo se introducían los datos mínimos requeridos para poder tramitar el expediente). Esto provocaba una carencia de información de carácter básico en el sistema.

Para corregir esta situación el Consejo Territorial en su reunión del día 22 de Septiembre de 2009 suscribió un acuerdo por el que las Comunidades Autónomas se obligan a informar a la Administración General del Estado de ciertos datos mínimos de consolidación y control, en las distintas etapas del expediente (Solicitud, Valoración y Dictamen, Resolución de Grado y Nivel, Resolución de PIA, Bajas). El requerimiento de dicha información fue progresivo finalizando la última etapa en Junio de 2010. Hay que recalcar que el requerimiento del volcado de dicha información no fue con carácter retroactivo.

Por tanto en el sistema, para el conjunto de las Comunidades Autónomas y de forma más aguda en las que utilizan los mecanismos de volcado de información y no realizan directamente la gestión, no se dispone de toda la información histórica completa. Si bien en los sucesivos procesos de revisión a los que un expediente se puede ver sometido dicha información ya es requerida.

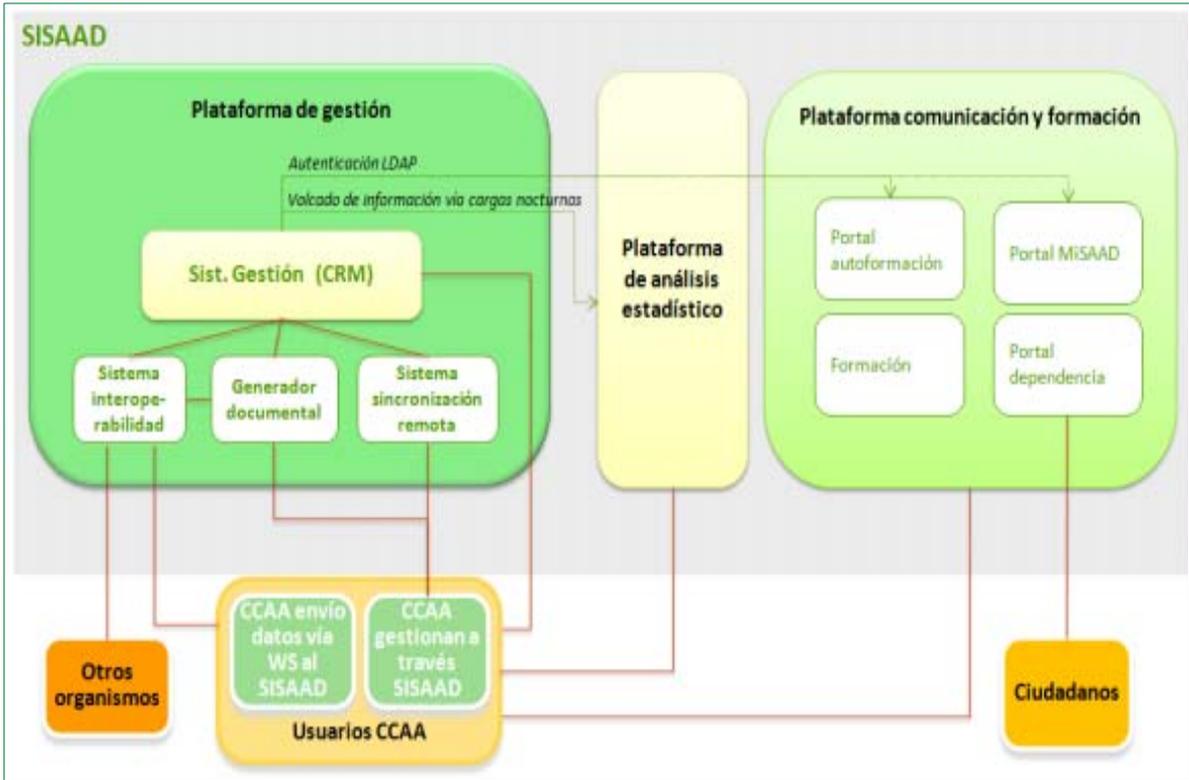
Otro punto a tener en cuenta sobre la información contenida en el SISAAD es la puntualidad en la carga de la información. Se observa que el conjunto de las Comunidades Autónomas informan datos en el sistema con más de uno y dos años de antigüedad, por lo tanto esta situación desvía los ratios de gestión que se obtienen pudiendo variar a medida que las Comunidades Autónomas introducen información con nivel de retroactividad altos.

Actualmente los grandes bloques de información requerida que es remitida al SISAAD es la que se muestra a continuación:



Situación y despliegue

El SISAAD está conformado por diversos módulos que ofrecen diferentes servicios al conjunto de las Comunidades Autónomas:



Plataforma de gestión

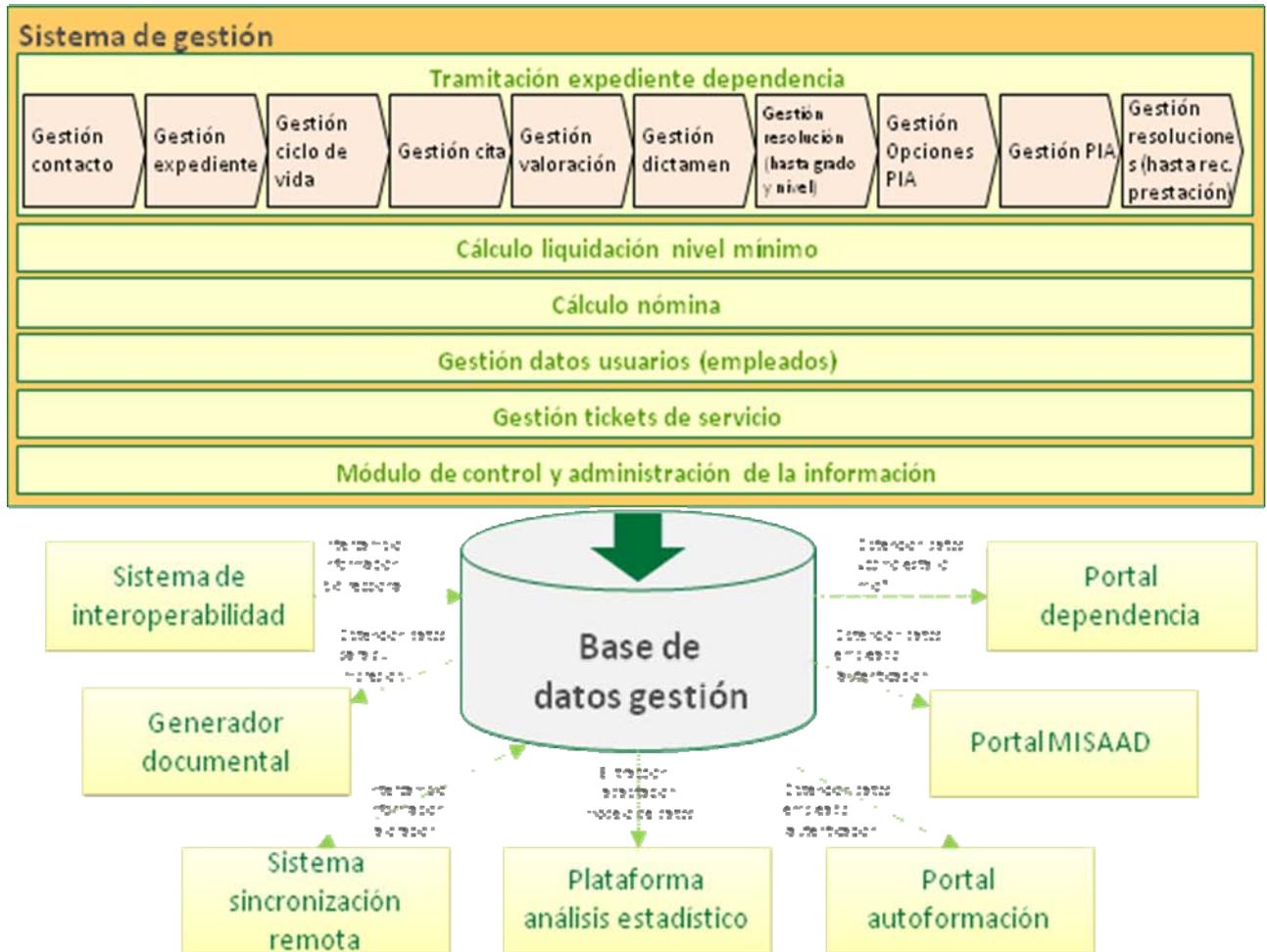
Comprende el sistema de gestión de expedientes con los módulos que permiten la integración con sistemas auxiliares (Interoperabilidad, Generador Documental, Sincronización dispositivos remotos). Comprende todo el proceso de gestión desde la mecanización del expediente hasta su incorporación en el módulo de pago.

La herramienta de gestión es el núcleo de la solución. A partir de la misma se ha construido lo que constituye el proceso de tramitación del expediente: desde la grabación de la solicitud hasta el cálculo del pago del nivel mínimo a las Comunidades Autónomas. En el gráfico se expone a alto nivel cada uno de los módulos que lo conforman.



GOBIERNO DE ESPAÑA

MINISTERIO DE SANIDAD, POLÍTICA SOCIAL E IGUALDAD



Plataforma de análisis estadístico

Compuesta por un almacén de datos y un sistema de cargas incrementales que se ejecuta diariamente. Todas las Comunidades Autónomas, independientemente de que realicen o no la gestión directamente con el SISAAD, hacen uso del mismo para elaborar informes de gestión, estimación volumen de trabajo o cargas de información. A través de este aplicativo se distribuyen las estadísticas oficiales del SAAD y se elaboran los estudios pertinentes en el ámbito de la dependencia.

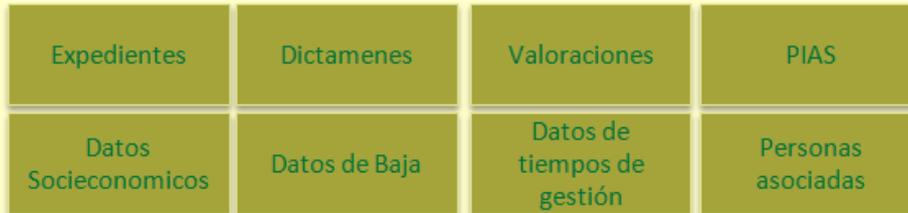


GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE SANIDAD, POLÍTICA SOCIAL
E IGUALDAD

Plataforma Análisis Estadístico

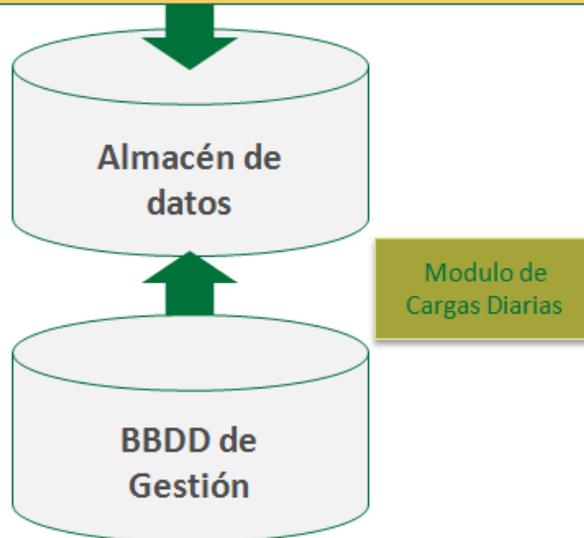
AREAS DE ANALISIS



Módulo Cuadros de Mando

Módulo precarga informes

Módulo envío de informes vía e-mail



Plataforma de comunicación

Conjunto de sistemas que ofrece a las Comunidades Autónomas diversas funcionalidades orientadas a la formación de los nuevos usuarios del SISAAD y para dotar al sistema de un mecanismo de comunicación ágil con los mismos. Se compone de:



- Portal de autoformación: Portal con información sobre el SAAD y cursos formativos sobre los diferentes módulos que componen el SISAAD.
- Plataforma formación/preproducción: Plataforma gemela al aplicativo de gestión en el que los usuarios pueden acceder a los nuevos desarrollos antes de la publicación en el SISAAD.
- Portal de la dependencia: portal institucional del IMSERSO donde se publican las noticias referentes al desarrollo de la ley así como las estadísticas oficiales.

Infraestructuras

Junto con las contrataciones de servicios para el desarrollo y mantenimiento del SISAAD, se realizó la adquisición de la infraestructura tecnológica, así como las licencias necesarias para poder desarrollar la herramienta.

Como se ha indicado, el IMSERSO puso a disposición de los diferentes Órganos Gestores que habían manifestado su interés en utilizar el aplicativo informático común y vinculado a su utilización, un total de 1.561 *Tablet PC*, tomándose como criterio para su reparto el establecido en el Marco de Cooperación Interadministrativa.

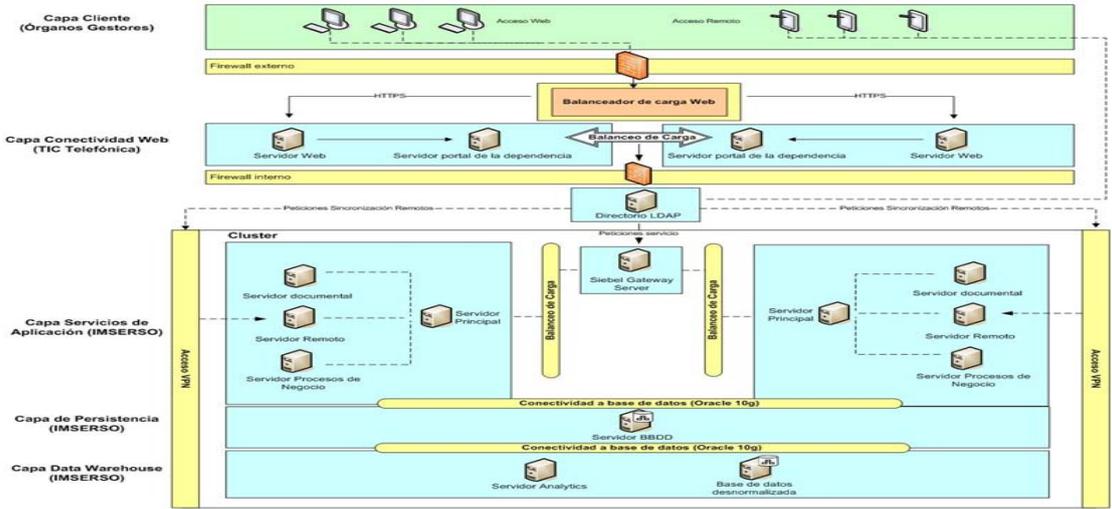
Durante el cuarto trimestre de 2008 se procedió a la elaboración de expedientes para la ampliación de las máquinas de Respaldo (ubicada en la sede del entonces Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales) y la de Desarrollo Correctivo (ubicada en la sede del INTECO en León).

Igualmente se procedió a la instalación en la sede del INTECO en León de las máquinas en las que se iba a llevar a cabo el Desarrollo Correctivo.

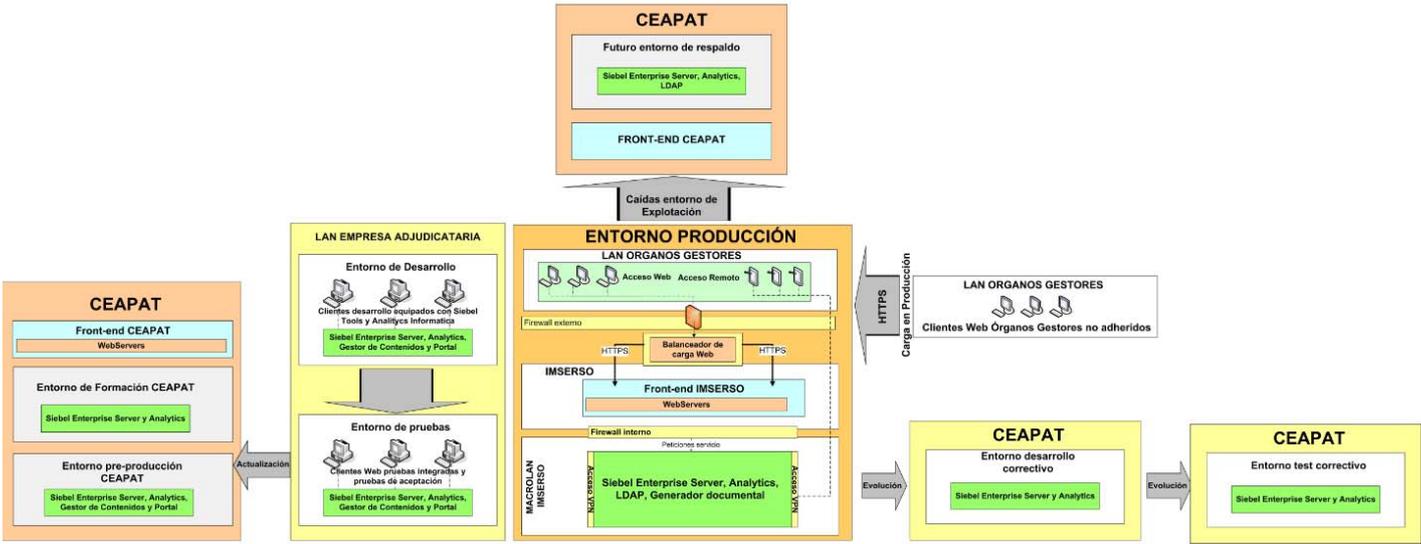
Posteriormente se redistribuyeron los distintos entornos, concentrándose en la sede de la Dirección General del IMSERSO el entorno de producción y en el Centro de Referencia Estatal de Autonomía Personal y Ayudas Técnicas (CEPAT) el entorno de respaldo.

Como resultado de lo expuesto, el IMSERSO dispone en la actualidad de una infraestructura tecnológica compleja que requiere tareas de mantenimiento adaptativo/evolutivo de la plataforma muy especializadas, de tal modo que se garantice su consolidación y evolución futura dentro del marco regulatorio global en constante cambio normativo. Tareas y servicios que se corresponden, por un lado, con los derivados de la tramitación de los expedientes de reconocimiento de la situación de dependencia y la gestión de las prestaciones y servicios de los que los solicitantes puedan resultar beneficiarios y, por otro, con aquellos servicios de información a la Dirección necesarios para el análisis y planificación de las actuaciones (soporte de los sistemas lógicos y físicos, atención a los usuarios, acciones formativas, análisis, desarrollo e implantación de la nueva normativa, etc.) en el ámbito del IMSERSO.

Descripción de la Arquitectura



Descripción de los entornos.



Usuarios

Como ya se ha indicado, los usuarios del SISAAD son las Comunidades Autónomas, las Ciudades Autónomas de Ceuta y Melilla, así como el propio IMSERSO.

Las Comunidades Autónomas tienen la opción de utilizar en mayor o menor medida el SISAAD, dependiendo del grado de personalización que necesiten en su proceso administrativo, aunque para todo el conjunto de Órganos Gestores la información mínima requerida es la misma.

En este sentido se pueden diferenciar las Comunidades Autónomas según el grado de utilización que hacen del SISAAD en el siguiente esquema:



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE SANIDAD, POLÍTICA SOCIAL
E IGUALDAD



A destacar el hecho de que durante el 2010 se alcanzó una media de 672 usuarios/día conectados simultáneamente. Usuarios que añaden la complejidad de que pertenecen a distintas Comunidades Autónomas y, por tanto, a

organizaciones muy dispares, con métodos de trabajo y con normativas diferentes. El número de usuarios dados de alta es de 2.300, con distintos perfiles de acceso según sus funciones y nivel de responsabilidad.

6.3. EVALUACIÓN DEL DESARROLLO REALIZADO

Se realiza en este apartado una evaluación técnica utilizando la metodología que define el estándar internacional de evaluación de calidad del software ISO 9126-1, que proporciona una visión sobre la adecuación de la solución informática a los requerimientos planteados.

ISO 9126

El modelo de calidad que define este estándar clasifica la calidad del software mediante un conjunto estructurado de características y subcaracterísticas de la siguiente manera.

FUNCIONALIDAD: Un conjunto de atributos que se relacionan con la existencia de un conjunto de funciones y sus propiedades específicas. Las funciones son aquellas que satisfacen las necesidades implícitas o explícitas.

Criterios	Definición	Valoración y Comentarios
Adecuación	Capacidad del producto software para proporcionar un conjunto apropiado de funciones para tareas y objetivos de usuario especificados.	<ul style="list-style-type: none"> El sistema se adapta de forma adecuada al texto de la ley. Algunas normas articuladas desde las CCAA no se encuentran reflejadas en el sistema al no ser compatibles entre ellas.
Exactitud	Capacidad del producto software para proporcionar los resultados o efectos correctos o acordados, con el grado necesario de precisión.	<ul style="list-style-type: none"> La amplia mayoría de módulos empleados en el sistema tiene la exactitud requerida por los usuarios. Algunos módulos todavía presentan desajustes al encontrarse todavía en fase de maduración (Por ejemplo el de Traslados). La cargas de información que los usuarios realizan en el sistema no es puntual. La retroactividad de la información es alta.
Interoperabilidad	Capacidad del producto software para interactuar con uno o más sistemas especificados. Tanto internos al organismo como externos.	<ul style="list-style-type: none"> El sistema interopera con todas las instituciones en las que hasta la fecha ha sido necesario y mediante diferentes mecanismos.
Seguridad de acceso	Capacidad del producto software para proteger información y datos de manera que las personas o sistemas no autorizados no puedan leerlos o modificarlos, al tiempo que no se deniega el acceso a las personas o sistemas autorizados	<ul style="list-style-type: none"> El sistema cumple con los estándares de seguridad establecidos.
Cumplimiento funcional	Capacidad del producto software para adherirse a normas, convenciones o regulaciones en leyes y prescripciones similares relacionadas con funcionalidad.	<ul style="list-style-type: none"> El sistema es lo suficiente flexible para adaptarse a nuevos requerimientos legislativos y administrativos de una forma rápida y precisa

FIABILIDAD: Un conjunto de atributos relacionados con la capacidad del software de mantener su nivel de prestación bajo condiciones establecidas durante un período establecido.

Criterios	Definición	Valoración y Comentarios
Madurez	Capacidad del producto <i>software</i> para evitar fallar como resultado de inestabilidad en el <i>software</i> .	<ul style="list-style-type: none"> La madurez de la mayor parte de los módulos que integran el SISAAD es alta. Dadas las peticiones y adaptaciones continuas al que es sometido pueden producirse fallos, normalmente de carácter no crítico.
Capacidad de Recuperación	Capacidad del software para mantener un nivel especificado de prestaciones en caso de fallos software o de infringir sus interfaces especificados.	<ul style="list-style-type: none"> El SISAAD dispone de un sistema de respaldo operativo para el modulo de gestión. No se encuentran operativos el resto de módulos.
Tolerancia a Fallos	Capacidad del producto software para reestablecer un nivel de prestaciones especificado y de recuperar los datos directamente afectados en caso de fallo.	<ul style="list-style-type: none"> El SISAAD dispone de diversos mecanismos de salvado de información (que cumple con la LOPD) que ante un eventual crisis se podrían recurrir para recuperar la información dañada.

USABILIDAD: Un conjunto de atributos relacionados con el esfuerzo necesario para su uso, y en la valoración individual de tal uso, por un establecido o implicado conjunto de usuarios.

Criterios	Definición	Valoración y Comentarios
Capacidad de Asimilación	Capacidad del producto software que permite al usuario entender si el software es adecuado y cómo puede ser usado para unas tareas o condiciones de uso particulares. Capacidad de autoaprendizaje por parte de los usuarios.	<ul style="list-style-type: none"> El producto es asimilado por parte de los usuarios de forma rápida y con un alto grado de autoaprendizaje.
Capacidad de Operación	Capacidad del producto software que permite al usuario operarlo y controlarlo de forma sencilla e intuitiva	<ul style="list-style-type: none"> El sistema por lo general es fácil de usar e intuitivo. Las áreas menos logradas en este sentido son la que debido a los heterogéneos procedimientos que emplean las CCAA en su gestión diaria han tenido que ser configurado de una forma más genérica
Accesibilidad	Cumple con la AA de accesibilidad	<ul style="list-style-type: none"> El sistema no cumple con la calificación AA de accesibilidad, dadas las características de la plataforma de gestión empleada

EFICIENCIA: Conjunto de atributos relacionados con la relación entre el nivel de desempeño del software y la cantidad de recursos necesitados bajo condiciones establecidas.

Criterios	Definición	Valoración y Comentarios
Comportamiento temporal	Capacidad del producto software para proporcionar tiempos de respuesta, tiempos de proceso y potencia apropiados, bajo condiciones determinadas.	<ul style="list-style-type: none"> El sistema en condiciones normales presenta tiempos de respuesta de cara al usuario razonables (por de bajo de 1,5 segundos) Determinados procesos (Procesos de Negocio masivos) si que presentan bajo condiciones de alta intensidad de uso tiempos demasiado elevados.
Utilización de recursos	Capacidad del producto software para usar las cantidades y tipos de recursos adecuados cuando el software lleva a cabo su función bajo condiciones determinadas.	<ul style="list-style-type: none"> Aunque la capacidad Hardware del sistema es suficiente, las especificaciones del proveedor de software básico indican la conveniencia de aumentar la capacidad Hardware del sistema.

MANTENIBILIDAD: Conjunto de atributos relacionados con la facilidad de extender, modificar o corregir errores en un sistema software.

Criterios	Definición	Valoración y Comentarios
Capacidad para ser analizado	Es la capacidad del producto software para serle diagnosticadas deficiencias o causas de los fallos en el software, o para identificar las partes que han de ser modificadas.	<ul style="list-style-type: none"> El sistema puede ser fácilmente analizado siguiendo las recomendaciones y herramientas del proveedor de la plataforma.
Capacidad para ser modificado	Capacidad del producto software que permite que una determinada modificación sea implementada.	<ul style="list-style-type: none"> Las modificaciones en el SISAAD se realizan de forma ágil dado que es un sistema con un alto nivel de configuración. Esto repercute positivamente en el esfuerzo de desarrollo de gran parte de las funcionalidades.
Estabilidad	Capacidad del producto software para evitar efectos inesperados debidos a modificaciones del software.	<ul style="list-style-type: none"> El sistema es robusto a errores tanto por la propia naturaleza tecnológica del mismo como por las pruebas de testeo al que se somete
Capacidad para ser probado	Capacidad del producto software que permite que el software modificado sea validado.	<ul style="list-style-type: none"> El sistema dispone de los entornos de testing adecuados para realizar pruebas funcionales. El sistema no cuenta con un entorno de preproducción que sirva para realizar pruebas de carga y arquitectura en el aplicativo. Por otro lado, cada vez el proceso de pruebas es mas largo y engorroso. Se recomienda la utilización de herramientas automáticas de testing con el objetivo de homogenizar y simplificar las pruebas.

PORTABILIDAD: Conjunto de atributos relacionados con la capacidad de un sistema software para ser transferido desde una plataforma a otra.

Criterios	Definición	Valoración y Comentarios
Adaptabilidad e Instalabilidad	Capacidad del producto software para ser adaptado a diferentes entornos especificados, sin aplicar acciones o mecanismos distintos de aquellos proporcionados para este propósito por el propio software considerado.	<ul style="list-style-type: none"> La plataforma software sobre la que se basa el SISAAD tiene limitaciones a la hora de poder ser accedida e instalada desde diferentes clientes web y servidores open-source.
Coexistencia	Capacidad del producto software para coexistir con otro software independiente, en un entorno común, compartiendo recursos comunes	<ul style="list-style-type: none"> El sistema puede coexistir con múltiples plataformas en el mismo entorno.



Es necesario indicar que el SISAAD es un sistema de información que cumple las exigencias realizadas por la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia, permitiendo gestionar la información que solicitaba y realizar los estudios estadísticos indicados.

La calidad y completitud de la información que contiene el sistema debe mejorar. Aunque la aprobación del Acuerdo de datos básicos del Sistema camina en esta dirección, se deben realizar mayores avances que permitan obtener un sistema con la información necesaria y comunicada por los Organismos responsables de la gestión a su debido tiempo.

La explotación estadística que se realiza necesita de un modelo definitivo que permita conocer exhaustivamente y con visión temporal el mundo de la dependencia.

Tecnológicamente deben acometerse soluciones híbridas de gestión Comunidades Autónomas-IMSERSO que mejoren el rendimiento global del sistema y permitan aumentar la automatización del mismo.

En general, el esfuerzo realizado para construir el SISAAD debe completarse con información de más calidad y en mayor cantidad, permitiendo un conocimiento más amplio del Sistema de Información del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD).

7. ESTADÍSTICA DEL SAAD

Desde su entrada en vigor hasta el 31 de diciembre de 2010, la Ley 39/2006 ha sido objeto de un continuo desarrollo, tanto por parte de la Administración General del Estado, como por parte de las propias comunidades autónomas, como encargadas de la gestión de la misma salvo en los territorios de las

Ciudades de Ceuta y de Melilla. Se trata de un proceso continuado en el tiempo, cuya evolución se puede apreciar de manera nítida al analizar cada uno de los diferentes aspectos relativos a los extremos más importantes dentro del procedimiento para el reconocimiento de las prestaciones; así, a lo largo de estos cuatro años se ha incrementado de manera paulatina el número de solicitudes presentadas, las valoraciones realizadas, las prestaciones reconocidas, de forma acompasada a la resolución de los distintos procedimientos para el reconocimiento de prestaciones. De esta forma, se puede apreciar que en el año 2007 las magnitudes que se manejan tenían asociadas unas cifras muy bajas, e incluso hay algunos extremos sobre los que no se cuenta con información relativa a este año. Posteriormente, y a la par que se consolidaba el sistema, estas cifras de gestión han evolucionado de manera constante, a lo largo de los años 2008, y 2009, hasta alcanzar las cifras que se pueden analizar a fecha de 31 de diciembre de 2010.

Para analizar esta evolución se examinarán los datos obrantes en el SISAAD sobre las principales etapas dentro del procedimiento para el reconocimiento de la situación de dependencia y del derecho a las prestaciones del Sistema:

En primer lugar, el número de solicitudes presentadas. Mediante este indicador se puede evaluar la cantidad de personas que han solicitado su valoración, poniendo en marcha el procedimiento para el posterior reconocimiento de prestaciones.

En segundo lugar, merece la pena destacar las valoraciones realizadas, procedimiento que concluye con el correspondiente dictamen, en que se recoge el grado y nivel de las situaciones de dependencia.

Y por último, debe tenerse en consideración el número de beneficiarios a los que finalmente se les reconoce algún tipo de prestación, así como las diferentes tipologías de prestaciones que se vienen reconociendo. En este sentido, se

puede analizar cada una de las diferentes prestaciones de manera individualizada, en orden a observar la tendencia existente en el reconocimiento de las mismas.

-Las solicitudes: el acceso al Sistema.

Analizando la evolución del número de solicitudes presentadas durante estos cuatro primeros años de la Ley, se puede apreciar fácilmente como se trata de una magnitud que ha experimentado un continuo aumento desde el año 2007. En el siguiente cuadro se recoge el número de solicitudes presentadas cada año, desglosando estas cifras por cada una de las Comunidades Autónomas.

NÚMERO DE PERSONAS SOLICITANTES

	2007	2008	2009	2010
Andalucía	83.720	233.521	336.246	401.495
Aragón	10.181	28.342	39.837	49.689
Asturias	10.397	23.837	28.407	33.749
Illes Balears	5.593	15.954	19.416	23.056
Canarias	7.382	19.776	25.056	35.594
Cantabria	-	12.979	17.765	22.489
Castilla y León	-	33.510	60.934	84.575
Castilla-La Mancha	13.394	46.081	64.986	91.491
Catalunya	20.164	98.987	175.530	231.198
Comunitat Valenciana	10.162	34.248	88.339	104.546
Extremadura	5.785	25.351	32.068	42.417
Galicia	2	50.477	62.329	87.975
Madrid	-	33.508	61.000	119.632
Murcia	-	16.173	20.313	49.076
Navarra	11.020	17.405	18.541	20.257
País Vasco	-	25.154	76.880	84.877
La Rioja	1.338	7.768	10.872	14.201
Ceuta y Melilla	1.035	2.340	3.089	3.835
TOTAL	180.173	725.411	1.141.608	1.500.152

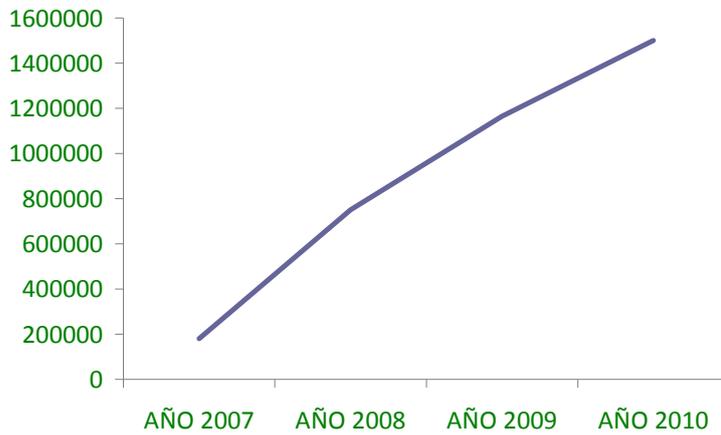
En el siguiente gráfico se observa la evolución cuantitativa en los diferentes años:



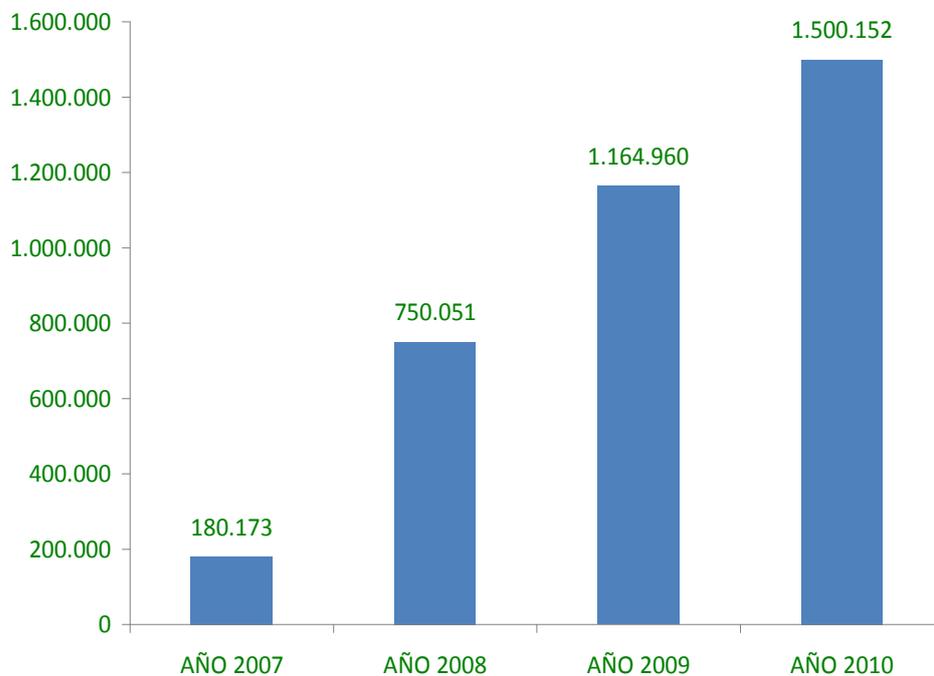
GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE SANIDAD, POLÍTICA SOCIAL
E IGUALDAD

GRAFICO EVOLUCIÓN SOLICITUDES



Personas solicitantes: Evolución de datos del sisaad 2007-2010





Merece la pena realizar un análisis más detallado de las solicitudes presentadas en cada comunidad autónoma, estableciendo una relación entre el número de solicitudes presentadas, y la población de cada comunidad autónoma, con el fin de apreciar de una manera más clara el volumen de gestión existente en cada comunidad. En la siguiente tabla se recoge la cantidad de solicitudes presentadas en cada Comunidad, asociadas al el porcentaje que resulta si se compara con la población de cada una de las mismas:

EVOLUCIÓN DE SOLICITUDES. COMPARATIVA CON POBLACION

	Año 2007		Año 2008		Año 2009		Año 2010	
	Nº Solicitudes	% población CCAA	Nº Solicitudes	% población CCAA	Nº Solicitudes	% población CCAA	Nº Solicitudes	% población CCAA
Andalucía	83.720	1,05	233.521	2,81	336.246	4,05	401.495	4,80
Aragón	10.181	0,80	28.342	2,11	39.837	2,96	49.689	3,69
Asturias	10.397	0,97	23.837	2,20	28.407	2,62	33.749	3,11
Illes Balears	5.593	0,56	15.954	1,46	19.416	1,77	23.056	2,08
Canarias	7.382	0,37	19.776	0,94	25.056	1,19	35.594	1,68
Cantabria	-	-	12.979	2,20	17.765	3,01	22.489	3,80
Castilla y León	-	-	33.510	1,31	60.934	2,38	84.575	3,30
Castilla-La Mancha	13.394	0,69	46.081	2,21	64.986	3,12	91.491	4,36
Catalunya	20.164	0,28	98.987	1,32	175.530	2,35	231.198	3,08
Comunitat Valenciana	10.162	0,21	34.248	0,67	88.339	1,73	104.546	2,05
Extremadura	5.785	0,53	25.351	2,30	32.068	2,91	42.417	3,83
Galicia	2	0,00	50.477	1,81	62.329	2,23	87.975	3,14
Madrid	-	-	33.508	0,52	61.000	0,96	119.632	1,85
Murcia	-	-	16.173	1,12	20.313	1,40	49.076	3,36
Navarra	11.020	1,83	17.405	2,76	18.541	2,94	20.257	3,18
País Vasco	-	-	25.154	1,16	76.880	3,54	84.877	3,90
La Rioja	1.338	0,44	7.768	2,41	10.872	3,38	14.201	4,40
Ceuta y Melilla	1.035	0,73	2.340	1,54	3.089	2,03	3.835	2,45
TOTAL	180.173	0,40	725.411	1,55	1.141.608	2,44	1.500.152	3,19



Evolución de los porcentajes



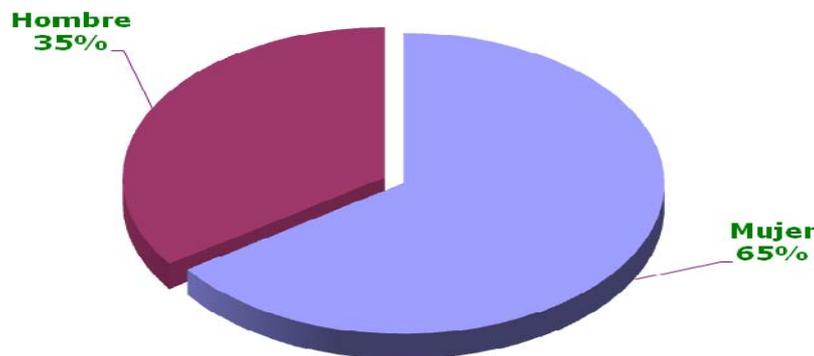
Realizando un pequeño análisis de la evolución de la cantidad de solicitudes presentadas, se puede observar un incremento en las mismas de manera constante: en el primer año de vigencia de la Ley se formularon un total de 180.173 solicitudes; esta cantidad aumentó considerablemente a lo largo del año 2008, experimentando un crecimiento de 545.238 solicitudes más respecto de las del año anterior. Esta tendencia se matizó ligeramente en el año 2009, donde el crecimiento se cifró en un total de 416.197 solicitudes más; y la misma tendencia puede apreciarse en el ejercicio 2010, con un crecimiento en relación con el anterior ejercicio de 358.544 solicitudes. Debe tenerse en consideración que resultaba previsible que el crecimiento en el número de solicitudes disminuyera una vez que la gran mayoría de personas que se encontraba en situación de dependencia en sus grados y niveles más elevados presentaron sus solicitudes en el primer y segundo año de implantación de la Ley, de conformidad con su calendario de aplicación progresiva.



En esta dirección, se puede realizar asimismo un pequeño análisis del perfil de la persona solicitante, desde una doble perspectiva de género y de edad.

Así, en relación con las personas solicitantes en función de su género, se puede afirmar que la dependencia afecta mayoritariamente a la población femenina. En esta dirección, y con una misma tendencia desde el año 2007, se puede apreciar como una gran mayoría de las personas solicitantes son mujeres, en torno a un 65%, frente a un 35% de hombres. Se trata de una proporción que obedece a varios factores, principalmente a una mayor longevidad de las mujeres, que les hace llegar a edades más avanzadas, en las cuales resulta más probable que afloren situaciones de dependencia.

Solicitantes por sexo

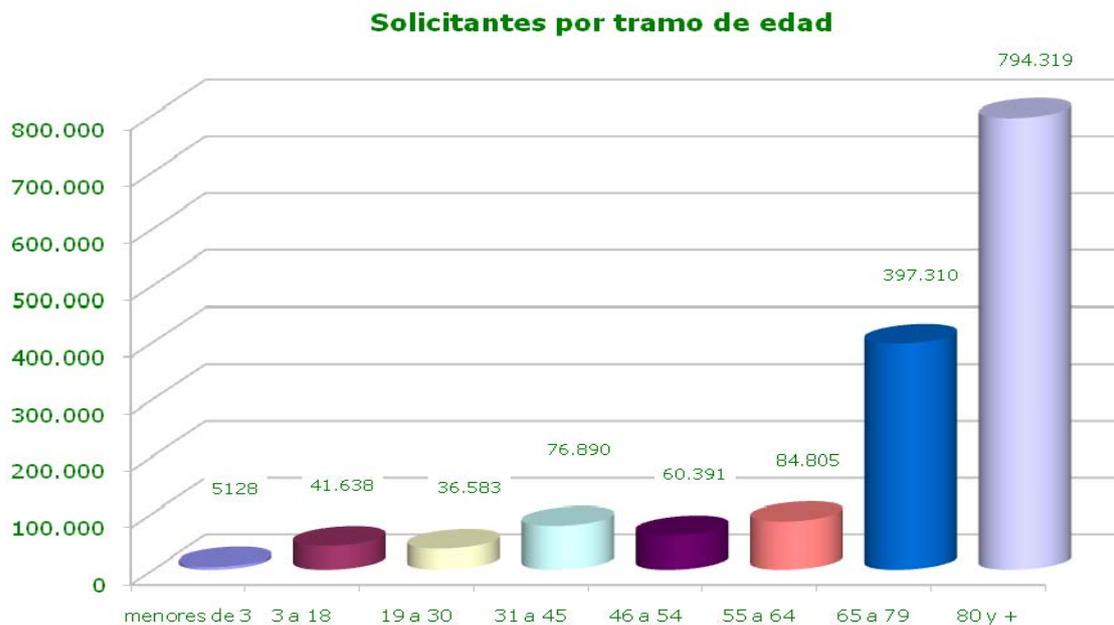


* Porcentaje calculado sobre datos conocidos, obviando los datos sin especificar.

En relación con la distribución de las solicitudes presentadas en función de los tramos de edad, se sigue un patrón similar al apuntado, en el sentido de que los tramos de edad más elevados son los que concentran un mayor segmento de las personas que han presentado la correspondiente solicitud. De esta manera, debe significarse que con los datos correspondientes a la finalización del ejercicio 2010, existen 1.191.629 solicitudes que corresponden a ciudadanos

de más de 65 años (79,43%), entre las cuales 794.319 (52,95%) corresponden a mayores de 80 años.

-Situación a 31 de Diciembre de 2010



Un análisis más detallado, combinado ambos factores (sexo y tramos de edad) permite observar cómo en los tramos más bajos se puede apreciar una ligera preponderancia de solicitantes que pertenecen al género masculino, mientras que según se avanza en los tramos, la gran mayoría de solicitantes pertenecen al femenino.

-La valoración de la situación de dependencia.

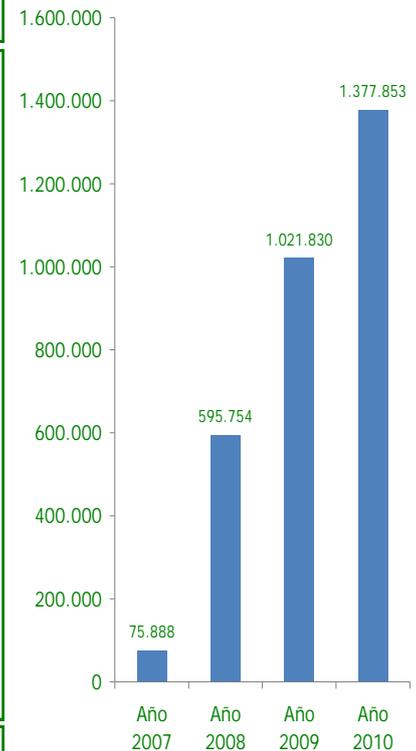
A lo largo de los cuatro años de vigencia de la Ley, el número de dictámenes emitido ha ido evolucionando, en cierto modo en estrecha relación con el progresivo aumento de las solicitudes. En el siguiente cuadro se recoge el



número total de dictámenes emitidos cada año, información que se acompaña de un gráfico del que se desprende con mayor nitidez el constante aumento en el número de dictámenes realizados:

Resoluciones de grados y niveles por CCAA (Dictámenes)

ÁMBITO TERRITORIAL	Año 2007		Año 2008		Año 2009		Año 2010	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Andalucía	35.932	47,35	174.903	29,36	286.057	27,99	364.749	26,47
Aragón	6.963	9,18	25.432	4,27	34.153	3,34	44.162	3,21
Asturias (Principado de)	3.738	4,93	17.115	2,87	22.119	2,16	28.492	2,07
Balears (Illes)	414	0,55	9.266	1,56	16.694	1,63	20.170	1,46
Canarias	1.889	2,49	10.104	1,70	18.579	1,82	28.534	2,07
Cantabria	-	-	12.524	2,10	16.322	1,60	22.386	1,62
Castilla y León	-	-	33.057	5,55	54.772	5,36	76.491	5,55
Castilla-La Mancha	5.644	7,44	35.126	5,90	56.159	5,50	78.956	5,73
Catalunya	-	-	96.191	16,15	173.164	16,95	226.133	16,41
Comunitat Valenciana	6.998	9,22	29.271	4,91	85.275	8,35	103.056	7,48
Extremadura	4.322	5,70	15.992	2,68	22.250	2,18	36.991	2,68
Galicia	-	-	42.419	7,12	56.819	5,56	72.267	5,24
Madrid (Comunidad de)	-	-	33.501	5,62	60.362	5,91	112.332	8,15
Murcia (Región de)	-	-	16.160	2,71	20.207	1,98	46.262	3,36
Navarra (Comunidad Foral de)	9.454	12,46	13.549	2,27	17.453	1,71	18.836	1,37
País Vasco	-	-	21.631	3,63	68.559	6,71	80.484	5,84
Rioja (La)	77	0,10	7.276	1,22	10.169	1,00	14.156	1,03
Ceuta y Melilla	457	0,60	2.237	0,38	2.717	0,27	3.396	0,25
TOTAL	75.888	100	595.754	100	1.021.830	100	1.377.853	100



Centrándonos en los dictámenes emitidos durante el pasado año 2010 por los órganos de valoración, ascienden a 1.377.853, lo que representa el 91,84 % de las solicitudes presentadas. El grueso de los dictámenes corresponden fundamentalmente a las comunidades de Andalucía (364.749), Catalunya (226.133) y Madrid (112.332).



No obstante, y del mismo modo que se ha hecho en referencia con las solicitudes, resulta esclarecedor relacionar el volumen de dictámenes emitidos por las comunidades autónomas con la población de las mismas. De esta forma, se puede apreciar cómo estos índices resultan muy similares a los derivados de la relación población/solicitudes presentadas.

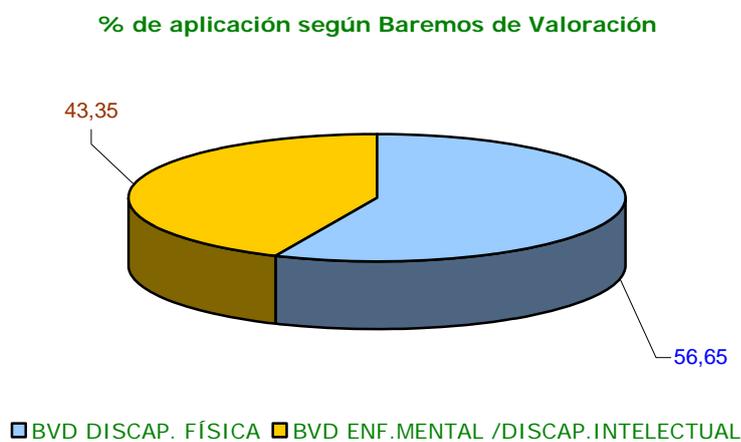
Así, se observa que las comunidades de Andalucía o La Rioja tienen un alto grado de dictámenes en relación a su población, superior al 4%. Un amplio grupo de comunidades con un porcentaje entre el 3% y el 2%. Finalmente Baleares, Canarias y Madrid se sitúan con índices inferiores al 2%.

ÁMBITO TERRITORIAL	Dictámenes	
	Nº	% población CCAA
Andalucía	364.749	4,36
Aragón	44.162	3,28
Asturias (Principado de)	28.492	2,63
Baleares (Illes)	20.170	1,82
Canarias	28.534	1,35
Cantabria	22.386	3,78
Castilla y León	76.491	2,99
Castilla-La Mancha	78.956	3,76
Catalunya	226.133	3,01
Comunitat Valenciana	103.056	2,02
Extremadura	36.991	3,34
Galicia	72.267	2,58
Madrid (Comunidad de)	112.332	1,74
Murcia (Región de)	46.262	3,16
Navarra (Comunidad Foral de)	18.836	2,96
País Vasco	80.484	3,69
Rioja (La)	14.156	4,39
Ceuta y Melilla	3.396	2,17
TOTAL	1.377.853	2,93

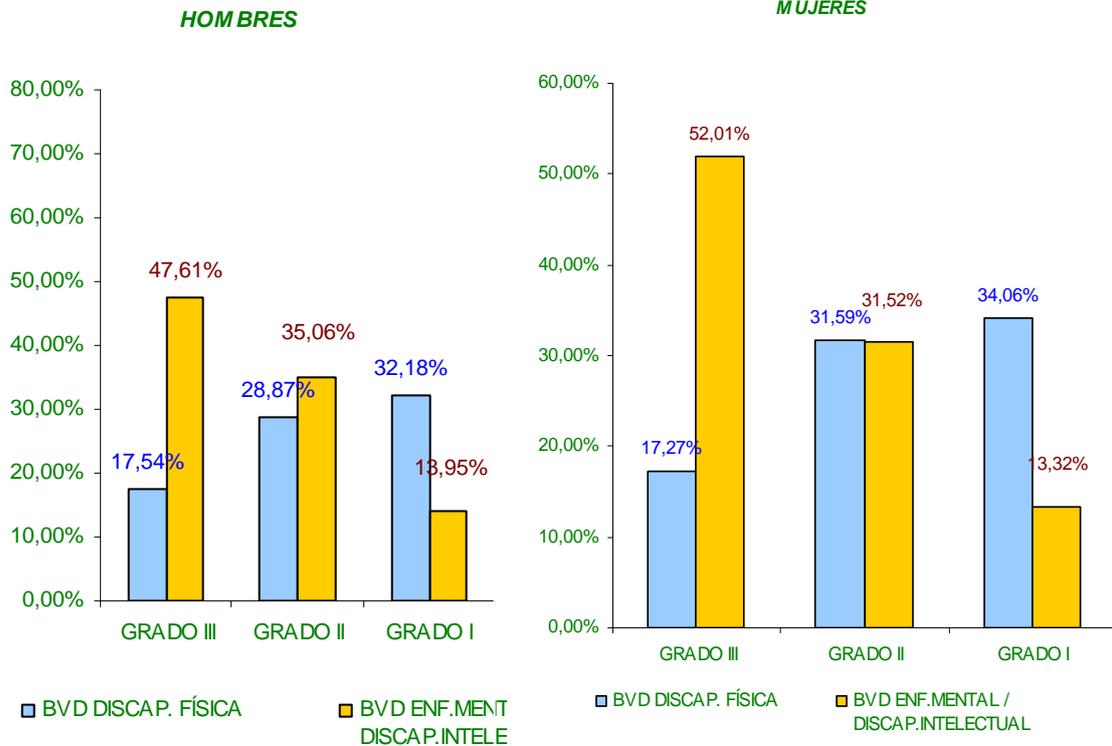
En otra dirección, puede resultar asimismo interesante analizar la utilización de los diferentes instrumentos de valoración.

Como se indicó anteriormente, existen dos instrumentos diferenciados, el BVD y el EVE.

En relación al primero, el **baremo de valoración de la situación de dependencia (BVD)** se trata de un instrumento que se encuentra diseñado para poder resultar de aplicación tanto a situaciones en que la persona valorada tiene algún tipo de discapacidad física, como en los supuestos en que nos encontramos ante tipologías de enfermedad mental o discapacidad intelectual. En este sentido, en el siguiente gráfico se recoge el resultado de la aplicación del BVD, diferenciando el tipo de discapacidad valorada. Se aprecia una mayor proporción en la aplicación de la parte del BVD relativa a la calificación de algún tipo de discapacidad física.



Asimismo, en los siguientes gráficos se puede observar los diferentes resultados de la aplicación de ambos instrumentos, poniéndolos en relación con el grado y nivel de dependencia dictaminado, así como con el sexo de la persona valorada. Un análisis de esta información revela unos resultados bastante similares, en la aplicación de ambos instrumentos por sexo.



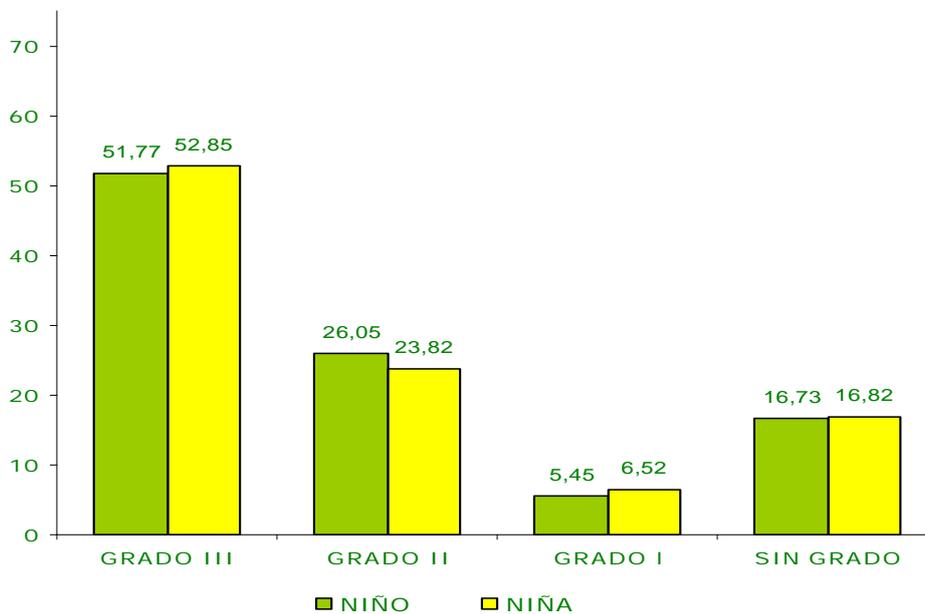
En relación con la **Escala de Valoración Específica (EVE)**, se trata de un instrumento que se aplica únicamente a los menores de tres años, dadas las especiales características de este colectivo.

Así, se recoge información referente a los resultados de la aplicación de la EVE, diferenciado en función del sexo de la persona, y del grado y nivel de la situación de dependencia.



ORIGEN DEPENDENCIA		Nº DE VALORACIONES	% MENORES DE TRES AÑOS VALORADOS
GRADO III	Niño	950	51,77
	Niña	770	52,85
GRADO II	Niño	478	26,05
	Niña	347	23,82
GRADO I	Niño	100	5,45
	Niña	95	6,52
SIN GRADO	Niño	307	16,73
	Niña	245	16,82
TOTAL	Niño	1.835	55,74
	Niña	1.457	44,26

En esta gráfica de barras se aprecia más nitidamente la preponderancia de valoraciones de Grado III, y cómo la distribución por sexos resulta muy pareja en los diferentes grados y niveles



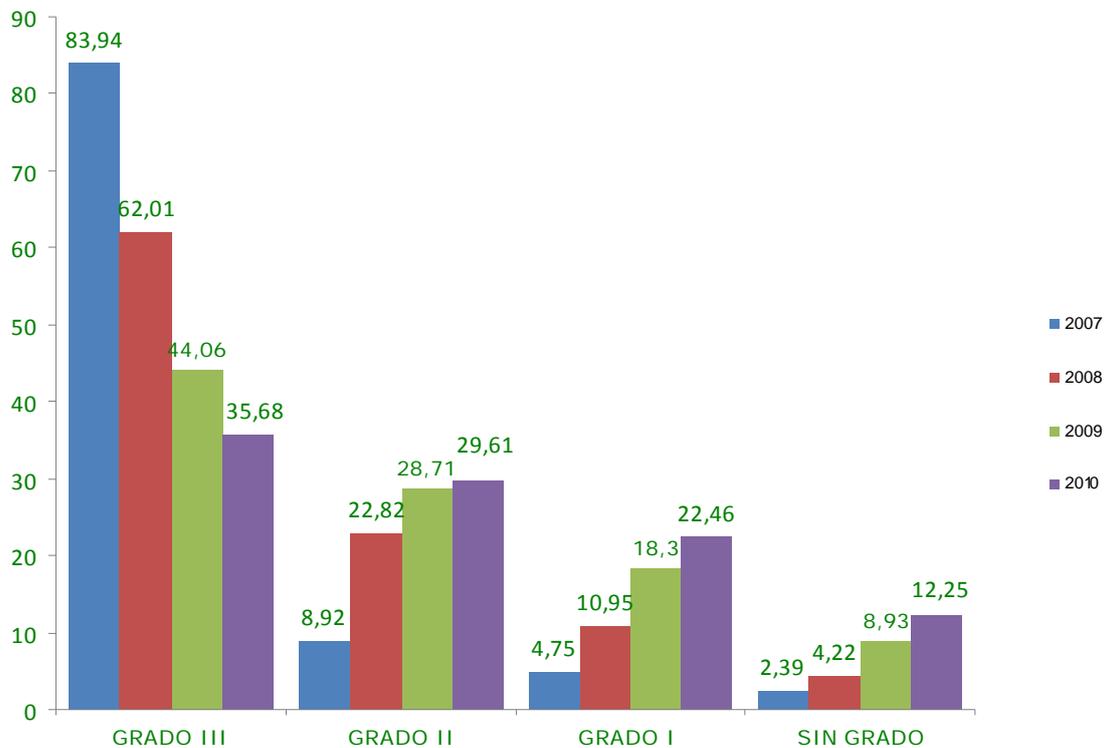
En todo caso, debe hacerse mención a que la información analizada relativa a la aplicación de los instrumentos de valoración se ha confeccionado en base a la

información referente a las comunidades que utilizan el SISAAD como herramienta de gestión.

Por último, resulta importante realizar un análisis que muestre la evolución en las valoraciones realizadas, desde una óptica de los resultados obtenidos. De esta manera, se puede observar cómo se ha experimentado un cambio significativo en los grados y niveles dictaminados: en los primeros años existía una gran preponderancia de los grados y niveles más elevados, mientras que con el devenir de los años esta tendencia se ha frenado, debido a un mayor reconocimiento de los grados y niveles más bajos.

Se trata de una tendencia que se puede observar perfectamente en la siguiente gráfica, donde se analizan los diferentes grados y niveles por años:

Evolución distribución porcentual por grado



Así, se puede observar cómo el Grado III, que constituía casi el 90% de las valoraciones en el año 2007, ha ido paulatinamente perdiendo peso, llegando a caer hasta un 35% en el año 2010. Por el contrario, el resto de grados y las valoraciones sin grado han experimentado una continua evolución ascendente. Se trata de un proceso cuya tendencia se mantendrá en el futuro, acentuándose aún más con la sucesiva incorporación de los grados más bajos.

Esta tendencia se puede explicar desde diferentes puntos de vista. En primer lugar, porque la atención de las personas en situación de dependencia se ha priorizado, atendiéndose primero a aquellas personas que se encontraban en una situación más grave, es decir, en una situación de dependencia de Grado III en sus diferentes niveles. De esta forma, una vez atendidas las personas con grados más altos, se pasará a atender a las personas de grados menos elevados. Y en segundo lugar, resulta importante también resaltar que conforme se desarrolla el Sistema, se produce una aplicación con más precisión de los instrumentos de valoración de la dependencia (BVD y EVE), a causa de la experiencia ya acumulada en su manejo, lo que produce una mejora en la calidad de las valoraciones realizadas, de manera que las mismas se ajustan con mayor exactitud a la realidad de las personas valoradas.

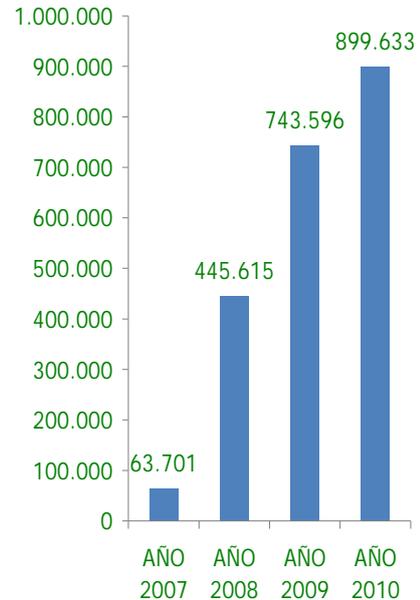
–Personas beneficiarias con derecho a prestación.

En las siguientes tablas y gráficas se recoge la cantidad de personas que han sido valoradas con algunos de los grados y niveles ya incorporados al sistema. Como se observa, y al igual que en las solicitudes, se trata de una magnitud en constante aumento.



EVOLUCIÓN DATOS DEL SISAAD. PERSONAS BENEFICIARIAS CON DERECHO A PRESTACIÓN

	Año 2007	Año 2008	Año 2009	Año 2010
Andalucía	32.142	119.298	199.435	232.046
Aragón	6.452	18.016	25.480	30.501
Asturias	3.738	12.364	15.145	17.766
Illes Balears	414	6.520	12.219	14.265
Canarias	1.504	8.090	15.215	21.919
Cantabria	-	8.098	12.653	15.623
Castilla y León	-	24.948	42.026	54.862
Castilla-La Mancha	5.432	25.526	39.193	49.132
Catalunya	-	74.936	130.787	151.808
Comunitat Valenciana	6.996	25.737	58.413	64.916
Extremadura	2.771	10.392	18.009	24.565
Galicia	-	32.430	44.762	53.828
Madrid	-	28.859	49.370	70.638
Murcia	-	16.160	20.207	31.971
Navarra	3.923	6.036	10.082	10.235
País Vasco	-	21.631	41.445	44.858
La Rioja	76	5.397	7.558	8.743
Ceuta y Melilla	253	1.177	1.597	1.957
TOTAL	63.701	445.615	743.596	899.633



-Personas beneficiarias con prestación reconocida.

Una vez se ha realizado la oportuna valoración, en que se reconoce que una persona se encuentra en situación de dependencia calificada con un grado y nivel que se incorporado al sistema, se procede a confeccionar el correspondiente programa individual de atención (PIA). Se trata en este punto de determinar la prestación o prestaciones que le puedan corresponder a la persona beneficiaria, teniendo en cuenta para ello las que mejor se adecuen a sus necesidades de atención.

Nos encontramos ante una magnitud que ha ido creciendo, a la par que han ido progresivamente aumentando tanto el número de solicitudes como los dictámenes realizados.



En este sentido, a finales del año 2009 existían ya 485.526 personas beneficiarias con prestación reconocida. Esta cifra se ha elevado durante el año 2010, hasta un total de 668.578 personas beneficiarias.

En la siguiente tabla se muestra la distribución por las diferentes comunidades autónomas de las personas beneficiarias con prestación reconocida, diferenciando además por sexo de las mismas:

Personas Beneficiarias con Resolución de PIA. Distribución por CCAA y sexo

ÁMBITO TERRITORIAL	TOTAL	HOMBRES		MUJERES	
	Nº	Nº	%	Nº	%
Andalucía	182.724	63.235	34,61	119.489	65,39
Aragón	26.134	9.135	34,95	16.999	65,05
Asturias (Principado de)	14.751	4.680	31,73	10.071	68,27
Balears (Illes)	10.049	3.476	34,59	6.573	65,41
Canarias	9.106	3.588	39,40	5.518	60,60
Cantabria	13.880	4.659	33,57	9.221	66,43
Castilla y León	48.830	17.413	35,66	31.417	64,34
Castilla-La Mancha	37.280	13.054	35,02	24.226	64,98
Catalunya	108.857	34.634	31,82	74.223	68,18
Comunitat Valenciana	36.927	13.594	36,81	23.333	63,19
Extremadura	17.763	6.175	34,76	11.588	65,24
Galicia	32.572	10.660	32,73	21.912	67,27
Madrid (Comunidad de)	49.858	8.148	16,34	41.710	83,66
Murcia (Región de)	24.643	8.802	35,72	15.841	64,28
Navarra (Comunidad Foral de)	8.748	2.883	32,96	5.865	67,04
País Vasco	37.052	12.869	34,73	24.183	65,27
Rioja (La)	7.677	2.811	36,62	4.866	63,38
Ceuta y Melilla	1.727	660	38,22	1.067	61,78
TOTAL	668.578	220.476	32,98	448.102	67,02

Como se puede observar, y siguiendo un patrón similar al establecido anteriormente en relación con la distribución de solicitudes por sexo, existe una

clara preponderancia de mujeres entre las personas beneficiarias con prestación reconocida.

7.1. PRESTACIONES RECONOCIDAS

En este punto, debe mencionarse que, en función del régimen de compatibilidades establecido por cada comunidad autónoma, resulta posible que una persona beneficiaria tenga más de una prestación reconocida. De este modo, el número de prestaciones reconocidas resulta superior al de personas con prestación reconocida.

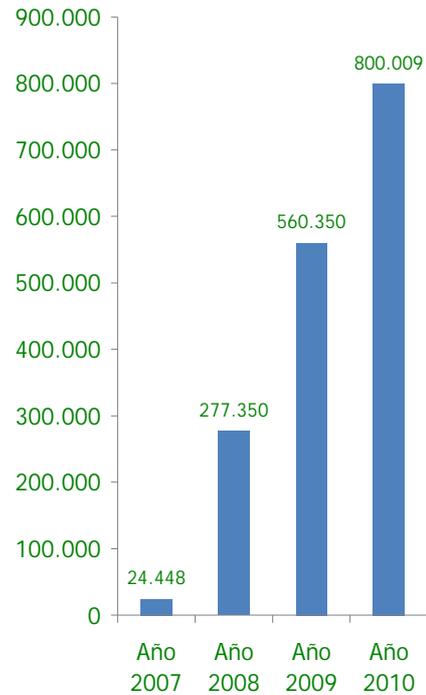
En todo caso, se trata de una magnitud que, como no podía ser de otra manera, ha aumentado progresivamente, en función del ritmo en que se ha ido sustanciando el procedimiento asociado a cada solicitud presentada.

En el siguiente gráfico se observa con claridad el progresivo aumento en el número de prestaciones reconocidas:



EVOLUCIÓN DATOS DEL SISAAD.PRESTACIONES

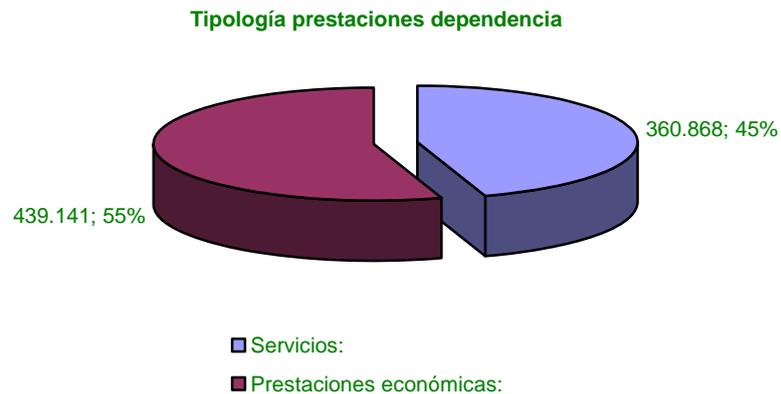
	Año 2007	Año 2008	Año 2009	Año 2010
Andalucía	9.473	93.599	189.335	239.407
Aragón	1.384	9.552	19.823	26.196
Asturias	-	7.704	11.210	15.796
Illes Balears	418	2.621	5.664	10.345
Canarias	1	1.650	6.157	9.117
Cantabria	827	5.518	10.573	14.332
Castilla y León	-	12.855	39.609	54.288
Castilla-La Mancha	55	12.146	30.449	50.044
Catalunya	-	38.585	78.880	130.869
Comunitat Valenciana	7.045	12.792	25.926	42.240
Extremadura	2.041	5.759	14.102	19.101
Galicia	-	19.012	30.530	33.695
Madrid	-	16.206	26.900	59.855
Murcia	-	4.973	14.873	29.565
Navarra	3.017	6.139	8.593	9.692
País Vasco	-	25.328	38.672	42.426
La Rioja	-	1.958	7.442	10.981
Ceuta y Melilla	187	953	1.612	2.060
TOTAL	24.448	277.350	560.350	800.009



7.1.1 Tipología de las prestaciones.

La tipología de las prestaciones obedece a una doble diferenciación, distinguiendo entre servicios y prestaciones económicas. En este sentido, debe resaltarse que nos encontramos ante un modelo de protección en que se ha realizado una clara apuesta por la atención a las situaciones de dependencia mediante la prestación de servicios profesionales y de calidad. No obstante, un análisis en la aprobación de los PIA ofrece una realidad un tanto diferente, toda vez que el reconocimiento de prestaciones económicas (en concreto, en la prestación económica de cuidados en el entorno familiar) supera el de los servicios. Los datos a este respecto de la finalización del año 2010, y que no varían en esencia de los que se pueden extraer de los años anteriores, reflejan

que se han reconocido un total de 360.868 servicios (45,10%) frente a un total de 439.141 prestaciones económicas (lo que supone un 54,90% del total).



En la misma dirección, se puede analizar asimismo la distribución en el reconocimiento de prestaciones, en función del tipo de servicio, bien residencial ó bien de atención domiciliaria.

Debe tenerse en cuenta en este punto que el tipo de prestación vinculada se asimila a un servicio de atención residencial, puesto que en su gran mayoría se encuentran ligadas a la adquisición de un servicio de atención residencial.

7.1.2 Catálogo de servicios y prestaciones.

Servicio de prevención de la situaciones de dependencia y promoción de la autonomía personal.

Se puede observar que hasta el 31 de diciembre de 2010 se trata de un servicio minoritario, pues cuantitativamente supone un pequeño porcentaje del total de prestaciones reconocidas en el Sistema. Se prevé que esta tipología de servicios cobre una mayor importancia en la medida que se incorporen al sistema los



grados y niveles más bajos, como con la incorporación del Grado I Nivel 2 a partir del 1 de enero de 2011.

SERVICIO PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN			
	Año 2008	Año 2009	Año 2010
Andalucía	7	5	2
Aragón	0	0	0
Asturias (Principado de)	0	0	0
Illes Balears	0	0	0
Canarias	0	0	46
Cantabria	0	0	0
Castilla y León	0	1.780	2.325
Castilla-La Mancha	0	59	277
Catalunya	0	0	1.275
Comunitat Valenciana	1	1	1
Extremadura	134	574	549
Galicia	98	36	70
Madrid (Comunidad de)	0	0	5.642
Murcia (Región de)	0	0	620
Navarra (Comunidad Foral de)	0	0	0
País Vasco	0	0	0
La Rioja	19	409	594
Ceuta y Melilla	0	154	203
TOTAL	259	3.018	11.604



Servicio de Teleasistencia

En el siguiente cuadro se recoge la evolución que ha tenido este servicio en estos cuatro años de vigencia de la Ley.

SERVICIO DE TELEASISTENCIA

	Año 2008	Año 2009	Año 2010
Andalucía	8.559	42.153	53.398
Aragón	0	0	0
Asturias (Principado de)	15	164	334
Illes Balears	0	0	0
Canarias	0	0	0
Cantabria	0	11	476
Castilla y León	74	731	1.569
Castilla-La Mancha	285	2.179	6.868
Catalunya	2	5	7.226
Comunitat Valenciana	0	0	5.307
Extremadura	0	349	303
Galicia	84	126	192
Madrid (Comunidad de)	0	436	2.459
Murcia (Región de)	0	1.118	3.617
Navarra (Comunidad Foral de)	0	136	455
País Vasco	2.008	3.680	4.091
La Rioja	0	324	711
Ceuta y Melilla	69	68	105
TOTAL	11.096	51.480	87.111



Se trata de un servicio de naturaleza complementaria, cuyo reconocimiento suele producirse junto a otro tipo de servicios, como la ayuda a domicilio. Además, y de modo similar al servicio de promoción y prevención, se trata de un servicio cuyo reconocimiento se produce de manera más elevada en relación con los grados y niveles de dependencia más bajos.

Servicio de ayuda a domicilio

En el siguiente cuadro se recoge la evolución que ha tenido este servicio en estos cuatro años de vigencia de la Ley.

SERVICIO DE AYUDA A DOMICILIO

	Año 2008	Año 2009	Año 2010
Andalucía	24.801	32.149	46.434
Aragón	0	0	0
Asturias (Principado de)	435	1.033	1.613
Illes Balears	0	0	0
Canarias	0	0	0
Cantabria	291	491	766
Castilla y León	921	2.620	5.068
Castilla-La Mancha	1	3.147	5.233
Catalunya	2.802	7.299	12.545
Comunitat Valenciana	0	0	0
Extremadura	1.058	1.057	941
Galicia	1.953	4.707	5.895
Madrid (Comunidad de)	0	1.026	9.978
Murcia (Región de)	0	0	0
Navarra (Comunidad Foral de)	0	2	397
País Vasco	4.384	4.607	4.851
La Rioja	0	1.378	1.784
Ceuta y Melilla	76	60	127
TOTAL	36.722	59.576	95.632



El servicio de ayuda a domicilio se reconoce principalmente en los grados y niveles de dependencia más bajos. Ello es así en parte porque las personas con grados elevados de dependencia es más frecuente que sean atendidas mediante servicios residenciales, que no resultan compatibles con la ayuda a domicilio.

En el siguiente cuadro se observa en la columna "Total", el total de personas beneficiarias del servicio de ayuda a domicilio y su relación porcentual con el total de personas beneficiarias de prestaciones; y en las columnas "Grado III" y "Grado II", el total de personas beneficiarias de este servicio para cada uno de los grados y su relación porcentual con el total de personas con prestaciones de dependencia en dicho grado.

Servicios de ayuda a domicilio, por grados de persona beneficiaria

ÁMBITO TERRITORIAL	TOTAL		GRADO III		GRADO II	
	Nº	% Benef. Pia	Nº	% Benef. Pia Total grado III	Nº	% Benef. Pia Total grado II
Andalucía	46.428	25,41	17.768	18,58	28.660	32,91
Aragón	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Asturias (Principado de)	1.609	10,91	795	8,84	814	14,14
Balears (Illes)	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Canarias	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Cantabria	763	5,50	421	5,46	342	5,54
Castilla y León	5.070	10,38	2.714	8,86	2.356	12,96
Castilla-La Mancha	5.229	14,03	2.746	12,22	2.483	16,76
Catalunya	12.541	11,52	6.155	10,03	6.386	13,45
Comunitat Valenciana	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Extremadura	923	5,20	733	6,22	190	3,18
Galicia	5.891	18,09	3.267	14,68	2.624	25,45
Madrid (Comunidad de)	9.979	20,01	4.287	14,11	5.692	29,22
Murcia (Región de)	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Navarra (Comunidad Foral de)	397	4,54	174	4,25	223	4,79
País Vasco	4.851	13,09	2.671	13,85	2.180	12,27
Rioja (La)	1.781	23,20	934	20,41	847	27,32
Ceuta y Melilla	126	7,30	65	7,25	61	7,35
TOTAL	95.588	14,30	42.730	11,06	52.858	18,72

En el siguiente cuadro se observa en la columna "Total", el total de personas beneficiarias del servicio de ayuda a domicilio y su relación porcentual con el total de personas beneficiarias de prestaciones de dependencia; y en las columnas "Grado III" y "Grado II", el total de personas beneficiarias de este

servicio para cada uno de los grados y su relación porcentual con el total de personas beneficiarias de este servicio.

Servicios de ayuda a domicilio, por grados de persona beneficiaria

ÁMBITO TERRITORIAL	TOTAL		GRADO III		GRADO II	
	Nº	% Benef. Pia	Nº	% Benef. Pia Ayuda Domicilio	Nº	% Benef. Pia Ayuda Domicilio
Andalucía	46.428	25,41	17.768	18,59	28.660	29,98
Aragón	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Asturias (Principado de)	1.609	10,91	795	0,83	814	0,85
Balears (Illes)	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Canarias	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Cantabria	763	5,50	421	0,44	342	0,36
Castilla y León	5.070	10,38	2.714	2,84	2.356	2,46
Castilla-La Mancha	5.229	14,03	2.746	2,87	2.483	2,60
Catalunya	12.541	11,52	6.155	6,44	6.386	6,68
Comunitat Valenciana	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Extremadura	923	5,20	733	0,77	190	0,20
Galicia	5.891	18,09	3.267	3,42	2.624	2,75
Madrid (Comunidad de)	9.979	20,01	4.287	4,48	5.692	5,95
Murcia (Región de)	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Navarra (Comunidad Foral de)	397	4,54	174	0,18	223	0,23
País Vasco	4.851	13,09	2.671	2,79	2.180	2,28
Rioja (La)	1.781	23,20	934	0,98	847	0,89
Ceuta y Melilla	126	7,30	65	0,07	61	0,06
TOTAL	95.588	14,30	42.730	11,06	52.858	18,72

Servicio de Centro de Día

En el siguiente cuadro se observa en la columna "Total", el total de personas beneficiarias del servicio de centro de día/noche y su relación porcentual con el total de personas beneficiarias de prestaciones de dependencia; y en las columnas "Grado III" y "Grado II", el total de personas beneficiarias de este servicio para cada uno de los grados y su relación porcentual con el total de personas con prestaciones de dependencia en dicho grado.



Servicios de centros de día / noche, por grados de persona beneficiaria

ÁMBITO TERRITORIAL	TOTAL		GRADO III		GRADO II	
	Nº	% Benef.Pia	Nº	% Benef.Pia Total grado III	Nº	% Benef.Pia Total grado II
Andalucía	9.814	5,37	6.428	6,72	3.386	3,89
Aragón	912	3,49	531	3,33	381	3,73
Asturias (Principado de)	1.277	8,66	635	7,06	642	11,15
Balears (Illes)	547	5,44	337	5,84	210	4,91
Canarias	1.903	20,90	1.107	15,96	796	36,72
Cantabria	1.171	8,44	643	8,34	528	8,56
Castilla y León	3.317	6,79	1.775	5,79	1.542	8,48
Castilla-La Mancha	1.395	3,74	856	3,81	539	3,64
Catalunya	4.116	3,78	2.051	3,34	2.065	4,35
Comunitat Valenciana	2.305	6,24	1.221	5,38	1.084	7,61
Extremadura	465	2,62	252	2,14	213	3,57
Galicia	1.986	6,10	1.117	5,02	869	8,43
Madrid (Comunidad de)	9.224	18,50	4.830	15,90	4.394	22,55
Murcia (Región de)	1.609	6,53	791	5,33	818	8,34
Navarra (Comunidad Foral de)	188	2,15	112	2,74	76	1,63
País Vasco	4.702	12,69	2.316	12,01	2.386	13,43
Rioja (La)	734	9,56	451	9,85	283	9,13
Ceuta y Melilla	36	2,08	14	1,56	22	2,65
TOTAL	45.701	6,84	25.467	6,59	20.234	7,17

En el siguiente cuadro se observa en la columna "Total", el total de personas beneficiarias del servicio de centro de día/noche y su relación porcentual con el total de personas beneficiarias de prestaciones de dependencia; y en las columnas "Grado III" y "Grado II", el total de personas beneficiarias de este servicio para cada uno de los grados y su relación porcentual con el total de personas beneficiarias de este servicio.



Servicios de centros de día / noche, por grados de persona beneficiaria

ÁMBITO TERRITORIAL	TOTAL		GRADO III		GRADO II	
	Nº	% Benef.Pia	Nº	% Benef.Pia Centro de Día/noche	Nº	% Benef.Pia Centro de Día/noche
Andalucía	9.814	5,37	6.428	14,07	3.386	7,41
Aragón	912	3,49	531	1,16	381	0,83
Asturias (Principado de)	1.277	8,66	635	1,39	642	1,40
Balears (Illes)	547	5,44	337	0,74	210	0,46
Canarias	1.903	20,90	1.107	2,42	796	1,74
Cantabria	1.171	8,44	643	1,41	528	1,16
Castilla y León	3.317	6,79	1.775	3,88	1.542	3,37
Castilla-La Mancha	1.395	3,74	856	1,87	539	1,18
Catalunya	4.116	3,78	2.051	4,49	2.065	4,52
Comunitat Valenciana	2.305	6,24	1.221	2,67	1.084	2,37
Extremadura	465	2,62	252	0,55	213	0,47
Galicia	1.986	6,10	1.117	2,44	869	1,90
Madrid (Comunidad de)	9.224	18,50	4.830	10,57	4.394	9,61
Murcia (Región de)	1.609	6,53	791	1,73	818	1,79
Navarra (Comunidad Foral de)	188	2,15	112	0,25	76	0,17
País Vasco	4.702	12,69	2.316	5,07	2.386	5,22
Rioja (La)	734	9,56	451	0,99	283	0,62
Ceuta y Melilla	36	2,08	14	0,03	22	0,05
TOTAL	45.701	6,84	25.467	55,73	20.234	44,27

Las cifras relativas al número de servicios reconocidos desde la entrada en vigor de la Ley es la siguiente:

SERVICIO DE CENTRO DE DÍA/NOCHE

	Año 2008	Año 2009	Año 2010
Andalucía	4.667	8.029	9.883
Aragón	526	646	912
Asturias (Principado de)	352	883	1.319
Illes Balears	169	352	549
Canarias	268	1.085	1.905
Cantabria	471	913	1.180
Castilla y León	76	2.265	3.324
Castilla-La Mancha	172	713	1.421
Catalunya	423	2.008	4.117
Comunitat Valenciana	580	500	2.305
Extremadura	313	323	579
Galicia	421	1.385	1.986
Madrid (Comunidad de)	1.947	3.975	9.220
Murcia (Región de)	0	35	1.609
Navarra (Comunidad Foral de)	126	171	188
País Vasco	3.179	4.592	4.702
La Rioja	226	575	734
Ceuta y Melilla	16	29	36
TOTAL	13.932	28.479	45.969

Servicio de Atención Residencial

Mediante este servicio se ofrece una atención integral y continuada, de carácter personal, social y sanitario, que se prestará en centros residenciales, públicos o acreditados, teniendo en cuenta la naturaleza de la dependencia, grado de la misma e intensidad de cuidados que precise la persona. Puede tener bien carácter permanente, en aquellas situaciones en que el centro residencial sea la residencia habitual de la persona; o bien temporal, cuando se atiendan estancias temporales de convalecencia o durante vacaciones, fines de semana y enfermedades o períodos de descanso de los cuidadores no profesionales.

La atención que se presta mediante este tipo de servicio se adecua en gran medida a las necesidades derivadas de las situaciones de dependencia más elevadas, por lo que un análisis de los reconocimientos de esta prestación atendiendo al grado y nivel de los beneficiarios permite observar cómo efectivamente la gran mayoría de estos servicios se corresponde con situaciones de dependencia de Grado III. Por ello, resulta previsible que este servicio se reconozca en una menor medida conforme se incorporen al sistema los grados y niveles más bajos.

En el siguiente cuadro se observa en la columna "Total", el total de personas beneficiarias del servicio de atención residencial y su relación porcentual con el total de personas beneficiarias de prestaciones de dependencia; y en las columnas "Grado III" y "Grado II", el total de personas beneficiarias de este servicio para cada uno de los grados y su relación porcentual con el total de personas con prestaciones de dependencia en dicho grado.



Servicios de atención residencial, por grados de persona beneficiaria

ÁMBITO TERRITORIAL	TOTAL		GRADO III		GRADO II	
	Nº	% Benef. Pia	Nº	% Benef. Pia Total grado III	Nº	% Benef. Pia Total grado II
Andalucía	18.420	10,08	13.424	14,04	4.996	5,74
Aragón	3.734	14,29	2.921	18,34	813	7,96
Asturias (Principado de)	3.364	22,81	2.705	30,07	659	11,45
Balears (Illes)	1.776	17,67	1.294	22,43	482	11,26
Canarias	2.427	26,65	1.804	26,00	623	28,74
Cantabria	2.944	21,21	2.089	27,10	855	13,86
Castilla y León	8.742	17,90	6.307	20,58	2.435	13,39
Castilla-La Mancha	7.832	21,01	5.749	25,59	2.083	14,06
Catalunya	17.060	15,67	12.372	20,16	4.688	9,87
Comunitat Valenciana	13.382	36,24	8.265	36,42	5.117	35,94
Extremadura	3.585	20,18	2.995	25,39	590	9,88
Galicia	4.721	14,49	3.689	16,57	1.032	10,01
Madrid (Comunidad de)	19.399	38,91	14.558	47,93	4.841	24,85
Murcia (Región de)	2.018	8,19	1.332	8,98	686	6,99
Navarra (Comunidad Foral de)	1.416	16,19	864	21,12	552	11,85
País Vasco	8.307	22,42	5.487	28,46	2.820	15,87
Rioja (La)	1.221	15,90	918	20,06	303	9,77
Ceuta y Melilla	165	9,55	105	11,71	60	7,23
TOTAL	120.513	18,03	86.878	22,49	33.635	11,91

En el siguiente cuadro se observa en la columna "Total", el total de personas beneficiarias del servicio de atención residencial y su relación porcentual con el total de personas beneficiarias de prestaciones de dependencia; y en las columnas "Grado III" y "Grado II", el total de personas beneficiarias de este servicio para cada uno de los grados y su relación porcentual con el total de personas beneficiarias de este servicio.



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE SANIDAD, POLÍTICA SOCIAL
E IGUALDAD

Servicios de atención residencial, por grados de persona beneficiaria

ÁMBITO TERRITORIAL	TOTAL		GRADO III		GRADO II	
	Nº	% Benef. Pia	Nº	% Benef. Pia Atención Residencial	Nº	% Benef. Pia Atención Residencial
Andalucía	18.420	10,08	13.424	11,14	4.996	4,15
Aragón	3.734	14,29	2.921	2,42	813	0,67
Asturias (Principado de)	3.364	22,81	2.705	2,24	659	0,55
Balears (Illes)	1.776	17,67	1.294	1,07	482	0,40
Canarias	2.427	26,65	1.804	1,50	623	0,52
Cantabria	2.944	21,21	2.089	1,73	855	0,71
Castilla y León	8.742	17,90	6.307	5,23	2.435	2,02
Castilla-La Mancha	7.832	21,01	5.749	4,77	2.083	1,73
Catalunya	17.060	15,67	12.372	10,27	4.688	3,89
Comunitat Valenciana	13.382	36,24	8.265	6,86	5.117	4,25
Extremadura	3.585	20,18	2.995	2,49	590	0,49
Galicia	4.721	14,49	3.689	3,06	1.032	0,86
Madrid (Comunidad de)	19.399	38,91	14.558	12,08	4.841	4,02
Murcia (Región de)	2.018	8,19	1.332	1,11	686	0,57
Navarra (Comunidad Foral de)	1.416	16,19	864	0,72	552	0,46
País Vasco	8.307	22,42	5.487	4,55	2.820	2,34
Rioja (La)	1.221	15,90	918	0,76	303	0,25
Ceuta y Melilla	165	9,55	105	0,09	60	0,05
TOTAL	120.513	18,03	86.878	72,09	33.635	27,91



En conjunto, y a lo largo de estos cuatro primeros años, la evolución en el reconocimiento de este servicio ha sido la siguiente.

SERVICIO DE ATENCIÓN RESIDENCIAL

	Año 2008	Año 2009	Año 2010
Andalucía	11.470	15.718	18.462
Aragón	2.469	2.378	3.734
Asturias (Principado de)	2.753	2.800	3.368
Illes Balears	686	1.267	1.780
Canarias	331	1.725	2.427
Cantabria	2.003	2.515	2.949
Castilla y León	4.789	7.285	8.722
Castilla-La Mancha	3.976	6.292	7.837
Catalunya	4.371	13.257	17.066
Comunitat Valenciana	8.105	9.805	13.377
Extremadura	1.886	3.121	3.589
Galicia	3.005	4.798	4.723
Madrid (Comunidad de)	13.241	16.117	19.393
Murcia (Región de)	6	960	2.018
Navarra (Comunidad Foral de)	1.131	1.020	1.416
País Vasco	7.315	8.753	8.307
La Rioja	452	992	1.221
Ceuta y Melilla	47	138	165
TOTAL	68.036	98.941	120.552

Resulta apreciable como el porcentaje de crecimiento de este servicio se ha ralentizado, de manera similar a la que ha disminuido el reconocimiento del Grado III en el sistema.



Prestaciones económicas

Como se ha manifestado anteriormente, las prestaciones económicas recogidas en la Ley tienen una naturaleza subsidiaria respecto de los servicios, puesto que en todo caso, únicamente cabe su reconocimiento cuando no resulte posible atender las necesidades derivadas de la situación de dependencia mediante la prestación de un servicio. No obstante, y como se ha apuntado anteriormente, la gestión llevada a cabo por las comunidades indica que realmente existe una preponderancia en el reconocimiento de las prestaciones económicas.

Prestación económica vinculada al servicio.

Mayoritariamente esta prestación se concede ligada al servicio de atención residencial, si bien es posible encontrar casos en que se vincula a la adquisición de un servicio de ayuda a domicilio. Precisamente por ello, una distribución del reconocimiento de esta prestación por grados y niveles apunta cómo la misma resulta preponderante en el Grado III, al igual que el servicio de atención residencial.



PRESTACIÓN ECONÓMICA VINCULADA AL SERVICIO

	Año 2008	Año 2009	Año 2010
Andalucía	1.525	3.348	3.279
Aragón	1.256	3.852	5.455
Asturias (Principado de)	228	982	1.614
Illes Balears	9	245	482
Canarias	2	54	91
Cantabria	0	0	0
Castilla y León	3.511	8.943	11.393
Castilla-La Mancha	132	1.314	2.686
Catalunya	6.602	9.847	12.209
Comunitat Valenciana	617	1.665	2.847
Extremadura	1.110	2.854	4.970
Galicia	963	1.497	2.383
Madrid (Comunidad de)	2	178	1.745
Murcia (Región de)	81	570	1.030
Navarra (Comunidad Foral de)	1.048	1.529	1.470
País Vasco	660	699	879
La Rioja	134	457	771
Ceuta y Melilla	64	124	105
TOTAL	17.944	38.158	53.409

En el siguiente cuadro se observa en la columna "Total", el total de personas beneficiarias de prestación económica vinculada al servicio y su relación porcentual con el total de personas beneficiarias de prestaciones de dependencia; y en las columnas "Grado III" y "Grado II", el total de personas beneficiarias de esta prestación para cada uno de los grados y su relación porcentual con el total de personas con prestaciones de dependencia en dicho grado.

**Prestaciones económicas vinculadas al servicio, por grados de persona beneficiaria**

ÁMBITO TERRITORIAL	TOTAL		GRADO III		GRADO II	
	Nº	% Benef.Pia	Nº	% Benef.Pia Total grado III	Nº	% Benef.Pia Total grado II
Andalucía	3.279	1,79	2.265	2,37	1.014	1,16
Aragón	5.455	20,87	3.625	22,77	1.830	17,92
Asturias (Principado de)	1.627	11,03	1.110	12,34	517	8,98
Baleares (Illes)	482	4,80	329	5,70	153	3,57
Canarias	91	1,00	86	1,24	5	0,23
Cantabria	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Castilla y León	11.269	23,08	7.730	25,22	3.539	19,46
Castilla-La Mancha	2.699	7,24	1.758	7,83	941	6,35
Catalunya	12.206	11,21	8.883	14,47	3.323	7,00
Comunitat Valenciana	2.847	7,71	1.624	7,16	1.223	8,59
Extremadura	4.945	27,84	3.216	27,27	1.729	28,97
Galicia	2.383	7,32	1.911	8,58	472	4,58
Madrid (Comunidad de)	1.745	3,50	1.276	4,20	469	2,41
Murcia (Región de)	1.030	4,18	771	5,20	259	2,64
Navarra (Comunidad Foral de)	1.480	16,92	948	23,18	532	11,42
País Vasco	879	2,37	585	3,03	294	1,65
Rioja (La)	768	10,00	584	12,76	184	5,94
Ceuta y Melilla	105	6,08	49	5,46	56	6,75
TOTAL	53.290	7,97	36.750	9,51	16.540	5,86

En el siguiente cuadro se observa en la columna "Total", el total de personas beneficiarias de la prestación económica vinculada al servicio y su relación porcentual con el total de personas beneficiarias de prestaciones de dependencia; y en las columnas "Grado III" y "Grado II", el total de personas beneficiarias de esta prestación para cada uno de los grados y su relación porcentual con el total de personas beneficiarias de esta prestación económica.



Prestaciones económicas vinculadas al servicio, por grados de persona beneficiaria

ÁMBITO TERRITORIAL	TOTAL		GRADO III		GRADO II	
	Nº	% Benef.Pia	Nº	% Benef.Pia p.e.vinculada	Nº	% Benef.Pia p.e.vinculada
Andalucía	3.279	1,79	2.265	4,25	1.014	1,90
Aragón	5.455	20,87	3.625	6,80	1.830	3,43
Asturias (Principado de)	1.627	11,03	1.110	2,08	517	0,97
Baleares (Illes)	482	4,80	329	0,62	153	0,29
Canarias	91	1,00	86	0,16	5	0,01
Cantabria	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Castilla y León	11.269	23,08	7.730	14,51	3.539	6,64
Castilla-La Mancha	2.699	7,24	1.758	3,30	941	1,77
Catalunya	12.206	11,21	8.883	16,67	3.323	6,24
Comunitat Valenciana	2.847	7,71	1.624	3,05	1.223	2,29
Extremadura	4.945	27,84	3.216	6,03	1.729	3,24
Galicia	2.383	7,32	1.911	3,59	472	0,89
Madrid (Comunidad de)	1.745	3,50	1.276	2,39	469	0,88
Murcia (Región de)	1.030	4,18	771	1,45	259	0,49
Navarra (Comunidad Foral de)	1.480	16,92	948	1,78	532	1,00
País Vasco	879	2,37	585	1,10	294	0,55
Rioja (La)	768	10,00	584	1,10	184	0,35
Ceuta y Melilla	105	6,08	49	0,09	56	0,11
TOTAL	53.290	7,97	36.750	68,96	16.540	31,04

Prestación económica para cuidados en el entorno familiar.

Se trata esta de la prestación más reconocida dentro del sistema, y así se puede observar en la siguiente tabla donde se recogen las cifras de esta prestación a lo largo de estos últimos años:



PRESTACIÓN ECONÓMICA PARA CUIDADOS EN EL ENTORNO FAMILIAR

	Año 2008	Año 2009	Año 2010
Andalucía	42.552	87.901	107.916
Aragón	5.301	12.947	16.095
Asturias (Principado de)	3.921	5.348	7.550
Illes Balears	1.757	3.787	7.533
Canarias	1.049	3.293	4.648
Cantabria	2.753	6.643	8.961
Castilla y León	3.456	15.951	21.846
Castilla-La Mancha	7.577	16.737	25.714
Catalunya	24.372	46.446	76.413
Comunitat Valenciana	3.489	13.955	18.403
Extremadura	1.258	5.824	8.169
Galicia	12.468	17.952	18.410
Madrid (Comunidad de)	1.016	5.150	11.395
Murcia (Región de)	4.886	12.190	20.671
País Vasco	7.654	15.809	19.011
La Rioja	1.127	3.307	5.166
Ceuta y Melilla	681	1.039	1.319
TOTAL	129.151	280.013	384.985

En relación con la distribución por grados y niveles se puede observar cómo existe cierta disparidad entre los mismo, siendo el Grado II Nivel 2 aquel en que existe una menor tasa de reconocimiento.

En el siguiente cuadro se observa en la columna "Total", el total de personas beneficiarias de prestación económica para cuidados en el entorno familiar y su relación porcentual con el total de personas beneficiarias de prestaciones de dependencia; y en las columnas "Grado III" y "Grado II", el total de personas beneficiarias de esta prestación para cada uno de los grados y su relación porcentual con el total de personas con prestaciones de dependencia en dicho grado.



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE SANIDAD, POLÍTICA SOCIAL
E IGUALDAD

Prestaciones económica para cuidados en el entorno familiar, por grados de persona beneficiaria

ÁMBITO TERRITORIAL	TOTAL		GRADO III		GRADO II	
	Nº	% Benef. Pia	Nº	% Benef.Pia Total grado III	Nº	% Benef.Pia Total grado II
Andalucía	107.894	59,05	58.112	60,76	49.782	57,17
Aragón	16.096	61,59	8.885	55,80	7.211	70,62
Asturias (Principado de)	7.539	51,11	4.086	45,43	3.453	59,99
Balears (Illes)	7.533	74,96	3.984	69,07	3.549	82,90
Canarias	4.647	51,03	3.934	56,70	713	32,89
Cantabria	8.895	64,09	4.513	58,54	4.382	71,01
Castilla y León	21.851	44,75	12.890	42,06	8.961	49,28
Castilla-La Mancha	25.703	68,95	15.081	67,13	10.622	71,70
Catalunya	76.364	70,15	38.753	63,14	37.611	79,21
Comunitat Valenciana	18.403	49,84	11.604	51,14	6.799	47,76
Extremadura	8.163	45,96	4.912	41,65	3.251	54,46
Galicia	18.401	56,49	12.993	58,36	5.408	52,45
Madrid (Comunidad de)	11.395	22,85	6.469	21,30	4.926	25,28
Murcia (Región de)	20.671	83,88	12.420	83,74	8.251	84,10
Navarra (Comunidad Foral de)	5.765	65,90	2.327	56,89	3.438	73,81
País Vasco	19.013	51,31	9.396	48,73	9.617	54,12
Rioja (La)	5.163	67,25	2.909	63,56	2.254	72,71
Ceuta y Melilla	1.311	75,91	672	74,92	639	76,99
TOTAL	384.807	57,56	213.940	55,39	170.867	60,52

En el siguiente cuadro se observa en la columna "Total", el total de personas beneficiarias de la prestación económica para cuidados en el entorno familiar y su relación porcentual con el total de personas beneficiarias de prestaciones de dependencia; y en las columnas "Grado III" y "Grado II", el total de personas beneficiarias de esta prestación para cada uno de los grados y su relación porcentual con el total de personas beneficiarias de esta prestación económica.

Prestaciones económica para cuidados en el entorno familiar, por grados de persona beneficiaria

ÁMBITO TERRITORIAL	TOTAL		GRADO III		GRADO II	
	Nº	% Benef. Pia	Nº	% Benef.Pia Cuidados	Nº	% Benef.Pia Cuidados
Andalucía	107.894	59,05	58.112	15,10	49.782	12,94
Aragón	16.096	61,59	8.885	2,31	7.211	1,87
Asturias (Principado de)	7.539	51,11	4.086	1,06	3.453	0,90
Balears (Illes)	7.533	74,96	3.984	1,04	3.549	0,92
Canarias	4.647	51,03	3.934	1,02	713	0,19
Cantabria	8.895	64,09	4.513	1,17	4.382	1,14
Castilla y León	21.851	44,75	12.890	3,35	8.961	2,33
Castilla-La Mancha	25.703	68,95	15.081	3,92	10.622	2,76
Catalunya	76.364	70,15	38.753	10,07	37.611	9,77
Comunitat Valenciana	18.403	49,84	11.604	3,02	6.799	1,77
Extremadura	8.163	45,96	4.912	1,28	3.251	0,84
Galicia	18.401	56,49	12.993	3,38	5.408	1,41
Madrid (Comunidad de)	11.395	22,85	6.469	1,68	4.926	1,28
Murcia (Región de)	20.671	83,88	12.420	3,23	8.251	2,14
Navarra (Comunidad Foral de)	5.765	65,90	2.327	0,60	3.438	0,89
País Vasco	19.013	51,31	9.396	2,44	9.617	2,50
Rioja (La)	5.163	67,25	2.909	0,76	2.254	0,59
Ceuta y Melilla	1.311	75,91	672	0,17	639	0,17
TOTAL	384.807	57,56	213.940	55,60	170.867	44,40



Prestación económica de asistencia personal

Esta prestación, que sólo se puede reconocer a personas en situación de dependencia de Grado III, tiene por finalidad la promoción de la autonomía de las personas con gran dependencia, y tiene como objetivo contribuir a la contratación de una asistencia personal, durante un número de horas determinadas, que facilite a la persona beneficiaria el acceso a la educación y el trabajo, así como una vida más autónoma en el ejercicio de las ABVD.

Se trata de la prestación más minoritaria, desde un punto de vista cuantitativo, hasta el extremo de que existen comunidades en que no se ha reconocido ninguna de esta prestación.

PRESTACIÓN ECONÓMICA DE ASISTENCIA PERSONAL

	Año 2008	Año 2009	Año 2010
Andalucía	18	32	33
Illes Balears	0	13	1
Castilla y León	28	34	41
Castilla-La Mancha	3	8	8
Catalunya	13	18	18
Extremadura	0	0	1
Galicia	20	29	36
Madrid (Comunidad de)	0	18	23
Navarra (Comunidad Foral de)	0	1	1
País Vasco	128	532	585
TOTAL	210	685	747



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE SANIDAD, POLÍTICA SOCIAL
E IGUALDAD

PARTE SEGUNDA



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE SANIDAD, POLÍTICA SOCIAL
E IGUALDAD

CAPITULO VII

ANALISIS EVALUACION COMUNIDADES AUTONOMAS



CAPÍTULO VII. ANALISIS EVALUACION COMUNIDADES AUTONOMAS

INTRODUCCIÓN

En el preámbulo de la Ley 36/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia (LAPDA), por la que se crea el SAAD, se afirma que el desarrollo de esta ley requiere de “una actuación conjunta de todos los poderes e instituciones públicas, por la que la coordinación y cooperación con las Comunidades Autónomas es un elemento fundamental”. En el Art 1.1 de dicha ley se dice que el SAAD “responderá a una acción coordinada y cooperativa de la AGE y las Comunidades Autónomas” cuyo gobierno tiene lugar a través del Consejo territorial del SAAD como instrumento de cooperación para la articulación del sistema.

Es por ello que la evaluación del SAAD ha tenido como primer objetivo recabar la información necesaria para poder evaluar los diferentes pilares del sistema: acceso, prestaciones, financiación y gobierno y, como consecuencia de la misma, establecer propuestas de mejora del sistema.

Dicha consulta se ha basado en la recogida de información mediante cuestionario (ver Anexo 2) realizada entre el 1 de Noviembre de 2010 y el 31 de julio de 2011. A dicha consulta han respondido 15 Comunidades Autónomas y las 3 Diputaciones del País Vasco (Anexo 1). En base a dicha información se ha elaborado un informe sobre acceso al sistema, prestaciones y gobernanza.

A continuación destacamos los aspectos más relevantes del análisis:

A) Valoración global del SAAD

El desarrollo del SAAD ha dado lugar a fortalezas notables que permiten consolidarlo en los años venideros como instrumento de bienestar para la población en situación de dependencia y sus familias. Así, entre tales **fortalezas** cabe destacar las siguientes:

- La **extensión de la acción protectora a las personas dependientes en base al derecho subjetivo.**
- Una integración, no exenta de dificultades, en las ramas de **servicios sociales autonómicos tradicionales** lo que ha puesto “en valor el conjunto del sistema de servicios sociales”. Las leyes de última generación de servicios sociales refuerzan el derecho subjetivo y el conjunto de la rama de los servicios sociales.
- Otra fortaleza destacable es el hecho de que el SAAD ha permitido **avanzar en el marco de colaboración y coordinación entre las diferentes Comunidades Autónomas y las Corporaciones Locales, sobre todo los Ayuntamientos.**
- La mejora en **ordenación normativa, sistemas de información y herramientas de gestión** es también una de las fortalezas de la implantación del SAAD.
- Existe una opinión casi unánime en que el SAAD ha mejorado la **ordenación normativa** en el campo de los servicios sociales. Obviamente la normativa en dependencia ha tenido que integrarse en la normativa general de los servicios sociales.

- Un valor añadido de la puesta en marcha del SAAD se refiere a las mejoras en **profesionalización** y **calidad** del sistema de servicios sociales.
- La contribución a la **creación de empleo** se demuestra que ha sido positiva, si bien la consulta no permite establecer una adecuada cuantificación de la misma. Dicha cuantificación se contiene en un informe específico elaborado al efecto.

Por el contrario los avances en materia de **coordinación socio-sanitaria** son mucho más lentos y solo cabe resaltar el acuerdo para recabar directamente el informe de salud al sistema sanitario.

Entre las debilidades del SAAD las Comunidades Autónomas destacan las siguientes:

- ✓ Dificultades para hacer frente los primeros años a una demanda que ha desbordado las previsiones iniciales del Libro Blanco de la Dependencia.
- ✓ Una segunda debilidad coyuntural ha sido la lentitud en establecer mecanismos de coordinación entre Administraciones así como **sistemas de información eficientes** a la hora del desarrollo del SAAD.

Entre las **debilidades a medio y largo plazo** están las de:

- ✓ **Sostenibilidad financiera.** Las Comunidades Autónomas plantean la necesidad de poner en relación el mínimo garantizado con el coste real de las prestaciones de los servicios sociales.
- ✓ Por otra parte, las Comunidades Autónomas destacan el problema del sobredesarrollo de las **prestaciones económicas** que encuentra parte de su explicación, no la única, en la aplicación del **PIA** de bajo contenido técnico.



B) El acceso al SAAD

- ✓ La gran mayoría de las Comunidades Autónomas considera que el **número de solicitudes ha superado ampliamente la demanda esperada o previsible, sobre todo en el grado III**, debido a la infraestimación de las cifras previsibles de personas dependientes realizadas en el Libro Blanco, la ausencia de filtros o barreras de entrada en el proceso de solicitud, las altas expectativas creadas por la LAPAD o la avalancha de solicitudes de valoración, sobre todo al principio del proceso, así como de revisión.
- ✓ Las Comunidades Autónomas están haciendo avances significativos en la incorporación de **equipos multidisciplinares en la fase de la valoración** (personal sanitario, psicólogos, trabajadores sociales, terapeutas ocupacionales y fisioterapeutas), así como en la clara diferenciación de los equipos de valoración en relación a los que elaboran el PIA, lo cual resulta determinante para evitar distorsiones en la asignación de los recursos. No obstante, resultaría recomendable una mayor convergencia entre las Comunidades en cuanto a la multidisciplinariedad de los equipos y al **peso de los profesionales de la sanidad en la elaboración del PIA**.
- ✓ Los **plazos de resolución son aún excesivamente largos** para atender a personas que están en situación de dependencia y con expectativas de supervivencia muy limitadas o de corto plazo.
- ✓ Suele prevalecer la gestión de las Comunidades Autónomas en las fases de valoración, resolución y dictamen y de asignación de la prestación, si bien hay que destacar la creciente colaboración de las Comunidades Autónomas con las Corporaciones Locales, con las que mantienen un



protagonismo compartido en las fases de tramitación de la solicitud y de elaboración del PIA.

- ✓ Se precisa fortalecer los procesos de comunicación entre los gestores del SAAD en la Administración General del Estado y los gestores de las Comunidades Autónomas, sobre todo en lo relativo a definir **un servicio de supervisión y orientación a disposición de los valoradores** para compartir dudas con el resto del Estado y con los responsables del IMSERSO.
- ✓ En cuanto a las prácticas de mejora y controles de calidad del sistema de valoración se han producido avances; prácticamente la totalidad de las Comunidades Autónomas entrevistadas afirman haberlas llevado a cabo. Las acciones más habituales son los cursos y planes de formación específicos, reuniones semanales o mensuales de valoradores, jornadas anuales de intercambio de buenas prácticas o la puesta en marcha de órganos ad hoc como Comisiones Técnicas de valoración o comisiones permanentes de valoradores. No obstante, **todavía existe una gran diversidad en cuanto a instrumentos y órganos de control en las Comunidades** donde tan sólo la mitad de ellas ha articulado sistemas de control de calidad sistemáticos con órganos, equipos o comisiones *ad hoc*.

C) La asignación y gestión de las prestaciones

- ✓ Se ha conseguido un **avance sustancial en el grado de conocimiento de los recursos disponibles** por el equipo que decide el PIA y parece estar extendiéndose la puesta en marcha de aplicaciones informáticas de gestión de procedimiento para coordinar los distintos órganos, conocer recursos disponibles o unificar las bases de datos de acceso a los servicios sociales.



- ✓ En general, se mantienen ciertas reservas entre las Comunidades Autónomas sobre la **adecuación de los recursos sociales disponibles a las necesidades** que surgen de las valoraciones realizadas. Entre las principales causas se apuntan, por el lado de la demanda, la preferencia de los beneficiarios por las prestaciones económicas, lo cual puede estar provocando ciertos desajustes entre lo que sería el servicio más adecuado para atender a una persona dependiente y la libertad de elección de la propia persona o de sus familias y, por el lado de la oferta, el déficit de servicios sociales adecuados, especialmente en los ámbitos de la discapacidad y la enfermedad mental.
- ✓ Los **servicios más deficitarios** del SAAD siguen siendo los servicios residenciales, sobre todo para personas con discapacidad y enfermedad mental y el Servicio de Ayuda a Domicilio
- ✓ El **peso de la prestación económica vinculada a un servicio es altamente variable entre las Comunidades Autónomas.**
- ✓ Casi la totalidad de las Comunidades Autónomas tiene planes específicos de mejora de la calidad así como de participación de los agentes implicados en el SAAD. Existe, a pesar de los avances, cierta **heterogeneidad y disparidad en cuanto a los planes de mejora de la calidad y no se observa una línea clara y articulada de la misma**, lo cual también deja muy abierta la gestión de la calidad en todo el territorio nacional.
- ✓ La gran mayoría de las Comunidades Autónomas consultadas oferta programas de formación y hacen un seguimiento de los cuidadores en el entorno. **En materia de formación** tiende a ser práctica cada vez más habitual **la colaboración con las organizaciones no lucrativas** que cuentan con un amplio bagaje en este ámbito. En relación al seguimiento

de los cuidadores en el entorno la mayoría de las **Comunidades consultadas realizan algún tipo de seguimiento, lo cual no implica que no existan dificultades** ni escasez de recursos en este sentido, dado el enorme volumen de perceptores de las prestaciones económicas de cuidados en el entorno familiar. En algunos territorios suele hacerse por los propios trabajadores sociales o solicitarse una declaración responsable por parte del beneficiario o su familia del mantenimiento y cumplimiento de los requisitos que dieron lugar a la percepción de la prestación.

D) El gobierno del sistema

- ✓ El desarrollo del SAAD dentro de cada Comunidad Autónoma ha dado lugar a un proceso de **descentralización de intensidad desigual** y, todo indica, que de carácter más funcional que institucional. La presión de una creciente demanda social ha sido el factor determinante para reforzar la descentralización y, también, de mejora de los mecanismos de coordinación entre los niveles territoriales de gobierno. Para mejorar esta coordinación se han desarrollado **sistemas integrados y herramientas de información** y órganos de naturaleza técnica y política.
- ✓ Las distintas Comunidades Autónomas no han creado consejos u órganos consultivos específicos para canalizar la participación de los agentes sociales y del movimiento asociativo en el SAAD. **Los órganos ya existentes de participación en los sistemas autonómicos de servicios sociales siguen siendo la estructura fundamental de participación.** Lo cual tiene pleno sentido si de lo que se trata es de integrar el SAAD en el sistema de servicios sociales. De manera complementaria se han creado grupos y comisiones de trabajo en el marco del diálogo social, civil y profesional.



- ✓ El desarrollo del SAAD tampoco ha supuesto el desarrollo de sistemas específicos que canalicen las **reclamaciones y quejas de los ciudadanos** en materia de dependencia. La reglamentación ya existente en los servicios sociales de cada Comunidad permite canalizar las reclamaciones y quejas. Pero el SAAD ha supuesto mejoras y perfeccionamientos generales en los sistemas de reclamaciones. Las encuestas de satisfacción del beneficiario en materia de dependencia son, por ahora, una excepción. Se puede afirmar que su valoración forma parte de la satisfacción en general con el sistema de servicios sociales, caso de la satisfacción con el servicio de residencias.
- ✓ **La evaluación** del SAAD a nivel autonómico está aún en su fase inicial. Lo que predomina es el seguimiento de los procesos pero no se han aplicado modelos de evaluación sistemática. Algunas Comunidades afirman estar desarrollando proyectos para la mejora de la calidad pero lo que realmente predomina son valoraciones de proceso y seguimientos de flujos de información. No cabe duda que una vez finalizada la eclosión de la demanda social y dentro de una fase de estabilidad y consolidación del SAAD, que ya se está produciendo, la evaluación será una exigencia para la mejora continua.

E) Propuestas de mejora por parte de las Comunidades Autónomas

- ✓ En el **acceso al sistema** se señalan dos propuestas de mejora: agilizar los procesos administrativos e integración de información de carácter social y sanitario y, por otro lado, acelerar el ejercicio efectivo del derecho mediante la reducción de la bolsa de beneficiarios potenciales o beneficiarios que están a la espera de recibir la prestación.



- ✓ Las propuestas relacionadas con las **prestaciones para autonomía y atención a la dependencia** son numerosas y entre ellas destacan las siguientes: continuar el **desarrollo de la red pública de centros y servicios**; mejora de los procesos de **acreditación y calidad** de centros y servicios; la mejora continua de la **formación de los profesionales** de la atención así como de los cuidadores familiares y, en general, la **profesionalización** de los servicios; el refuerzo de los servicios frente a las prestaciones económicas; refuerzo **técnico del PIA**; el desarrollo de la **prevención** que hasta ahora constituye un déficit en el desarrollo del SAAD así como de los **productos de apoyo, eliminación de barreras y regulación de la figura del asistente personal**; la necesidad de llegar a un consenso sobre un **catálogo común consensuado** de prestaciones e intensidades en todo el Estado en base a la propia LAPAD.
- ✓ En cuanto a **Gobernanza: mejorar y unificar el SISAAD**; avanzar hacia la **armonización entre la LAPAD y las nuevas leyes de servicios sociales**; avances en la **compatibilidad entre las Comunidades Autónomas** en cuanto a gestión de la información, prestaciones y movilidad de beneficiarios; igualmente avances en materia de **coordinación con el sistema sanitario**; y, finalmente, la implantación de un sistema de buenas prácticas que se puedan difundir en todo el territorio del Estado.
- ✓ Finalmente, **la sostenibilidad financiera del SAAD** es una común preocupación de todas las Comunidades. Parece existir un cierto consenso en que el **mínimo común se fije no en relación al grado y nivel de dependencia sino en relación al coste de las prestaciones** ya que las prestaciones económicas tienen un coste menor que los servicios. No aparecen propuestas de creación de nuevas fuentes de financiación

propias ni de mejora de la transparencia sobre el coste real y financiación. En este sentido nos remitimos al informe sobre análisis del coste y financiación del SAAD.

En suma, las propuestas de mejora se puede decir que se orientan a reforzar un sistema orientado a los servicios de calidad, el perfeccionando del PIA y de los instrumentos de acreditación, formación y calidad; también a una gobernanza que refuerce las dimensiones comunes del SAAD; y una financiación del mínimo garantizado en función del coste de las prestaciones sociales.

1. VALORACIÓN GENERAL DE LA IMPLANTACIÓN DEL SAAD

En el cuestionario de evaluación se solicitó a las Comunidades Autónomas que hicieran una valoración general del proceso de implantación del SAAD señalando sus **fortalezas**, y **debilidades** que ha afrontado y, por último, en qué medida el nuevo sistema ha contribuido a la **creación de empleo**. Estos tres aspectos son objeto de análisis a continuación.

Una comparación entre los costes y beneficios del SAAD o, si se prefiere, entre las fortalezas y debilidades del nuevo sistema, inclina claramente la balanza hacia las fortalezas, hacia el valor añadido del nuevo pilar de protección social. A cuatro años del inicio de la puesta en marcha del SAAD (nos referimos al verano de 2007) el análisis de las respuestas es que el esfuerzo ha merecido la pena tanto desde el punto de vista de lo que la LAPAD ha supuesto para las personas en situación de dependencia como por lo que ha aportado al desarrollo del sistema de los servicios sociales en general. Es por ello que las evidentes dificultades que ha supuesto el desarrollo del SAAD, a las que luego nos referiremos, quedan compensadas por los beneficios.

1.1. LAS FORTALEZAS DEL SAAD

La primera y más patente fortaleza es la **extensión de la acción protectora a las personas dependientes en base al derecho subjetivo**. Si bien muy pocas Comunidades hacen referencia alguna a encuestas de satisfacción de las personas beneficiarias, existe el convencimiento de que el nuevo pilar del Estado de Bienestar no solo era objetivamente necesario sino que el esfuerzo de su implantación ha merecido la pena en términos de calidad de vida de las personas dependientes, sus familias y cuidadores en general. Se destaca que ha habido un amplio consenso a la hora de implantar el SAAD entre las distintas Administraciones, los Agentes sociales y las organizaciones que representan a los distintos colectivos en situación de dependencia. La extensión de la cobertura es un valor que destacan todas las Comunidades Autónomas y Diputaciones. Se destaca la idea fuerte de que el SAAD ha supuesto reconocer un nuevo derecho subjetivo en el conjunto de los derechos sociales.

La segunda fortaleza tiene que ver con la **integración del SAAD en los servicios sociales tradicionales**. Si bien esto constituye una previsión de la LAPAD no por ello deja de considerarse un valor añadido en el sentido de que ha puesto poner “en valor el conjunto del sistema de servicios sociales”. Las leyes de última generación de servicios sociales, que refuerzan el derecho en este ámbito y los nuevos planes estratégicos en servicios sociales, forman parte de este proceso de consolidación de la rama de los servicios sociales, lo que permite avanzar hacia la constitución de un sistema en el pleno sentido de la palabra. Pero no solo se trata de integración de los servicios y prestaciones de dependencia en los sistemas o ramas de los servicios sociales autonómicos sino de crecimiento real de la red de servicios. Carteras de servicios más amplias y mejor organizadas y mayor compatibilidad entre prestaciones. En general, se

destaca que el SAAD ha favorecido una mejor organización y mayor solidez del sistema de servicios sociales. Fortaleza que también ha supuesto parcialmente una cierta debilidad en la medida en que ha sido necesario a veces detraer recursos de los servicios sociales para hacer frente a la nueva demanda social.

Igualmente se destaca que el SAAD ha permitido **avanzar en el marco de colaboración entre las diferentes Comunidades Autónomas y las Corporaciones Locales, sobre todo los Ayuntamientos**. Se enfatiza en la idea de que ha mejorado la coordinación entre ambos niveles de gobierno debido a la puesta en marcha del nuevo sistema. Esto supone desarrollar nuevas formas de coordinación entre el nivel autonómico y el ámbito local.

Lo que constituye casi unánime opinión es que el SAAD ha mejorado la **ordenación normativa** en el campo de los servicios sociales. Ello viene a coincidir con el análisis que sobre normativa se realiza en uno de los informes sobre evaluación del SAAD al que nos remitimos para su lectura. Obviamente la normativa en dependencia ha tenido que integrarse en la normativa general de los servicios sociales y, en consecuencia, la ordenación y armonización ha sido una exigencia de la propia implantación del SAAD.

Un valor añadido de la puesta en marcha del SAAD se refiere a las mejoras en **profesionalización y calidad** del sistema de servicios sociales. El SAAD ha ampliado la red de centros y servicios profesionales y especializados al igual que mejorado los procesos de valoración y revisión de los grados y niveles de dependencia reconocidos.

Los avances en materia de **coordinación socio-sanitaria** son más modestos a tenor de la consulta realizada. Sin embargo, existen algunos avances concretos como es el acceso de los servicios sociales al informe de salud de la persona que solicita la valoración de la situación de dependencia e, incluso, algunos avances concretos hacia modos de coordinación socio-sanitaria.

1.2. LAS DEBILIDADES DEL SAAD

Entre las debilidades del SAAD existen algunas de tipo coyuntural y otras que afectan más a largo plazo al desarrollo del SAAD.

Entre las primeras, de tipo coyuntural, las Comunidades Autónomas destacan la debilidad que supuso en los primeros momentos tener que hacer frente a una verdadera **eclosión de la demanda** – de “gran demanda”, “entrada masiva”, “afluencia masiva”, se habla expresamente -, complejidad en la implantación y, en general, expectativas institucionales y ciudadanas quizás excesivas en el desarrollo del SAAD. Es cierto que esta debilidad parece que ha empezado a atenuarse, pero todo indica que fue vivida como un cierto desbordamiento de los servicios sociales.

Una segunda debilidad coyuntural ha sido la lentitud en establecer mecanismos de coordinación entre Administraciones – AGE y Comunidades Autónomas y entre éstas y las Corporaciones Locales –, así como **sistemas de información eficientes** a la hora del desarrollo del SAAD. En este punto se señala que el desarrollo del SAAD supuso todo un reto organizativo, normativo y financiero cuya intensidad pareció desbordar coyunturalmente el sistema de servicios sociales y, en todo caso, lo sometió a una elevada presión organizativa de la que se está empezando a salir.

Entre las debilidades a medio-largo plazo las Comunidades Autónomas ponen de manifiesto tres específicamente:

- Por una parte y en primer lugar la **sostenibilidad financiera** del SAAD. La eclosión de la demanda desbordó inicialmente las previsiones financieras del sistema. Las expectativas respecto de la financiación no parece que se hayan cumplido para algunas Comunidades. En algunos casos se habla del esfuerzo insuficiente de la AGE en la financiación del sistema. No obstante, la complejidad del

sistema de financiación y cierto déficit de transparencia hacen que este tema sea controvertido y requiera un análisis específico de evaluación al que nos remitimos.

- Por otra parte, y dadas las dificultades iniciales, se observa que las Comunidades Autónomas consideran que quizás hubiera sido deseable un **ritmo** más pausado en la implantación del SAAD con el fin de construir sistemas de coordinación e información más sólidos y equipos profesionales adecuados. La convivencia de un sistema público preexistente de servicios sociales y el SAAD añade problemas de gestión y coordinación interna. Por otra parte, el desarrollo diferencial, previo al SAAD, de servicios y prestaciones de dependencia debería ponerse de manifiesto a la hora de valorar el esfuerzo histórico en la atención a las situaciones de dependencia.
- La **coordinación con las Corporaciones Locales** se considera clave en dos sentidos: institucionalmente en la medida en que la LAPAD no ha precisado el papel de éstas en el gobierno, gestión y financiación del SAAD; también operativamente ya que los servicios de ayuda a domicilio y teleasistencia del SAAD son gestionados por los entes locales como lo venían haciendo antes de 2007.
- Finalmente, sólo una Comunidad Autónoma apunta la existencia de resistencias a los criterios profesionales en la asignación de prestaciones debido, sobre todo, a la cultura tradicional de cuidados en el seno de la familia. En general las Comunidades Autónomas no han apuntado como debilidad del SAAD lo que si es considerado como tal, por ejemplo, por los Agentes Sociales y parte de las organizaciones sociales (Consejo Estatal de Personas Mayores). Cabe pensar que el menor coste de las prestaciones económicas y el contexto de crisis económica, junto a una demanda social explícita,



han naturalizado institucionalmente lo que normativamente era excepcional. Ello no supone, como señalan prácticamente todas las Comunidades consultadas, que el predominio de las prestaciones económicas haya frenado el desarrollo de los servicios. Todo lo contrario, se observa que la oferta de servicios y el desarrollo de la red de servicios sociales para la atención a la dependencia ha sido un objetivo institucional desde el inicio de la implantación del SAAD, particularmente el desarrollo de los servicios de proximidad.

1.3. EL SAAD CONTRIBUYE A LA CREACIÓN DE EMPLEO

Aunque algunas de las Comunidades Autónomas consultadas no han respondido a esta pregunta, cabe suponer que por falta de información, en general la respuesta ha sido positiva es unánime: el SAAD ha permitido crear tanto empleo público como empleo privado entre 2007 y 2009.

Por tanto, si bien se pedían estimaciones tentativas sobre creación de empleo de atención a la dependencia, y la respuesta ha sido desigual, la tendencia general de la respuesta es claramente positiva. En este sentido nos remitimos al informe de evaluación sobre contribución del SAAD al crecimiento económico y a la creación de empleo.

2. VALORACIÓN DE LA DEMANDA SOCIAL DEL SAAD

A continuación se resumen los principales resultados del cuestionario enviado a las Comunidades Autónomas en lo que se refiere a la demanda social de acceso al sistema.

2.1. CORRESPONDENCIA ENTRE SOLICITUDES Y DEMANDA ESPERADA

En general, la gran mayoría de las Comunidades Autónomas considera que el número de solicitudes ha superado sustancialmente la demanda esperada.

Entre las principales razones se argumenta la **infraestimación de las cifras previsibles de personas dependientes realizadas en el Libro Blanco** que fundamentó la Ley. Tanto la ampliación del derecho subjetivo a otros colectivos durante la tramitación parlamentaria como cierta disparidad en los resultados en la aplicación del baremo explicarían, según una buena parte de las Comunidades Autónomas, dicha desviación.

Otro factor reiteradamente apuntado por las Comunidades Autónomas entrevistadas ha sido el “efecto llamada” de las prestaciones económicas en un contexto de **crisis** económica y financiera como el actual.

Finalmente habría que considerar que la **ausencia de filtros o barreras de entrada en el proceso de solicitud** (no se puede denegar ninguna solicitud de valoración correctamente formulada) unido a la **altas expectativas** generadas por la ley, a veces consideradas como excesivas, y al **desconocimiento previo** de la población sobre a quién se considera realmente como **persona dependiente**, entre otras razones, han propiciado en un buen número de Comunidades Autónomas una avalancha tal de solicitudes (y también de **solicitudes de revisión** del grado de dependencia) que han superado ampliamente la demanda esperada.

2.2. TIPO DE PROFESIONALES Y PRINCIPALES ADMINISTRACIONES IMPLICADAS EN EL ITINERARIO DE GESTIÓN DE LA VALORACIÓN

En lo que se refiere a los perfiles profesionales se constata un claro predominio del trabajador social como figura central en los procesos de solicitud, resolución y elaboración del PIA. Tiene un peso significativo también en el proceso de valoración con un protagonismo compartido con los terapeutas ocupacionales, fisioterapeutas y psicólogos, lo que pone de manifiesto la multidisciplinariedad de los equipos profesionales en la fase de valoración de la dependencia.

En las fases de resolución y dictamen los equipos de valoración son muy variados mientras que en la concesión definitiva de la prestación la figura central es el personal técnico o directivo de la administración.

En cuanto a la composición de los equipos, las Comunidades Autónomas suelen incorporar **equipos multidisciplinares en la fase de la valoración** (personal sanitario, psicólogos, trabajadores sociales, terapeuta ocupacional y un fisioterapeuta) con variaciones en el territorio del Estado.

Esta composición multidisciplinar de los equipos, generalizada en la mayoría de las Comunidades Autónomas, no está exenta de riesgos. En este sentido, algunas Comunidades advierten de la diversidad en los resultados que se pueden derivar de una misma valoración dependiendo de qué perfil profesional lo aplique y qué bagaje formativo previo tengan los valoradores, lo cual requiere que en muchos casos sea finalmente una Comisión Técnica de Valoración, también multidisciplinar, la que establezca qué perfil es el más adecuado para valorar cada tipo de patología.

En cualquier caso, aunque las Comunidades Autónomas parecen estar realizando avances significativos en la realización de valoraciones plenamente comparables consideran recomendable una mayor convergencia en cuanto a la multidisciplinariedad de los equipos para garantizar un reconocimiento de la dependencia igualitario en el conjunto del Estado.

En la mayoría de los casos los equipos de valoración son independientes de los que elaboran el plan individual de atención (PIA). Del mismo modo, los equipos que hacen la valoración son diferentes de los que conceden la prestación (habitualmente personal técnico o directivo de la administración). Todo ello, resulta recomendable para evitar distorsiones en la asignación de los recursos y como vía de control y de eficiencia del propio sistema.

Por otro lado, también existen **diferencias entre las Comunidades Autónomas con respecto al peso de los profesionales de la sanidad o de los servicios sociales**. La mayoría de las Comunidades suelen integrar al personal social y sanitario en la mayor parte de las fases del proceso aunque existen excepciones. No obstante, en general se constata un **limitado peso del personal sanitario en la elaboración del PIA**

En cuanto a los plazos de valoración sigue existiendo **una amplia diversidad en la resolución de la valoración de la situación de dependencia**. Excepcionalmente el plazo es inferior a 6 meses y llega hasta los 18 meses en alguna Comunidad, lo que supone en éste último caso **plazos excesivamente largos** para atender a situaciones reconocidas como un derecho subjetivo que, en ocasiones, vienen acompañadas de peligro de supervivencia inmediata.

En lo que se refiere a las Administraciones implicadas en el itinerario de acceso al sistema, **prevalece la gestión de las Comunidades Autónomas en las fases de valoración, resolución y dictamen y de concesión de la prestación**. No obstante, conviene remarcar la creciente colaboración de las Comunidades Autónomas con las Corporaciones Locales con las que mantienen un protagonismo compartido en las **fases de tramitación de la solicitud y de elaboración del PIA**.

2.3. PRINCIPALES PROBLEMAS EN LA GESTIÓN DEL PROCESO DE VALORACIÓN

En lo que se refiere a los principales problemas encontrados en la gestión del proceso de valoración entre junio de 2007 y 2010 destacan, sobre todo al inicio del SAAD, la ausencia de filtros o barreras de entrada en el proceso de solicitud que, junto a las altas expectativas generadas por la ley, han propiciado una **avalancha inicial de solicitudes de prestación y de revisión** en buena parte de las Comunidades Autónomas.

Ello ha propiciado, además, que en algunos casos hayan tenido (y sigan teniendo) **dificultades para dedicar recursos humanos y materiales a hacer un seguimiento de la evolución de los beneficiarios** de prestaciones de dependencia para dar mayor cobertura a la evaluación permanente y seguimiento de las prestaciones y servicios recogidos en el PIA

En segundo lugar, buena parte de las Comunidades Autónomas han puesto de manifiesto la **inadecuación técnica del baremo inicial para reflejar las situaciones de enfermedad mental, discapacidad psíquica o enfermedades raras** y su **alta subjetividad** en su interpretación, lo que ha generado cierto desconcierto y discrecionalidad en el proceso, sobre todo al inicio del mismo.

En tercer lugar, se ha reflejado cómo la **escasez de personal cualificado y experimentado o su falta de formación en valoración** de estas situaciones ha supuesto un importante freno en el proceso de valoración que poco a poco se va superando, a pesar de lo cual sigue siendo necesario potenciar la mejora continua de la formación de los profesionales.

En cuarto lugar, **se señalan problemas técnicos con el software y hardware de gestión de las valoraciones** (problemas de sincronización y conectividad de PC tablets, dificultades con la aplicación informática SISAAD) **así como limitaciones operativas del aplicativo nacional para territorializar la información regional y para facilitar al IMSERSO sus requerimientos de información estadística a los efectos de gestión y abono de Nivel Mínimo Garantizado.**

Por último, aunque no se trata de problemas reflejados en la mayoría de las Comunidades analizadas, también se han puesto de manifiesto otros de cierto interés como son:

- Las dificultades de continuidad en la valoración y la tramitación de aquellas personas con alta movilidad geográfica que residen temporalmente y transitan entre distintos hogares familiares que se encargan rotativamente de sus cuidados. Del mismo modo, la existencia de una amplia dispersión geográfica en algunas zonas de trabajo social y en zonas urbanas, periurbanas, rurales y de montaña muy intensivas en personas solicitantes, ha obligado a alguna Comunidad a tener que reforzar de manera intermitente esas zonas con más personal de valoración.
- La existencia de dificultades iniciales para optimizar las rutas de los valoradores teniendo en cuenta la proximidad geográfica de las citas de valoración, o la diversidad de resultados de la valoración en los equipos multidisciplinares dependiendo del perfil profesional y bagaje formativo previo.
- Dificultades de coordinación sociosanitaria con los servicios de Salud en relación con la información más relevante del preceptivo Informe de Salud (falta de codificación, diagnósticos deficientemente aportados).
- **Ausencia de un servicio de supervisión y orientación a disposición de los valoradores** para compartir dudas con el resto del Estado y con los responsables del IMSERSO. En este sentido, parecería recomendable seguir mejorando los procesos de comunicación entre los gestores del SAAD en la Administración General del Estado y los gestores de la Comunidad Autónoma.

2.4. PRÁCTICAS DE MEJORA Y CONTROLES DE CALIDAD DEL SISTEMA DE VALORACIÓN

En cuanto a las prácticas de mejora del sistema de valoración, prácticamente la totalidad de las Comunidades afirman haberlas llevado a cabo.

Las acciones más habituales son los **cursos y planes de formación específicos** para personal de valoración. En algunas Comunidades todos los valoradores han realizado un itinerario formativo de unas 150 horas. Otras Comunidades, además, ofertan formación en valoración de patologías complejas (CM). También existen programas de formación que buscan una mayor especialización de los equipos profesionales según diagnóstico, perfil y edad de los beneficiarios.

Estas actividades formativas son complementadas en algunas Comunidades con **reuniones semanales o mensuales de valoradores** y de los servicios u órganos de valoración correspondientes para unificar criterios así como con la realización de **jornadas anuales de intercambio de buenas prácticas** entre valoradores de la región y con otras Comunidades.

En algunas Comunidades Autónomas destacan buenas prácticas como las valoraciones *ad hoc* de personas dependientes menores de 3 años mediante reuniones con servicios de neonatología hospitalarios o equipos de atención temprana o la evaluación periódica de la correcta aplicación del baremo mediante la revaloración de una muestra significativa de valoraciones realizadas.

Entre los controles de calidad más habituales destacan la puesta en marcha de órganos *ad hoc* como **Comisiones Técnicas de valoración, Órganos de valoración y control de calidad, Servicios de Valoración de la**

Dependencia, Equipos técnicos de Valoración, Supervisores de valoración o Comisiones permanentes de valoradores (la denominación depende de cada Comunidad Autónoma) cuya finalidad es volver a revisar todos los informes realizados (práctica habitual en buena parte de las Comunidades Autónomas), la elaboración de dictámenes técnicos, el análisis de posibles mejoras en la aplicación del baremos o la resolución de dudas a los propios valoradores.

Por el contrario, en otras Comunidades Autónomas, únicamente se suele optar por realizar **seguimientos periódicos de indicadores de gestión y efectividad, análisis estadísticos de las desviaciones en la valoración** o por establecer un **sistema de alarma para analizar incongruencias entre la valoración y el informe de salud** (si existen se asigna un nuevo valorador).

Esto pone de manifiesto la **gran diversidad existente en cuanto a instrumentos y órganos de control entre las Comunidades Autónomas**, donde tan sólo la mitad de ellas ha articulado sistemas de control de calidad sistemáticos con órganos, equipos o comisiones *ad hoc*.

3. EL PROGRAMA INDIVIDUAL DE ATENCIÓN (PIA) Y LAS PRESTACIONES SOCIALES

3.1. EL PLAN INDIVIDUALIZADO DE ATENCIÓN: EQUIPO PROFESIONAL Y CONOCIMIENTO DE RECURSOS DISPONIBLES

A tenor de los resultados de los cuestionarios remitidos por las Comunidades Autónomas observamos cómo **el equipo que decide el PIA no suele pertenecer sólo a los Ayuntamientos o a las Corporaciones Locales en general**. En la mayoría de las Comunidades Autónomas el equipo pertenece a la propia Comunidad o bien se comparte con las Corporaciones Locales, aspecto

éste que confirma, como ya se ha comentado en el capítulo anterior, que las Comunidades Autónomas comparten cada vez más con las Corporaciones Locales el protagonismo en la elaboración del PIA.

Lo que sí parece un cambio sustancial en el SAAD es el **grado de conocimiento de los recursos disponibles por el equipo que decide el PIA**. Salvo en una de las Comunidades consultadas, el resto afirma que dicho conocimiento **es riguroso y alguna de ellas ha puesto en marcha aplicaciones informáticas de gestión de procedimiento** para coordinar los distintos órganos, conocer recursos disponibles o unificar las bases de datos de acceso a los servicios sociales. No obstante, todavía persisten dificultades y deficiencias funcionales para el conocimiento de la disponibilidad efectiva de recursos en las comunidades donde son los Cabildos o Consejos Insulares los que tienen competencias en la materia.

3.2. ADECUACIÓN DE LOS RECURSOS SOCIALES A LAS NECESIDADES SURGIDAS DE LAS VALORACIONES

En general, se mantienen ciertas reservas entre las Comunidades Autónomas sobre si los recursos sociales disponibles son o no los adecuados para atender a las necesidades que surgen de las valoraciones realizadas.

Entre las principales causas se apuntan claramente, por el lado de la demanda, **la preferencia de los beneficiarios por las prestaciones económicas, lo cual puede estar provocando ciertos desajustes entre lo que sería el servicio más adecuado para atender a una persona dependiente y la libertad de elección de la propia persona o de sus familias.**

Por el lado de la oferta, se destaca como posible factor de inadecuación de los recursos a las necesidades **el déficit de servicios sociales adecuados**

especialmente en los ámbitos de la discapacidad y la enfermedad mental.

Una causa que no es mayoritaria pero que requiere una atención especial es la dificultad que todavía afrontan las Comunidades Autónomas con zonas geográficas de baja densidad y alta dispersión de población lo que dificulta la prestación de determinados servicios como los centros de día o la atención temprana.

3.3. LAS PRESTACIONES SOCIALES

Los servicios más deficitarios del SAAD siguen siendo los servicios residenciales, sobre todo para personas con discapacidad y enfermedad mental y en algunas Comunidades Autónomas también para personas mayores, así como el **Servicio de Ayuda a Domicilio**.

En lo que se refiere al peso y significado de las prestaciones económicas vinculadas a un servicio, **el peso sobre el total nacional entre Comunidades Autónomas es altamente variable.**

Parte de esas diferencias se atribuyen, según la consulta realizada, a la diferente capacidad instalada en servicios públicos o concertados y privados entre las distintas Comunidades Autónomas de modo que, salvo excepciones, sigue habiendo una mayor propensión a utilizar esta prestación en aquellas Comunidades que manifiestan contar con una red de servicios privados más extensa y una oferta pública o concertada más contenida.

Tal y como contempla la Ley 39/2006 esta prestación se reconocerá cuando no sea posible el acceso a un servicio público o concertado de atención; de ahí que, como afirman algunas Comunidades Autónomas, esta prestación suele ofertarse para el pago de residencias privadas o cuando el servicio no está disponible en el ámbito público.

En alguna Comunidad se ha establecido un límite de dos años para el disfrute de esta prestación. A partir de esos dos años, salvo que la persona perceptora de la prestación manifieste su voluntad de no ingresar en plaza pública y continuar en la plaza privada con la prestación, existe la obligación de ofertarles una plaza pública (de la red de gestión pública o concertada) teniendo preferencia en la adjudicación de dichas plazas.

En cuanto al procedimiento y atención de necesidades urgentes cuando no existen recursos en el momento de decidir el PIA, **prácticamente todas las Comunidades Autónomas contemplan algún tipo de protocolo o procedimiento para ello**. Generalmente se requiere acreditar la condición de exclusión social, estar en inminente riesgo social para la persona o su entorno, en situación de desamparo, abandono, malos tratos o riesgo grave para la integridad de la persona. Suele darse algún tipo de prioridad a estas situaciones, bien sea agilizando el proceso de valoración, solicitando un informe social o sociosanitario de urgencia, mediante la utilización prioritaria de los recursos especializados con el acceso inmediato a los recursos, o bien reservando un número determinado de plazas en los conciertos o en los contratos.

Del mismo modo prácticamente todas las Comunidades Autónomas tienen algún tipo de **programa de respiro para los cuidadores**. Normalmente estos programas suelen tener una duración máxima. Por ejemplo, para el caso de centros residenciales suelen variar entre 45 y 60 días, prorrogables por otro más para casos de enfermedad del cuidador habitual o dificultades temporales concretas, e incluso hasta 90 días. En algunas Comunidades Autónomas es frecuente que estos programas sean compatibles con la percepción de la prestación económica para cuidados en el entorno familiar. Los programas más habituales son los servicios residenciales de duración transitoria o estancias temporales en residencias, si bien también se ofertan programas de fin de

semana y de apoyo a las familias de personas dependientes vinculadas a ofertas de ocio y vacaciones.

3.4. LA GESTIÓN DE LA CALIDAD Y BUENAS PRÁCTICAS EN LA GESTIÓN DE LOS SERVICIOS

En lo relativo a la gestión de los servicios hemos analizado fundamentalmente la existencia de planes de mejora de la calidad y de la participación de los agentes implicados en el SAAD.

En lo que se refiere a la gestión de la calidad y buenas prácticas, casi la totalidad de las Comunidades Autónomas tiene planes específicos de mejora de la calidad así como de participación de los agentes implicados en el SAAD. Existe, no obstante, cierta **heterogeneidad y disparidad en cuanto a los planes de mejora de la calidad y no se observa una línea clara y articulada de la mejora de la calidad entre las Comunidades Autónomas** lo cual también deja muy abierta la gestión de la calidad en todo el territorio nacional.

Nos encontramos así ante una amplia diversidad de planes, actuaciones y medidas de mejora de la calidad de la atención. Entre éstas destacan la implantación de sistemas de gestión de calidad y evaluación externa de calidad, sobre todo de residencias, la elaboración puntual de manuales de funcionamiento, guías de calidad, encuestas de satisfacción o sistemas de gestión de quejas, jornadas de buenas prácticas, planes de mejora asistencial o la existencia de protocolos de atención personalizados o de carácter técnico para unificar los criterios de los servicios sociales comunitarios de la región.

En lo que se refiere a los planes de mejora de la participación de los agentes implicados las medidas son también muy variadas y no todas las Comunidades Autónomas disponen de ellos.

Destaca la realización de reuniones periódicas de coordinación con las Corporaciones Locales o acuerdos de las Mesa de Diálogo Social, la creación de grupos especializados en atención a la dependencia en el seno de los órganos consultivos de mayores y personas con discapacidad ya existentes, la apertura de puntos y oficinas de información especializada (física y virtual) o la existencia de programas de información especializada (por ejemplo para cuidadores no profesionales) o de recogida y tratamiento de la información relacionada con la Ley 39/2006 en el ámbito de los Servicios Sociales Comunitarios.

3.5. LAS PERSONAS CUIDADORAS NO PROFESIONALES: FORMACIÓN, INFORMACIÓN Y SEGUIMIENTO EN EL ENTORNO FAMILIAR

La gran mayoría de las Comunidades Autónomas consultadas ofertan programas de formación y hacen un seguimiento de los cuidadores en el entorno. Además de la elaboración de manuales o guías de formación básicas para cuidadores no profesionales, parece ser una práctica habitual la oferta de programas, cursos o talleres de duración y cobertura variable, en convenio o en colaboración con organizaciones sin fin de lucro o con las Obras Sociales de las Cajas de Ahorro. Esto pone de manifiesto la práctica habitual de la **colaboración en materia de formación con las organizaciones no lucrativas** que cuentan con un amplio bagaje en este ámbito.

En lo que respecta al seguimiento de los cuidadores en el entorno familiar **todas las Comunidades Autónomas consultadas**, salvo alguna, **realizan algún tipo de seguimiento, lo cual no implica que no existan dificultades ni escasez de recursos en este sentido, dado el enorme volumen de perceptores de las prestaciones económicas de cuidados en el entorno familiar**. En algunas Comunidades **suele hacerse por los propios trabajadores sociales**, en algunos casos acompañadas por la

exigencia de la firma de un documento de “compromiso de cuidados” por parte de los beneficiarios o de una justificación anual mediante una **declaración responsable del mantenimiento y cumplimiento de los requisitos** que dieron lugar a la percepción de la prestación por parte del beneficiario de la prestación.

En alguna Comunidad las inspecciones pueden llegar a rondar el 10% de los domicilios de personas usuarias que están percibiendo la prestación económica.

4. LA GOBERNANZA DEL SAAD Y EL SISTEMA DE INFORMACIÓN

El desarrollo del SAAD se basa en “una actuación conjunta de todos los poderes e instituciones públicas” (Preámbulo de la LAPAD). El Consejo Territorial de la Dependencia es el órgano de gobierno conjunto entre la AGE y las Comunidades Autónomas para garantizar la cooperación interadministrativa en base a las competencias de cada nivel de gobierno. Mediante esta cooperación se pretende configurar un sistema que garantice el desarrollo de una “red de utilización pública que integra, de forma coordinada, centros y servicios, públicos y privados” (Art 6.2). Se trata, por otra parte, de un sistema de cooperación en el que también participan las entidades locales (Art 12) tanto en la gestión de los servicios de atención como en el Consejo Territorial del SAAD.

La coordinación y cooperación tiene entre sus premisas el hecho de que la red de servicios y prestaciones no se crea ex novo sino que se integra en la red existente de servicios sociales de cada Comunidad Autónoma. Ello supone nuevas formas de cooperación y coordinación en el segundo nivel, entre Comunidades y Corporaciones Locales así como entre la red pública y la red privada. La participación de diferentes actores institucionales y sociales pone de manifiesto la riqueza y la complejidad de la puesta en marcha del SAAD,

además de la importancia dada a la construcción de estadísticas y encuestas que permitan caracterizar y estudiar la oferta y demanda en tiempo real, se destaca el papel de los Ayuntamientos como puerta de entrada en el SAAD y como gestor de prestaciones.

4.1. UNA VISIÓN GENERAL DE LA GOBERNANZA DEL SAAD EN LAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS

En la presente evaluación hemos abordado la gobernanza a dos niveles:

- a) A nivel general poniendo de manifiesto los avances generales en la misma, de modo que si bien no puede afirmarse que existan diecinueve subsistemas (pues la existencia de un gobierno compartido entre la AGE y las Comunidades Autónomas a través del Consejo Territorial, la normativa común en los aspectos básicos y el propio despliegue del sistema son factores sistémicos) aún queda un margen de consolidación y perfeccionamiento del conjunto del SAAD en los años venideros. Esto es lo que hemos puesto de manifiesto en el apartado 2 (Valoración general).
- b) A un nivel más concreto, y en base a la consulta realizada, hemos recabado información sobre la gobernanza existente en cada Comunidad Autónoma, cómo funciona la cooperación con las Corporaciones Locales, cómo participan los agentes sociales y la sociedad civil en el SAAD, la protección de los derechos de los ciudadanos, el desarrollo de los sistemas de información y si existen experiencias de evaluación.

Una valoración global de la gobernanza del SAAD en las distintas Comunidades Autónomas permite afirmar que en estos momentos se está **en pleno proceso de construcción de un sistema de coordinación entre Comunidades**

Autónomas y Corporaciones Locales, desigual y en buena medida tutelado; que la **participación de los agentes sociales y sociedad civil en el SAAD se basa en los órganos ya existentes en el sistema de servicios sociales de cada Comunidad** sin que se hayan creado nuevos órganos; en lo referente a **quejas y reclamaciones de usuarios** sobre el acceso y prestaciones de autonomía y dependencia **no se han creado sistemas específicos sino perfeccionado los ya existentes**; las encuestas y estudios de satisfacción del beneficiario sobre el impacto del SAAD se están abriendo camino pero no como estudios específicos sino como parte de los estudios de satisfacción sobre los servicios sociales; finalmente, en cuanto a evaluación del SAAD la conclusión es que **existe evaluación o seguimiento de procesos pero no de resultados e impacto social e institucional**.

Conclusiones que no pueden sorprender, ya que el esfuerzo organizativo y financiero de las Comunidades Autónomas en estos primeros cuatro años ha estado volcado en dos aspectos cruciales: dar respuesta a una demanda muy superior a la esperada e integrar el SAAD dentro de la rama o sistema de servicios sociales de cada Comunidad Autónoma. Los procesos de evaluación seguramente se intensificarán en los años próximos.

4.2. COORDINACIÓN ENTRE COMUNIDADES AUTÓNOMAS Y CORPORACIONES LOCALES

El desarrollo del SAAD dentro de cada Comunidad Autónoma ha dado lugar a un proceso de descentralización de intensidad desigual y, todo indica, que de carácter más funcional que institucional. La presión de una creciente demanda social ha sido el factor determinante para reforzar la descentralización y, también, mejorar los mecanismos de coordinación entre los niveles territoriales de gobierno.

En algunas Comunidades los servicios sociales municipales son una estructura central para el desarrollo del SAAD como puerta de entrada, valoración, elaboración del PIA y asignación final de prestaciones.

En general, tres son los instrumentos que se han puesto en marcha para la mejora de la coordinación:

- **Sistemas integrados y herramientas de información** conjunta que permiten la colaboración en tiempo real entre Comunidades y Corporaciones Locales en el proceso de desarrollo del sistema.
- En segundo lugar, casi todas las Comunidades han establecido **convenios de colaboración con las Corporaciones Locales** para dar respuesta específica a la gestión de la demanda y de la oferta de prestaciones, sobre todo en los municipios con menos de 20.000 habitantes.
- Finalmente, fórmulas relativamente institucionalizadas de **naturaleza técnica o política**.

Todo indica que el desarrollo del SAAD ha exigido no solo una mayor coordinación entre las Comunidades Autónomas y las Corporaciones Locales sino también nuevas formas de descentralización que refuercen el papel del ámbito local en la gestión del SAAD. La puesta en común de las mejores prácticas en dicha descentralización podría contribuir a reforzar dicha coordinación.

4.3. LOS ÓRGANOS CONSULTIVOS EN LAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS

Las Comunidades Autónomas no han creado consejos u órganos consultivos específicos para canalizar la participación de los agentes sociales y del

movimiento asociativo en el SAAD. **Los órganos ya existentes de participación en los sistemas autonómicos de servicios sociales siguen siendo la estructura fundamental de participación.** Lo cual tiene pleno sentido si de lo que se trata es de integrar el SAAD en el sistema de servicios sociales. Por tanto, las estructuras habituales de participación de cada Comunidad – Consejos de Servicios Sociales y Consejos de Personas Mayores y de Personas con Discapacidad -, son los instrumentos a través de los cuales se canaliza la voz y consulta de la sociedad civil y el diálogo social en materia de dependencia.

Esto no ha impedido que en esta primera fase de despliegue del SAAD no haya sido necesario crear **grupos o comisiones de trabajo *ad hoc*** para profundizar en la cooperación entre la Administración y la sociedad civil. Así, se han creado grupos de trabajo entre las Consejerías de Bienestar, Empleo y Sanidad con participación de sindicatos y organizaciones patronales; alguna Comunidad ha creado un Comité Consultivo para el desarrollo del SAAD; y otras han creado Mesas de Trabajo específicas para la dependencia.

4.4. QUEJAS Y RECLAMACIONES DE LOS CIUDADANOS

El despliegue del SAAD tampoco ha supuesto el desarrollo de sistemas específicos que canalicen las reclamaciones y quejas de los ciudadanos en materia de dependencia. La reglamentación ya existente en los servicios sociales de cada Comunidad permite canalizar las reclamaciones y quejas. Como en el caso de los órganos consultivos, es una decisión razonable el no duplicar los sistemas de reclamación ya existentes. De este modo los Libros de Sugerencias y Reclamaciones o Quejas, Registros generales o sistemas de inspección de servicios sociales, entre otros, forman parte de este desarrollo normativo general para canalizar las reclamaciones y quejas de los ciudadanos que acceden a los servicios sociales.

Pero al mismo tiempo el desarrollo del SAAD se ha traducido en una mejora y reforma de dichos sistemas, ya que los servicios sociales han tenido que hacer frente a una gran demanda social.

4.5. ENCUESTAS DE SATISFACCIÓN DEL CIUDADANO

Hasta el día de hoy sólo siete comunidades y Diputaciones afirman que elaboran encuestas de satisfacción del usuario como parte del seguimiento del sistema de servicios sociales. Pero relacionadas directamente con la valoración de la dependencia solo cabe mencionar tres casos y con carácter puntual.

En este punto se puede señalar que ambos instrumentos, evaluación de la satisfacción del ciudadano dentro del conjunto de la satisfacción de los servicios sociales o de manera específica, son compatibles, si bien en la actual fase de implantación del SAAD son necesarios estudios sobre satisfacción del ciudadano que accede a los servicios sociales.

4.6. SISTEMAS DE INFORMACIÓN Y EVALUACIÓN

En cuanto a la evaluación del SAAD a nivel autonómico, la realidad es que dicho proceso está aún en su fase inicial. Lo que predomina es el seguimiento de los procesos administrativos pero no se han aplicado modelos de evaluación sistemática. Algunas Comunidades Autónomas afirman estar desarrollando proyectos para la mejora de la calidad o disponen de evaluaciones por períodos. Pero lo que realmente predomina son seguimientos de flujos de información mensual o trimestral que se publican en las web de las Comunidades.

La existencia de sistemas de información propios no constituye problema alguno mientras no afecte a la generación de información común. En este sentido queda mucho por hacer, tal como hemos puesto de manifiesto en el informe sobre el SISAAD.

En cuanto a evaluación resulta comprensible que hasta ahora no se hayan producido esfuerzos sistemáticos por parte de las Comunidades Autónomas, ya que la prioridad sigue siendo dar respuesta a una nueva demanda social en el marco de los sistemas autonómicos de servicios sociales. Pero una vez finalizada la eclosión de la misma, evaluar es una exigencia para la mejora. Sería deseable que las metodologías de evaluación sean comparables con el fin de visualizar las fortalezas y debilidades y avanzar en propuestas de mejora común.

5. PROPUESTAS DE MEJORA DEL SAAD

Casi cuatro años después de la puesta en marcha del SAAD las Comunidades Autónomas se orientan claramente en favor de lo que se puede calificar como proceso de perfeccionamiento en lo normativo, en la calidad de los servicios, en una gestión transparente, en la adecuación entre costes y financiación del sistema y en un avance en el desarrollo de políticas de prevención. Las propuestas de mejora de las Comunidades Autónomas reconocen como indiscutible que el SAAD forma parte integral del Estado de Bienestar y de que el objetivo institucional común en los años venideros, al menos hasta el año 2015, consiste en **perfeccionar, consolidar y hacer más común el nuevo sistema de protección social**. Lo que podríamos denominar como creación de mecanismos de mejora continua. Con alguna excepción que señala la necesidad de una revisión en profundidad de la LAPAD, el resto de las Comunidades que han contestado a la consulta se inclinan por procesos de mejora y perfeccionamiento

Diferenciando las propuestas que hacen las Comunidades Autónomas en función de los distintos pilares del SAAD obtenemos los siguientes resultados o propuestas comunes:

5.1. RECOMENDACIONES

5.1.1 Acceso al sistema

En el acceso al sistema se señalan dos propuestas de mejora: agilización de los procesos administrativos e integración de información de carácter social y sanitario y, por otro lado, acelerar el ejercicio efectivo del derecho mediante la reducción de la bolsa de beneficiarios potenciales que viene a afectar a algo más de la quinta parte de las personas con dictamen de valoración. Esto último se debe a distintas razones como son: largos períodos de espera no justificables, falta de recursos, rechazo de la persona beneficiaria a la prestación propuesta o inadecuación entre necesidad y prestación, entre otros. También se proponen mejoras en cuanto a reducción de trámites en el procedimiento administrativo de solicitud, valoración y PIA.

5.1.2 Prestaciones para autonomía y atención a la dependencia

Este pilar es seguramente el que cuenta con un mayor número de propuestas de mejora. Dicho de manera explícita, lo que preocupa ahora es seguir avanzado en el desarrollo de una red pública de servicios de calidad. En este sentido se mencionan acciones y programas como los siguientes:

- Aprobar **planes de atención integral a niños de 0 a 3 años** en situación de dependencia.
- Continuar el **desarrollo de la red pública de centros y servicios**.
- La mejora de la **acreditación y calidad** de centros y servicios.
- La **formación de los profesionales** de la atención y, en general, la **profesionalización** de los servicios constituye otra de las propuestas de mejora de las Comunidades Autónomas. También la formación de cuidadores no profesionales.

- Reforzar las prestaciones técnicas o servicios frente a las económicas.
- **Reforzar técnicamente el PIA** de forma que la libertad de elección sea modulada por los necesarios requerimientos técnicos.
- Desarrollar los programas de **prevención**, actualmente deficitarios en el desarrollo del SAAD, así como de los **productos de apoyo, eliminación de barreras y regulación de la figura del asistente personal**.
- Caminar hacia la construcción de un **catálogo común consensuado** de prestaciones e intensidades en todo el Estado que favorezca la igualdad en todo el territorio del Estado.

5.1.3 Gobernanza:

Entendida la gobernanza en un sentido amplio, es decir, como efectiva coordinación interadministrativa y cooperación institucional, las propuestas de las Comunidades Autónomas se orientan con claridad a reforzar el SAAD como un sistema de Estado, es decir, como un sistema cooperativo. Entre las propuestas que se orientan a reforzar dicha gobernanza podemos destacar las siguientes:

- En primer lugar, se demanda **mejorar y unificar el SISAAD** en todo el territorio del Estado, con el fin de garantizar la transparencia en el sistema y el aprendizaje mutuo.
- En segundo lugar, se considera de interés la **armonización entre la LAPAD y las nuevas leyes autonómicas de servicios sociales** en la medida en que estas últimas recogen **el derecho** subjetivo a la dependencia y las prestaciones en que se materializa la acción protectora.

- En tercer lugar, avanzar en lo referente a la **compatibilidad entre las Comunidades Autónomas** en cuanto a gestión de la información, prestaciones, movilidad de beneficiarios.
- En cuarto lugar, y en lo que se refiere a la **coordinación con el sistema sanitario**, las propuestas discurren desde la definición de modelos unificados de informes de salud a avances reales en coordinación socio-sanitaria. Se propone la elaboración de un Libro Blanco sobre coordinación sociosanitaria.
- Finalmente, alguna Comunidad Autónoma propone la implantación de un sistema de **buenas prácticas** que se puedan difundir por el conjunto del SAAD.

5.1.4 Financiación

Garantizar la financiación del sistema es un objetivo común de las Comunidades Autónomas. Dicha garantía supone tanto hacer sostenible el sistema a largo plazo como cambiar el sistema de financiación del mínimo por parte de la AGE.

En efecto, parece existir un cierto consenso en **que el mínimo común se fije no en relación al grado y nivel de dependencia sino en relación al coste de las prestaciones** ya que las prestaciones económicas tienen un coste menor que los servicios. La afirmación de que la aportación al mínimo por la AGE sea función del coste de la prestación es apoyada por todas las Comunidades Autónomas.

No aparecen propuestas de las Comunidades Autónomas en el sentido de creación de nuevas fuentes de financiación ni de mejora de la transparencia sobre el coste real y financiación. En este sentido nos remitimos al informe sobre análisis del coste y financiación del SAAD.



En suma, las propuestas de mejora de las Comunidades Autónomas se orientan a reforzar un SAAD basado en servicios de calidad, perfeccionando del PIA y los instrumentos de acreditación, formación y calidad; también a una gobernanza que refuerce las dimensiones comunes del SAAD; y una financiación del mínimo garantizado en función del coste de las prestaciones que se reconozcan en el Programa Individual de Atención.



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE SANIDAD, POLÍTICA SOCIAL
E IGUALDAD

ANEXO

Comunidades Autónomas y Diputaciones que han cumplimentado el cuestionario de evaluación

Cuestionarios enviados a Comunidades Autónomas y Diputaciones Forales: Total 19	Cuestionarios recibidos
Andalucía	SI
Aragón	SI
Asturias	SI
<i>Illes Balears</i>	<i>NO</i>
Canarias	SI
Cantabria	SI
Castilla y León	SI
Castilla-La Mancha	SI
Catalunya	SI
Comunitat Valenciana	SI
Extremadura	SI
Galicia	SI
Madrid	SI
Murcia (región de)	SI
Navarra (Comunidad Foral)	SI
Diputación de Álava	SI
Diputación de Guipúzcoa	SI
Diputación de Bizcaia	SI
La Rioja	SI
Total respuesta	18



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE SANIDAD, POLÍTICA SOCIAL
E IGUALDAD

CAPITULO VIII

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

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

INTRODUCCION

- NATURALEZA DE LA CONSULTA

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

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

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

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

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

– VALORACIÓN GENERAL DEL SAAD

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

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

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

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

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

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

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

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

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

– **OPINIÓN SOBRE LOS PILARES DEL SAAD**

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

– PROPUESTAS DE PERFECCIONAMIENTO DEL SAAD

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

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

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



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

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

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

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

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

1. VALORACIÓN DEL SAAD POR LOS AGENTES SOCIALES Y ECONÓMICOS

1.1. VALORACIÓN GENERAL DEL DESARROLLO DEL SAAD

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

A) Las dimensiones positivas del SAAD.

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

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

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

B) Factores que limitan el desarrollo del SAAD

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

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

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

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

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

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

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

Dicho esto los Agentes Sociales hacen varias observaciones:

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

B) Las prestaciones sociales: prestaciones económicas versus servicios

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



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

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

D) La sostenibilidad del sistema

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

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

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

- Sobre la **sostenibilidad** futura del SAAD

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

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

1.3. PROPUESTAS DE PERFECCIONAMIENTO DEL SAAD

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

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

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

a) Propuestas de carácter general:

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

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

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

b) Propuestas para mejorar la gobernanza del SAAD:

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

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

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

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

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

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



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

d) Otras propuestas de mejora:

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

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

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

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



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE SANIDAD, POLÍTICA SOCIAL
E IGUALDAD

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



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE SANIDAD, POLÍTICA SOCIAL
E IGUALDAD

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

2. VALORACIÓN DEL SAAD POR LOS CONSEJOS CONSULTIVOS DEL SAAD

2.1. VALORACIÓN GENERAL DEL DESARROLLO DEL SAAD

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

A) Las dimensiones positivas del SAAD

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

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

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

B) Factores que limitan el desarrollo del SAAD

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

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



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

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

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

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

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

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

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

B) Las prestaciones sociales: prestaciones económicas versus servicios

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

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



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

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



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

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

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

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

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

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

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

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



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

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



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

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

D) La sostenibilidad del sistema

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



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

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

4. PROPUESTAS DE PERFECCIONAMIENTO DEL SAAD

4.1. PROPUESTAS DE CARÁCTER GENERAL:

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



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

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

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

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

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

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

4.2. PROPUESTAS PARA MEJORAR LA GOBERNANZA DEL SAAD:

Fundamentalmente son de dos tipos:

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

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

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

4.4. OTRAS PROPUESTAS DE MEJORA

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

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



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

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



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



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE SANIDAD, POLÍTICA SOCIAL
E IGUALDAD

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



5. VALORACIÓN DEL SAAD POR LOS PROVEEDORES DE SERVICIOS SOCIALES

5.1. VALORACIÓN GENERAL DEL DESARROLLO DEL SAAD

A) Las dimensiones positivas del SAAD

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

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

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

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

B) Factores que limitan el desarrollo del SAAD

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

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



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

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

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

A) El acceso al sistema

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

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

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

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

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

B) Las prestaciones sociales: prestaciones económicas versus servicios

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

D) La sostenibilidad del sistema

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

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

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

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

5.3. PROPUESTAS DE PERFECCIONAMIENTO DEL SAAD

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

5.3.1 Propuestas de carácter general:

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

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

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

5.3.2 Propuestas para mejorar la gobernanza del SAAD:

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

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

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

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

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

5.3.3 Propuestas para mejorar la participación en el Comité Consultivo.

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

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

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

5.3.4 Otras propuestas de mejora

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

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

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



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

6. VALORACIÓN DEL SAAD POR LOS COLEGIOS Y ORGANIZACIONES PROFESIONALES

6.1. VALORACIÓN GENERAL DEL DESARROLLO DEL SAAD

A) Las dimensiones positivas del SAAD.

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

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

B) Factores que limitan el desarrollo del SAAD

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

- **Débil coordinación sociosanitaria.**



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

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

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

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

A) El acceso al sistema

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

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

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

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

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

B) Las prestaciones sociales: prestaciones económicas versus servicios

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

D) La sostenibilidad del sistema

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

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

6.3. PROPUESTAS DE PERFECCIONAMIENTO DEL SAAD

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

6.3.1 Propuestas de carácter general:

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

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

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

6.3.2 Propuestas para mejorar la gobernanza del SAAD.

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

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

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

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

6.3.3 Propuestas para mejorar la participación en el Comité Consultivo.

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

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

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



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



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE SANIDAD, POLÍTICA SOCIAL
E IGUALDAD

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



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE SANIDAD, POLÍTICA SOCIAL
E IGUALDAD

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



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE SANIDAD, POLÍTICA SOCIAL
E IGUALDAD

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



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



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE SANIDAD, POLÍTICA SOCIAL
E IGUALDAD

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

ANEXO I

CONSULTAS DE EVALUACIÓN REALIZADAS

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

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

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



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE SANIDAD, POLÍTICA SOCIAL
E IGUALDAD

CAPITULO IX

INFORME SOBRE CONSULTA REALIZADA A LA FEMP



CAPITULO IX. INFORME SOBRE CONSULTA REALIZADA A LA FEMP

INTRODUCCIÓN

Se ha realizado una consulta al servicio técnico de la Comisión Bienestar Social de la FEMP con el fin de recoger su valoración de la implantación del SAAD.

Dicho servicio hace una valoración positiva del desarrollo del SAAD en general y de su implantación en el ámbito de las Corporaciones Locales. Considera que la aprobación de un derecho subjetivo a las prestaciones de autonomía y dependencia es un paso adelante en el bienestar de los ciudadanos a la vez que consolida el sistema de servicios sociales en el que se incardina el SAAD. Dicho desarrollo, sin embargo, no se ha plasmado en un reconocimiento y fortalecimiento del gobierno local en el SAAD en correspondencia con su importancia institucional y operativa.

Las Corporaciones Locales están teniendo un papel activo en la difusión de la información del SAAD a los ciudadanos, en la gestión del acceso al sistema y en la gestión de los servicios de proximidad – SAD y teleasistencia, sobre todo -, de manera directa y a través de fórmulas de colaboración con la Administración Autonómica. Ello está facilitando el dar un mayor contenido y estabilidad a rama local de servicios sociales locales.

La participación activa de los entes locales en el desarrollo local ha supuesto un esfuerzo presupuestario adicional con plantillas de gestión escasamente incrementadas, excepto en lo referente a valoración y gestión de servicios públicos nuevos. También un esfuerzo presupuestario en gastos de gestión si bien se desconoce su volumen en comparación con los gastos directos de gestión de servicios y prestaciones. Se desconoce el peso del copago en la

financiación local de los servicios de proximidad si bien se sitúan en una banda del 10-20 por ciento del coste total.

El desarrollo del SAAD está suponiendo una extensión y un reforzamiento de la rama de los servicios sociales que se ampliará con la puesta en marcha del grado I, nivel 2. Existe preocupación en lo referente a las implicaciones financieras de dicha extensión en las Corporaciones Locales y su impacto en el resto de los servicios sociales que parecen haber sufrido una cierta detracción de recursos humanos y financieros en favor de los servicios del SAAD.

Finalmente, los servicios técnicos de la Comisión de Bienestar Social de la FEMP proponen tres líneas generales de mejora del SAAD en su dimensión local: a) Reforzar la dimensión institucional de las CCLL en el SAAD de modo que tengan éstas tengan una mayor capacidad de codecisión con la AGE y las Comunidades Autónomas; b) intensificar la inversión en la oferta de servicios de proximidad con el fin de que sea más atractiva que la prestación económica de cuidados no profesionales; c) reconocer el actual esfuerzo financiero de las CCLL en materia de servicios sociales a la vez que garantizar su capacidad financiera para hacer frente al despliegue de los servicios de proximidad de atención a la dependencia.

1. VALORACIÓN GENERAL DEL SAAD

La valoración global del proceso de implantación del SAAD en el ámbito local es dual:

- Desde el punto de vista del impacto en el bienestar de los ciudadanos se considera que el desarrollo de la LAPAD es positivo sin duda alguna ya que ha supuesto transformar en forma de derecho subjetivo prestaciones sociales de dependencia que la rama de servicios sociales histórica prestaba parcialmente desde hace dos décadas. Además, el SAAD ha



situado en la agenda política la rama de servicios sociales potenciando el esfuerzo normativo realizado en los últimos años por la reforma de los Estatutos de Autonomía de las Comunidades Autónomas y la nueva generación de leyes de servicios sociales que están incorporando progresivamente el acceso a los servicios sociales bajo la óptica del derecho subjetivo.

- Por otra parte, desde el punto de vista institucional, y después de cuatro años de desarrollo del SAAD, se considera que la dimensión municipal no se corresponde con el verdadero papel que juegan los servicios sociales municipales como puerta de entrada en el sistema y como prestador de servicios sociales. De ahí que se considere necesario el articular un pacto institucional que incorpore los tres niveles territoriales del Estado en el gobierno y gestión del SAAD.

2. ACCESO Y PRESTACIONES SOCIALES DE DEPENDENCIA EN LAS CORPORACIONES LOCALES

Una primera actuación de las Corporaciones Locales ha consistido en la difusión de la información a los ciudadanos sobre el SAAD y la forma de acceso al mismo. Esta actuación se ha hecho sobre todo de manera directa a través de las propias Corporaciones Locales y los centros de servicios sociales municipales. También, aunque en menor medida, en colaboración con las Comunidades Autónomas. En el ámbito rural, en el que la FEMP trabaja activamente junto con las Diputaciones, Consejos y Cabildos, la difusión de la información se ha hecho en colaboración con entidades voluntarias que prestan servicios sociales en pequeñas localidades, caso de Cruz Roja.

El desarrollo del SAAD en el ámbito local no ha supuesto la creación de nuevas estructuras administrativas sino que se ha realizado desde los servicios sociales

existentes que han asumido desde el primer momento el reto de la puesta marcha del nuevo sistema. No podía ser de otra manera en la medida en que el SAAD se incardina institucionalmente en el sistema de servicios sociales existente.

Mediante variadas fórmulas –específicas y en colaboración con las Comunidades Autónomas-, no siempre coincidentes entre las diferentes Comunidades Autónomas, las Corporaciones Locales ha asumido en general la gestión de la información y orientación, como antes señalamos, la recepción de documentación y su contrastación, grabación de la misma en las distintas aplicaciones informáticas e incluso en muchos casos el PIA (caso de Andalucía en los Municipios de más de 20.000 habitantes). Por el contrario, y en general, y sin entrar en la consideración de excepciones, la gestión del PIA y del copago está bajo el control de las Comunidades Autónomas.

En los municipios de menos de 2000 habitantes la gestión de las actividades y prestaciones señaladas se basa normalmente en distintas formas de colaboración entre las Comunidades Autónomas y las Diputaciones Provinciales, Cabildos y Consejos.

En lo referente a la prestación de servicios de atención a la dependencia se ha seguido en gran medida la práctica existente, es decir, los servicios especializados, como son residencias y centros de día y de noche (CD), son gestionados por las Comunidades Autónomas. Por el contrario, los servicios de proximidad, Servicio de Ayuda a Domicilio (SAD) y teleasistencia son prestados por los ayuntamientos bajo formas de concierto que tienen su fundamento en el Plan Concertado o en convenios específicos con las Comunidades Autónomas para la gestión de servicios de atención a la dependencia. En este sentido el despliegue del SAAD a nivel municipal no ha cambiado la división del trabajo institucional existente en la rama de servicios sociales si bien está cambiando

otros aspectos que tienen que ver con el estilo y organización del trabajo social que implica el nuevo sistema de autonomía y dependencia.

3. VALORACIÓN DEL COSTE DEL SAAD EN LAS CORPORACIONES LOCALES

El impacto del SAAD ha supuesto un aumento del gasto en el sistema de servicios sociales locales, sobre todo en los grandes ayuntamientos. Ahora bien, se trata de incrementos presupuestarios centrados sobre todo en servicios y en menor medida en personal de gestión y administración. Es concreto, ha aumentado el empleo público en personal de valoración, por ejemplo, o en la prestación de servicios, sobre todo en el ámbito de los conciertos con empresas y ONG, pero en mucha menor medida en lo que se refiere a personal de estructura de apoyo. En buena medida la estructura existente en 2007 de trabajadores sociales y otros profesionales de los servicios sociales con pequeños incrementos, ha hecho frente a la puesta en marcha del SAAD en el ámbito local.

Los servicios técnicos de la FEMP desconocen qué porcentaje medio del coste de la atención en SAD y CD han recibido las CCLL de sus respectivas Comunidades Autónomas, si bien constatan que en la financiación de dichos servicios participan las primeras como ya venían haciéndolo tradicionalmente.

La implantación del SAAD ha supuesto el incremento de los costes de gestión de las CCLL. Nos referimos a gastos en información y orientación, valoración, asignación de PIA, etc. Sin embargo, no se tiene información de que se estén diferenciando esos costes de los costes directos de atención a la dependencia. En general no suelen diferenciarse los costes directos de los costes indirectos en la gestión de las prestaciones del SAAD.

La información sobre el peso del copago en la financiación de los servicios de proximidad de atención a la dependencia, como son la ayuda a domicilio y teleasistencia, no se conoce con precisión. Los servicios técnicos consultados señalan, de acuerdo a su información, que el copago existe en esos servicios y que el porcentaje medio de aportación nunca supera el 20 por cien, situándose en la banda del 10-20 por cien. Observan también que la teleasistencia suele ser un servicio gratuito en muchos municipios para las personas mayores de 80 años, estén o no en situación de dependencia.

En cuanto a la valoración del PIA se considera que es una actuación positiva allí donde la gestionan las CCLL ya que supone dar contenido al papel de los trabajadores sociales. Pero incluso en el caso de los Ayuntamientos que gestionan el PIA la última decisión corresponde a la Comunidad Autónoma que puede modificar parcial o totalmente la asignación de la prestación o prestaciones decidida por los servicios sociales locales.

4. EL IMPACTO DEL SAAD EN LA RAMA DE LOS SERVICIOS SOCIALES

El desarrollo del SAAD está suponiendo una extensión y un reforzamiento de la rama de los servicios sociales.

La entrada en vigor de la cobertura de las personas en situación de dependencia con grado 1, nivel 2, en enero de 2011 supone un aumento potencial de la demanda que se traducirá en un aumento del gasto público en servicios sociales de proximidad para los entes locales que son los que tradicionalmente gestionan.

Como consecuencia, y a pesar de la financiación estatal y autonómica, el nuevo despliegue del SAAD supondrá una presión financiera adicional en los entes locales en un contexto de crisis económica y financiera.

Por otra parte, ante la pregunta de si el desarrollo del SAAD ha distraído recursos humanos y financieros de otros servicios sociales la respuesta es que efectivamente ha tenido lugar una detracción de recursos desde otros servicios sociales hacia los de atención a la dependencia, que se ha agudizando en los dos últimos años en los que han venido a coincidir la crisis económica y el aumento de la demanda de prestaciones por colectivos afectados por la crisis.

5. PROPUESTAS DE MEJORA

La importancia institucional y operativa de las CCLL en el sistema de servicios sociales y, de manera particular, en el desarrollo del SAAD ha quedado de manifiesto en los últimos cuatro años. En este sentido los técnicos consultados proponen medidas de mejora y perfeccionamiento del SAAD que se concretan en:

- a) Reforzar la dimensión institucional de las CCLL en el SAAD. Ello puede hacerse a través de cambios en la propia LAPAD o mediante una norma o ley estatal de servicios sociales. Se trata de que las CCLL no solo tengan voz en el SAAD sino capacidad de codecisión con la AGE y las Comunidades Autónomas.
- b) Desarrollar aún más la dimensión de los servicios sociales y, por tanto, aumentar la oferta de servicios de proximidad con el fin de que sea más atractiva que la prestación económica de cuidados no profesionales o bien modularla para que sea combinada de manera creciente con la atención de servicios profesionales.
- c) Finalmente, cambios en la financiación del SAAD de forma que no solo se reconozca el actual esfuerzo financiero de las CCLL en materia de servicios sociales sino que se garantice la capacidad financiera



para hacer frente al despliegue del SAAD, sobre todo de los servicios de proximidad.



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE SANIDAD, POLÍTICA SOCIAL
E IGUALDAD

CAPITULO X

ANÁLISIS DE LA ENCUESTA A PERSONAS BENEFICIARIAS Y PERSONAS CUIDADORAS



CAPITULO X. ANÁLISIS DE LA ENCUESTA A PERSONAS BENEFICIARIAS Y PERSONAS CUIDADORAS

INTRODUCCIÓN AL ANÁLISIS

El presente documento analiza los resultados de la encuesta centrándose en la valoración que tanto ellos como sus cuidadores, si los hubiera, realizan sobre la LAPAD y sobre aspectos parciales de la misma, es decir, los siguientes apartados versarán sobre la satisfacción de las personas beneficiarias con el proceso de valoración de su dependencia, su valoración de los servicios recibidos, su juicio sobre la efectividad de las prestaciones y su opinión general sobre la protección de la dependencia. En una segunda parte, se describirá la opinión de los cuidadores sobre la efectividad de las prestaciones y su valoración global del sistema.

Se ha entendido que los demás ítems de la encuesta, así como las características de los beneficiarios extraídas de la base de datos del SISAAD, constituyen elementos para explicar las distintas opiniones, no objeto de estudio en sí mismos.

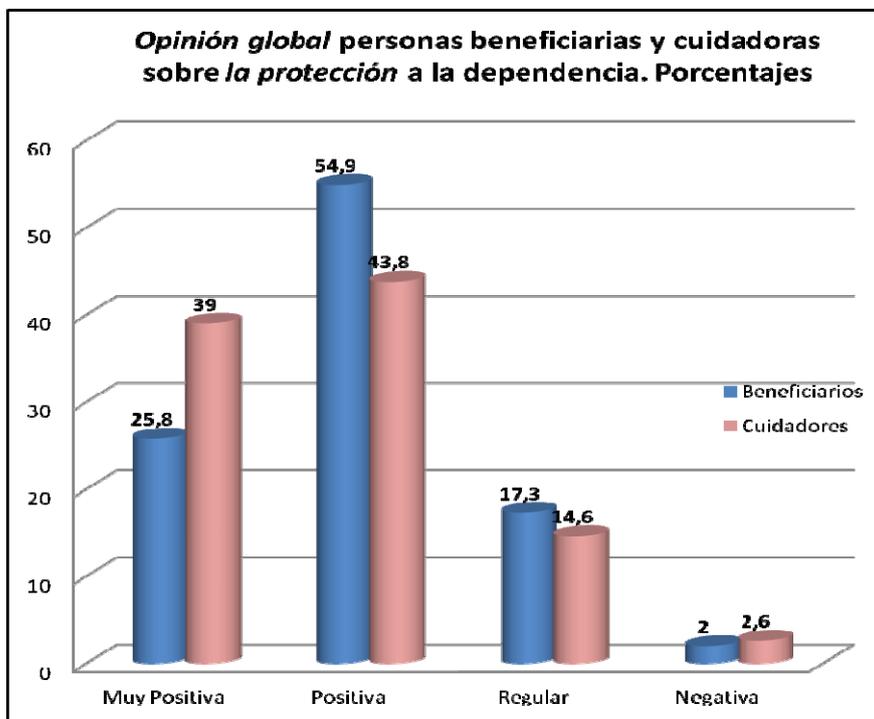
Este análisis se apoya en dos herramientas principales: las distribuciones porcentuales de la opinión de cada grupo o colectivo y una puntuación media, obtenida por transformación de las respuestas originales a una escala que toma valores de 0 a 5. Este valor medio simplifica indudablemente la información pero permite un contraste más fácil entre las distintas categorías de cada variable o entre diferentes características.



Una última puntualización se refiere al hecho de que la encuesta habla sólo de beneficiarios y de sus cuidadores, por lo que sus opiniones no tienen por qué representar a la de otras personas, sean dependientes o no, ni a los familiares que los atiendan si lo necesitan.

1. OPINIÓN GLOBAL DE PERSONAS BENEFICIARIAS Y PERSONAS CUIDADORAS SOBRE LA LAPAD.

- Un 80,7% de las personas beneficiarias y un 82,8% de las personas cuidadoras considera positiva o muy positiva la protección a la dependencia con una valoración media de 3,4 y 3,7 puntos sobre una escala valor de 0 a 5 puntos, en la que el 5 es el máximo.

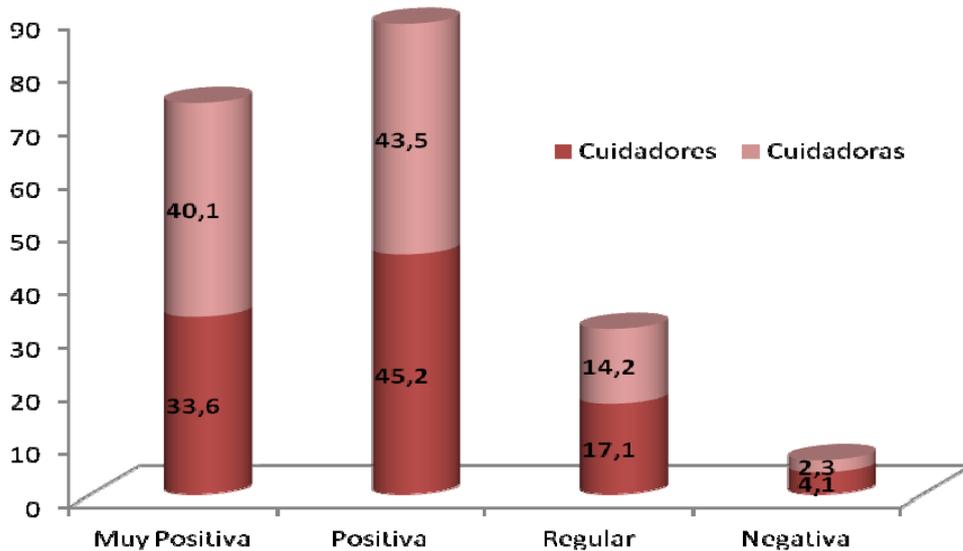
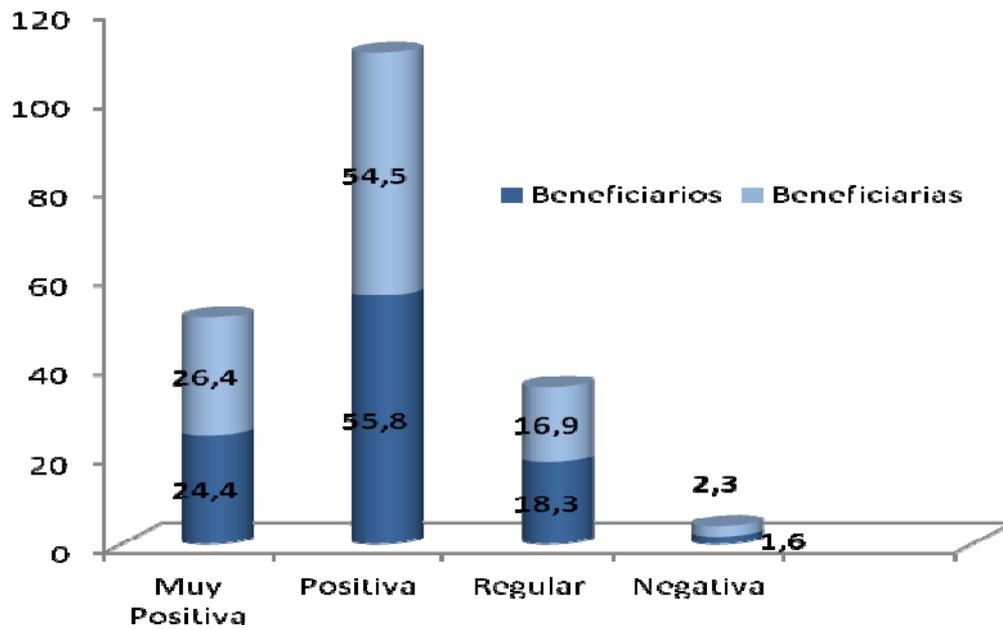




GOBIERNO DE ESPAÑA

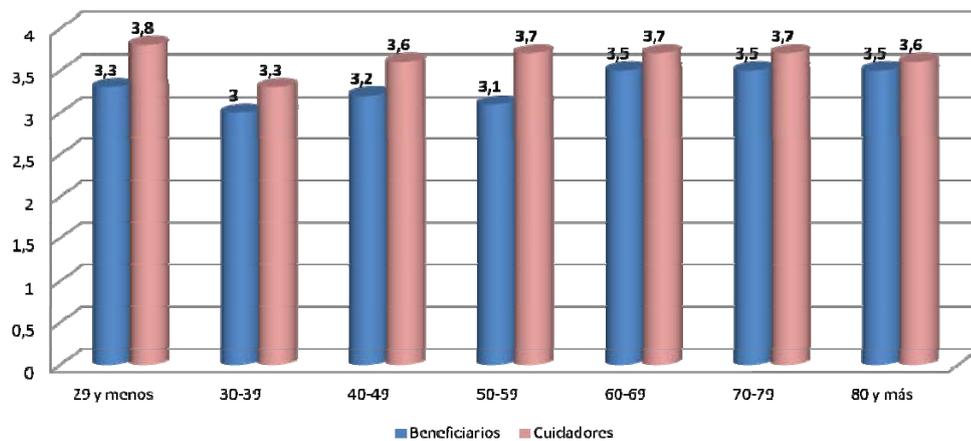
MINISTERIO DE SANIDAD, POLÍTICA SOCIAL E IGUALDAD

- El género no influye en la opinión sobre la protección de la dependencia.



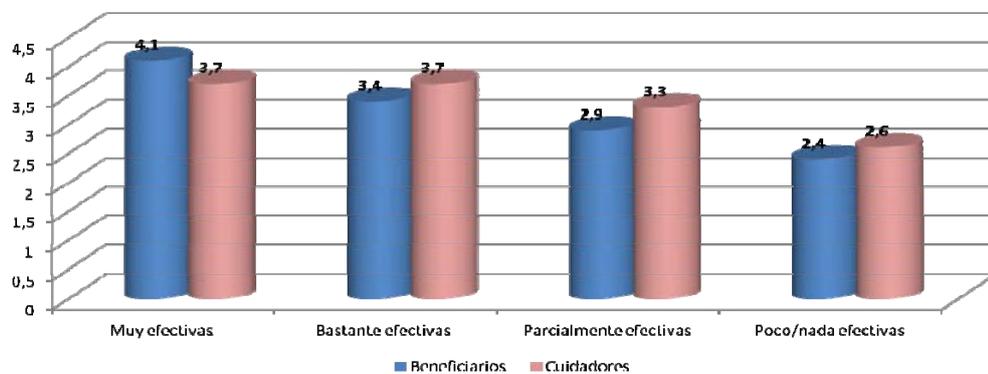
- La opinión sobre la protección a la dependencia mejora a medida que se incrementa la edad de las personas beneficiarias y de las personas cuidadoras.

Opinión global personas beneficiarias y cuidadoras por edad sobre la protección a la dependencia. Media (valor entre 0-5 puntos)



- La opinión sobre la efectividad de las prestaciones es elevada. Alcanza una media de 3,6 puntos en las personas beneficiarias y 3,4 puntos las personas cuidadoras.

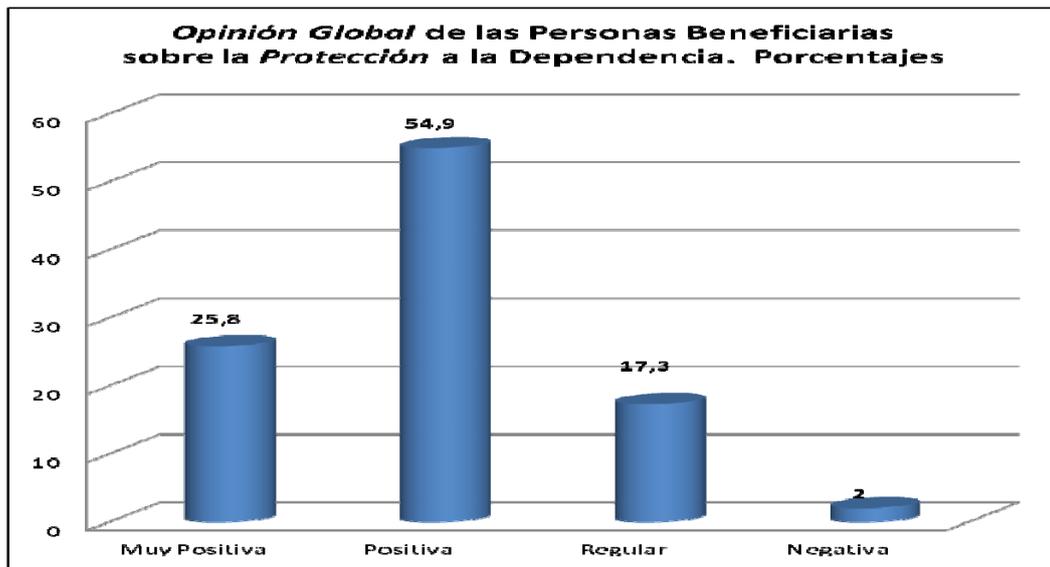
Opinión global de las personas beneficiarias y cuidadoras sobre la efectividad de las prestaciones. Media (valor entre 0-5 puntos)





2. OPINIÓN DE LAS PERSONAS BENEFICIARIAS

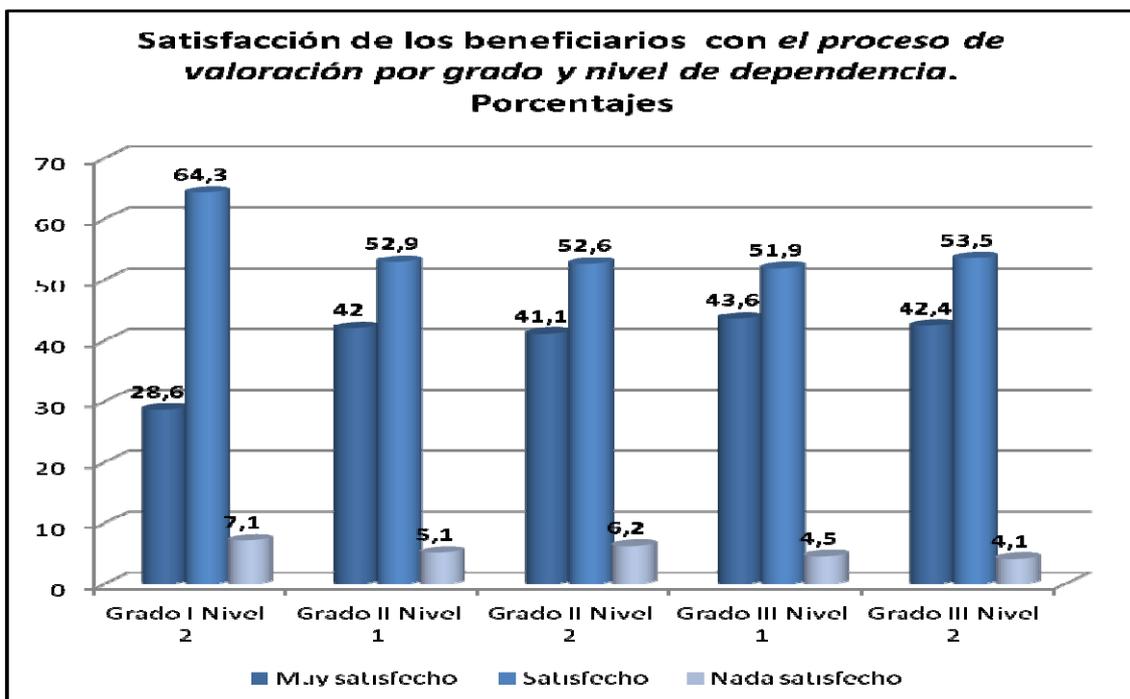
- **Satisfacción global de las personas beneficiarias:** Un 80,7% de las personas beneficiarias considera positiva o muy positiva la protección a la dependencia con una valoración media de 3,4 puntos sobre un máximo de 5 puntos.





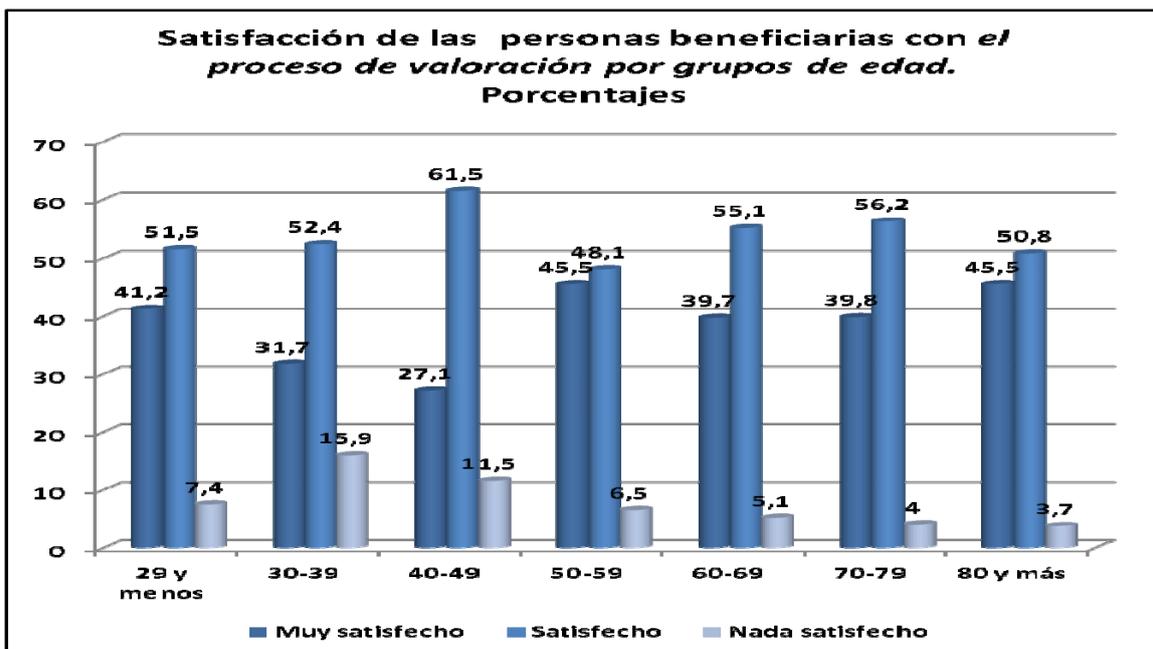
▪ **Satisfacción de las personas beneficiarias con el proceso de valoración**

- ✓ El grado de satisfacción de las personas beneficiarias con el proceso de valoración alcanza 3,4 puntos de media. El grado I nivel 2 tiene la valoración menor (3 puntos) y la más elevada el grado III en sus dos niveles (3,5 puntos).





- ✓ La satisfacción mayor con el proceso de valoración de la LAPAD se encuentra entre las personas beneficiarias mayores de 80 años con 3,5 puntos. La menor con 2,9 puntos se sitúa entre las personas beneficiarias de 30 a 49 años.

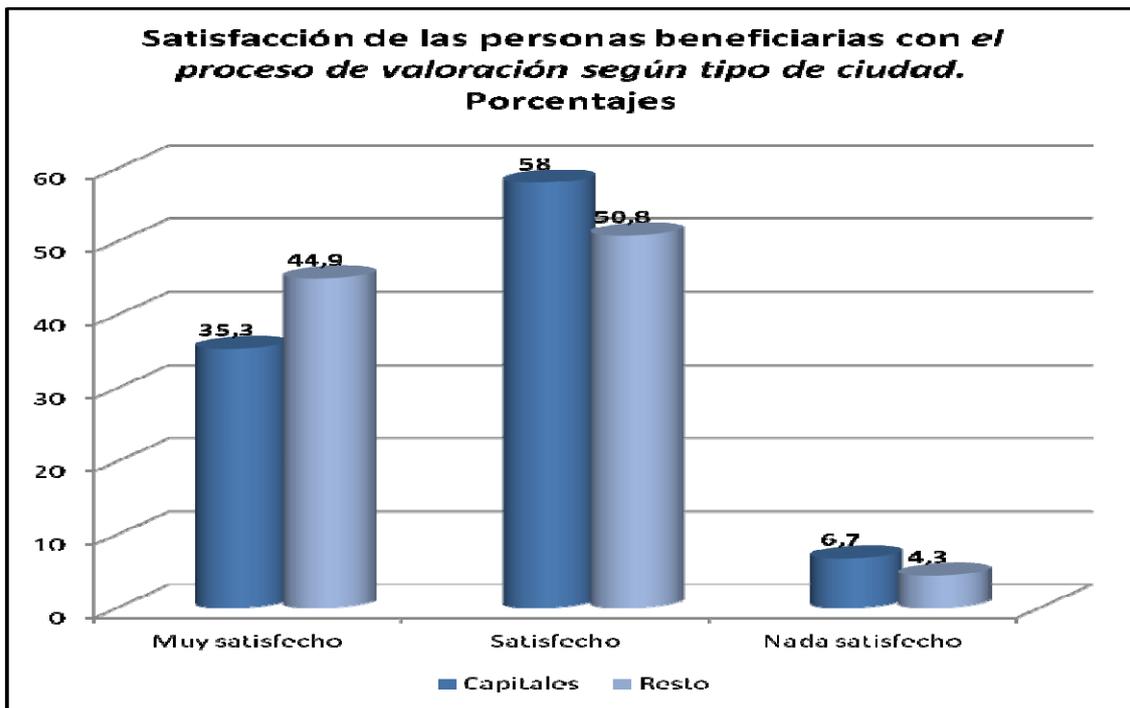




GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE SANIDAD, POLÍTICA SOCIAL
E IGUALDAD

- ✓ El entorno no urbano incrementa el grado de satisfacción de las personas beneficiarias con el proceso de valoración de la LAPAD (3,5 puntos).

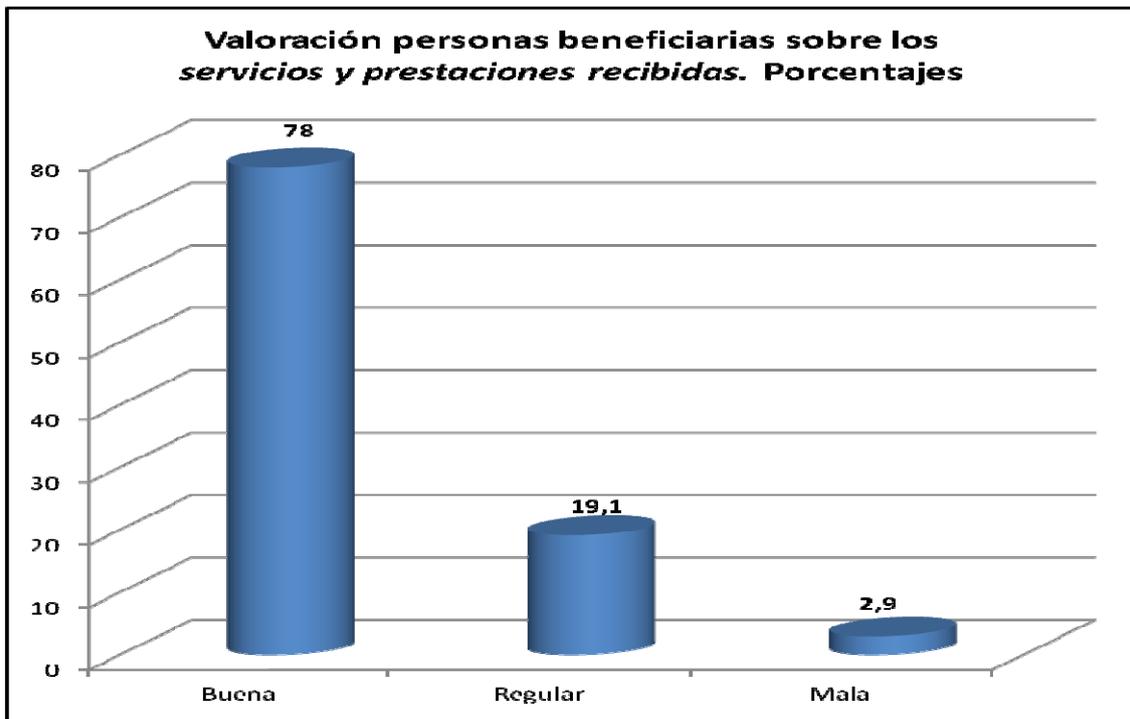


- ✓ El perfil de la persona beneficiaria con alto grado de satisfacción con el proceso de valoración de la LAPAD es el de:
 - ♦ Persona mayor de 80 años
 - ♦ Persona con un grado III de dependencia
 - ♦ Persona que vive en un entorno no urbano



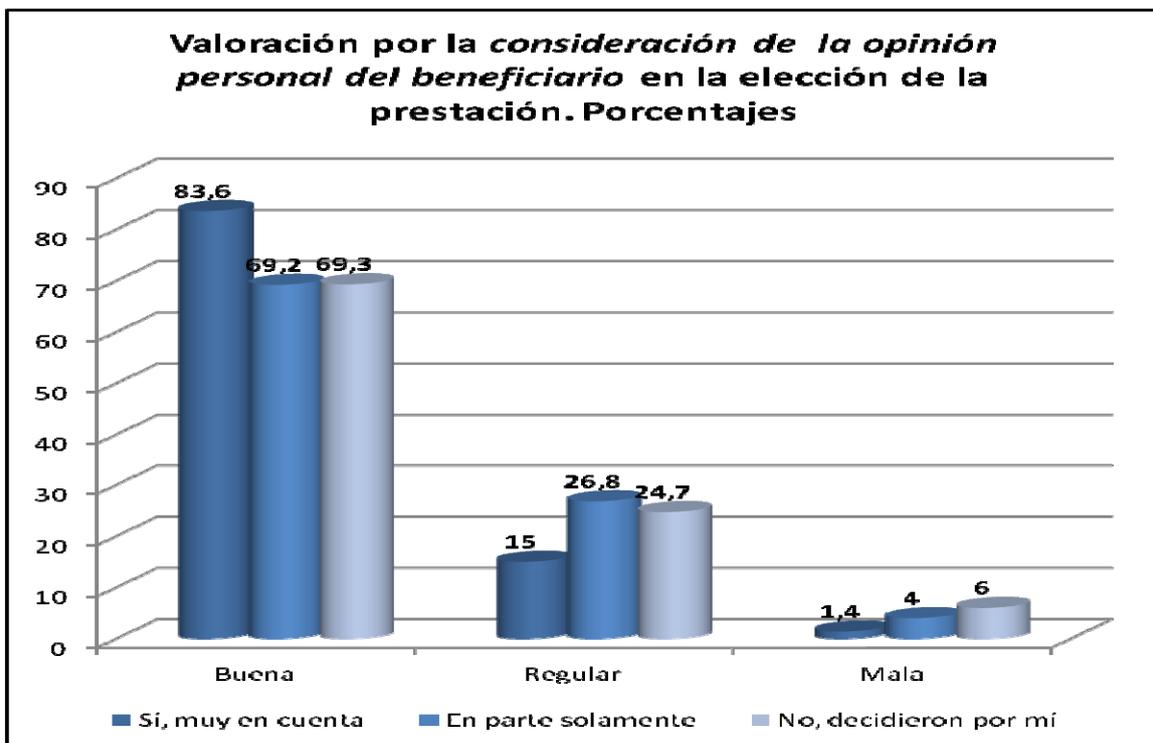
- **Valoración de las personas beneficiarias de los servicios recibidos**

Un 78% de las personas beneficiarias valoran como buenos los servicios y prestaciones de la LAPAD con una puntuación media de 4,4 puntos sobre un máximo de 5 puntos.





- ✓ El pago por el servicio recibido no influye en la opinión de las personas beneficiarias sobre los servicios.
- ✓ La valoración de la prestación recibida alcanza 4,6 puntos cuando se ha consultado y se ha tenido en cuenta la opinión de la persona beneficiaria.



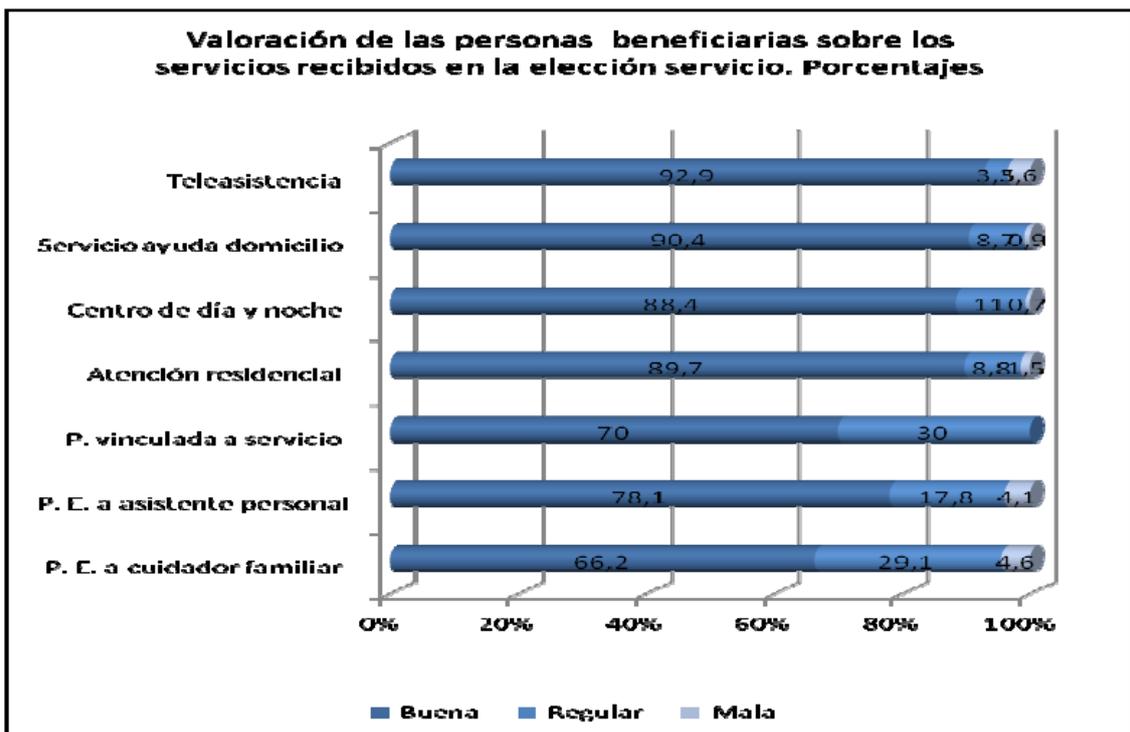


GOBIERNO DE ESPAÑA

MINISTERIO DE SANIDAD, POLÍTICA SOCIAL E IGUALDAD

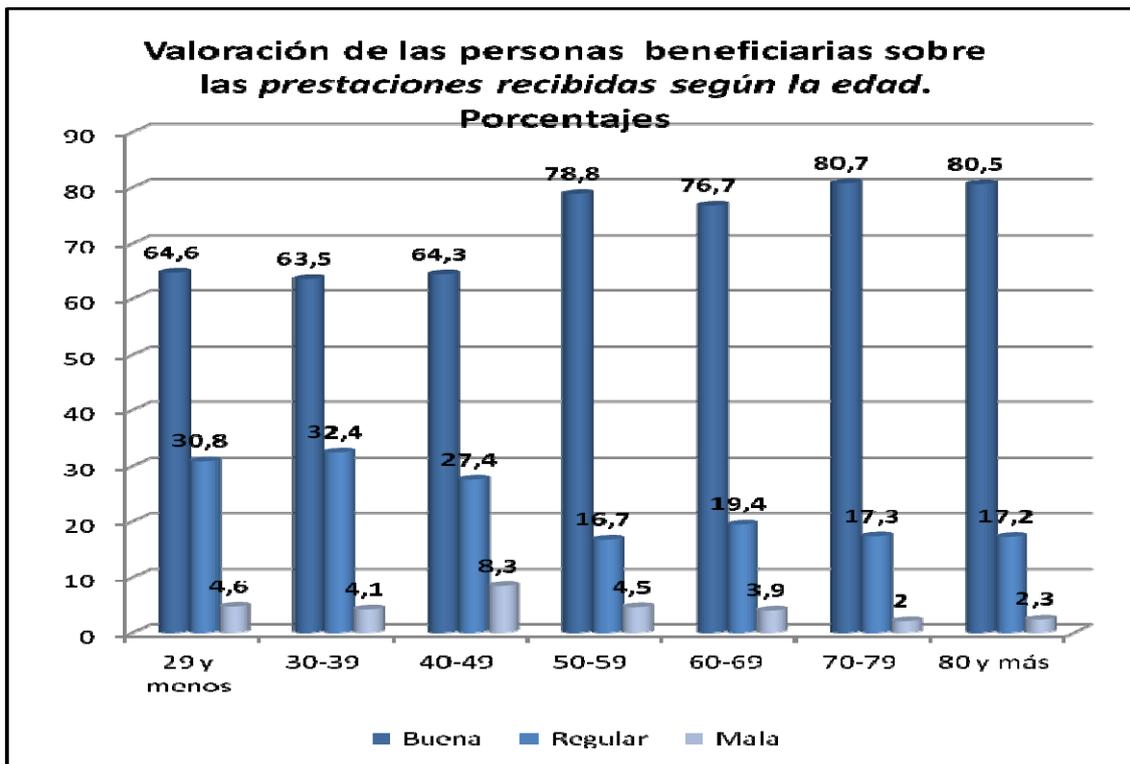
- ✓ Los servicios residenciales centros de día y noche, SAD y teleasistencia son los más valorados con 4,7 puntos. Las prestaciones económicas tienen una alta valoración que alcanza los 4,3 puntos.

La Prestación económica de cuidados en el entorno familiar obtiene 4 puntos.





- ✓ Las personas mayores de 70 años son las que valoran más positivamente las prestaciones recibidas (4,5 puntos) y las que se encuentran entre 40-49 años las más críticas (3,9 puntos).

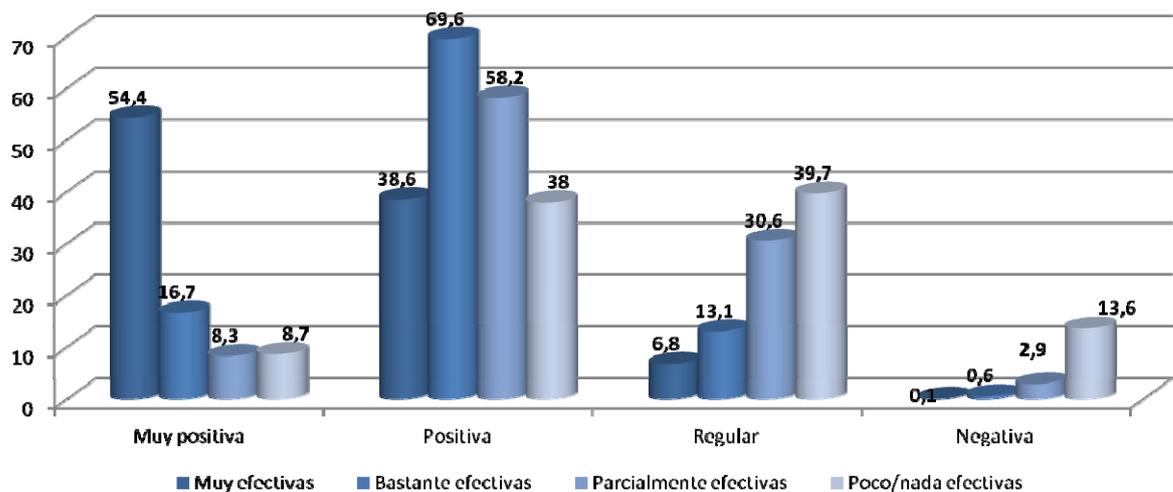


- ✓ El estado civil influye positivamente cuando se está casado o viudo (4,5 puntos) en la valoración de la prestación recibida. Las personas divorciadas otorgan una puntuación menor (4,2 puntos)
- ✓ Perfil de la persona beneficiaria con alta valoración de los servicios recibidos
 - ♦ Persona mayor de 70 años
 - ♦ Persona casada o viuda



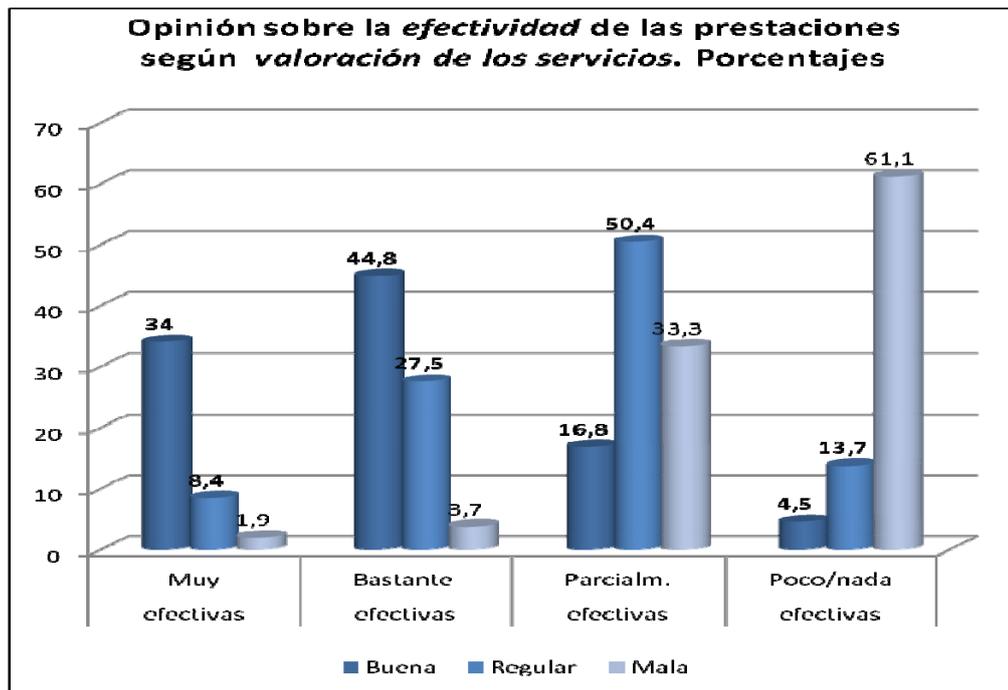
- ♦ Persona cuya opinión ha sido tomada en cuenta para la asignación de la prestación o servicio.
 - ♦ Persona que tiene asignado un servicio.
- **Efectividad de las prestaciones según las personas beneficiarias**
 - ✓ Un 54,5% de las personas beneficiarias considera muy efectivas las prestaciones.

**Opinión de las personas beneficiarias sobre la *efectividad* de las prestaciones.
Porcentajes**



- ✓ Una alta valoración de los servicios conlleva una opinión positiva (3,9 puntos) de la eficiencia de las prestaciones.

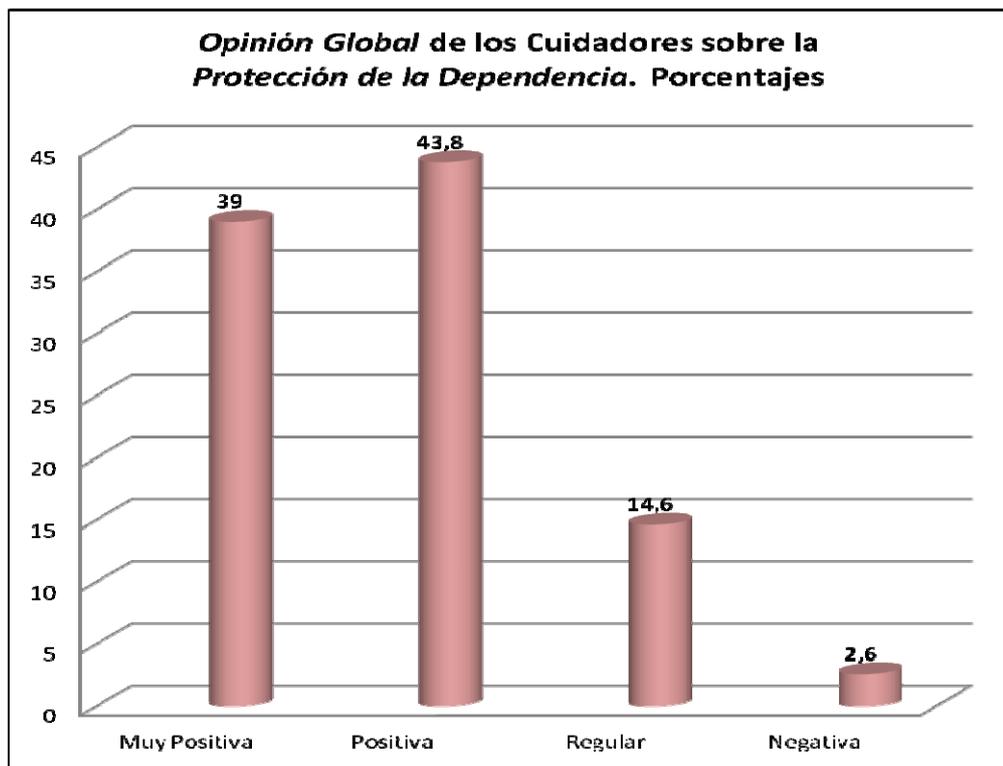
Una mala valoración de los servicios conlleva la opinión de que las prestaciones son poco o nada eficientes (1,6 puntos)



- ✓ Perfil de la persona beneficiaria con alta valoración de eficiencia de las prestaciones.
 - ♦ Persona con una alta valoración de los servicios
 - ♦ Persona cuya opinión ha sido tomada en cuenta para la asignación de la prestación o servicio.

3. LA OPINIÓN DE LAS PERSONAS CUIDADORAS

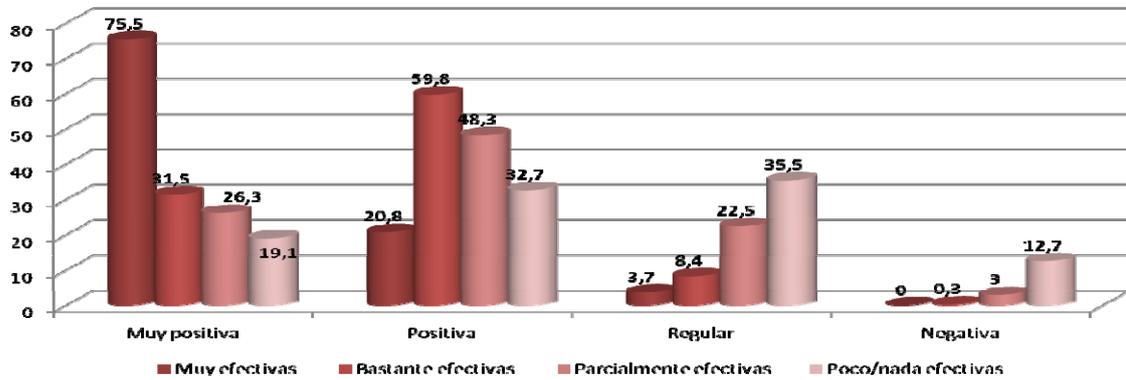
- **Valoración de la LAPAD por las personas cuidadoras**
 - ✓ Un 82,8% de las personas cuidadoras considera positiva o muy positiva la protección a la dependencia con una valoración media de 3,7 puntos sobre un máximo de 5 puntos.



- ✓ La opinión de las personas cuidadoras sobre la LAPAD alcanza 4,5 puntos sobre un máximo de 5 cuando valoran positivamente la eficiencia de las prestaciones.
- ✓ Los tiempos dedicados al cuidado influyen débilmente en la opinión (0,4 décimas).
- ✓ Un 75,5% de las personas cuidadoras considera muy efectivas las prestaciones.



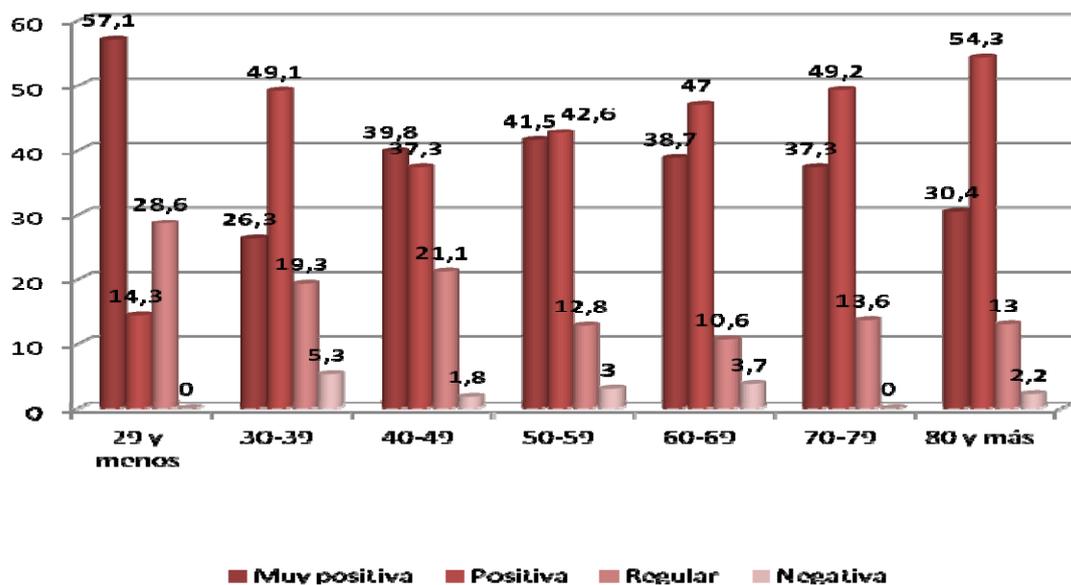
Opinión global de las personas cuidadoras sobre la efectividad de las prestaciones. Porcentajes



- ✓ La mejor opinión de la LAPAD la tienen los cuidadores menores de 29 años con una puntuación de 3,8.

Los cuidadores entre 30-39 años son los que tienen una peor opinión con 3,3 puntos.

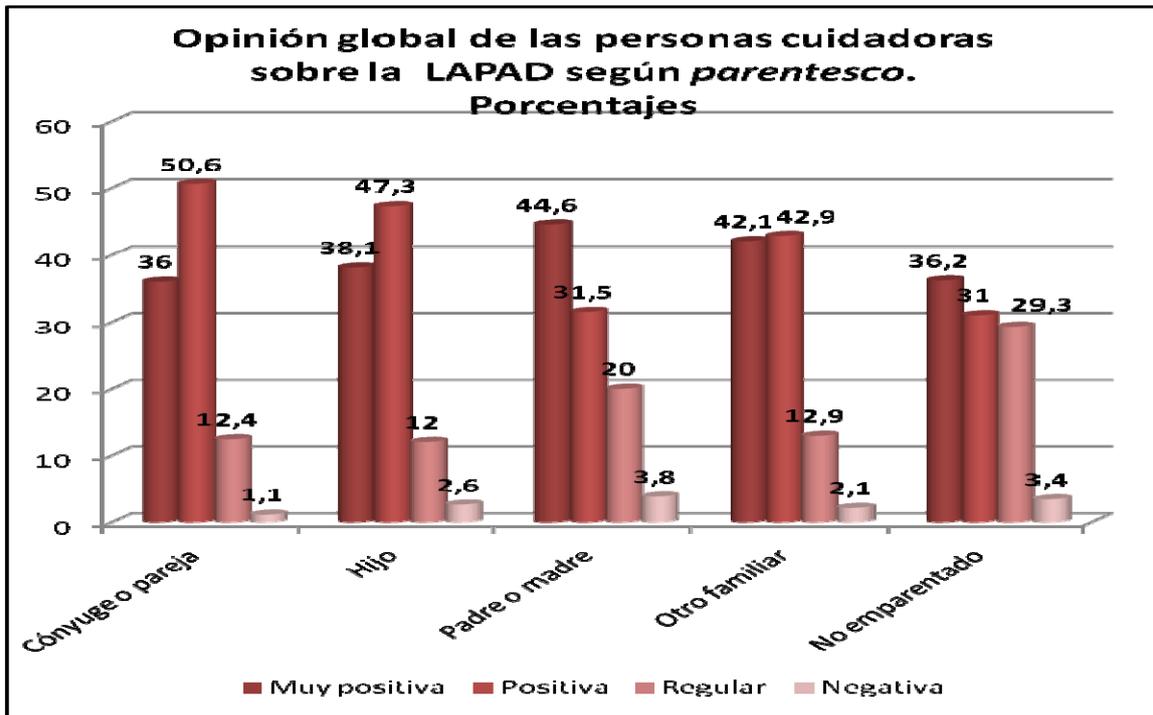
Opinión global de las personas cuidadoras sobre la LAPAD según edad. Porcentajes



- ✓ Respecto de la opinión global de las personas cuidadoras, según el parentesco, los cónyuges/parejas e hijos otorgan un 3,7; los



padres/madres un 3,6; otros familiares un 3,8 y las personas cuidadoras no emparentadas, un 3,3 sobre un máximo de cinco puntos.

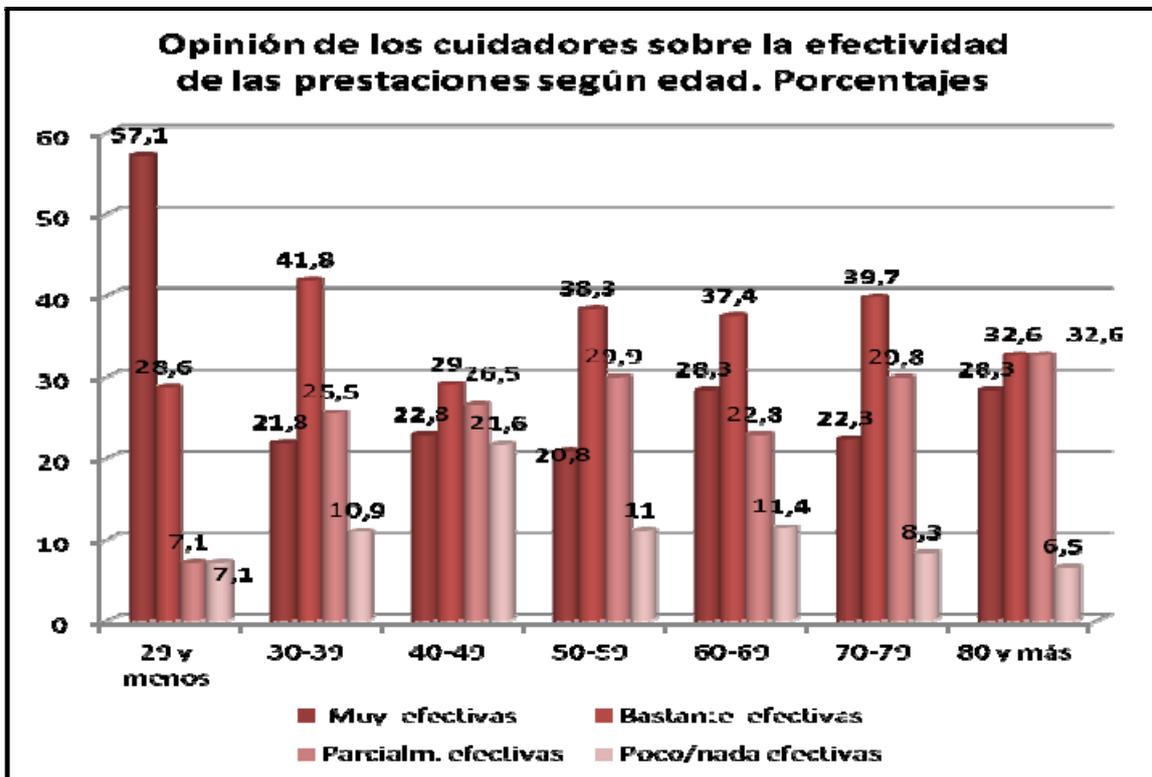


- ✓ Perfil de la persona cuidadora con una alta opinión de la LAPAD
 - ♦ Persona que considera muy efectiva las prestaciones
 - ♦ Persona menor de 29 años
 - ♦ Persona con relación de parentesco con el beneficiario
 - ♦ La formación dada a las personas cuidadoras no tiene una gran incidencia en la opinión sobre la LAPAD (0,3 puntos)

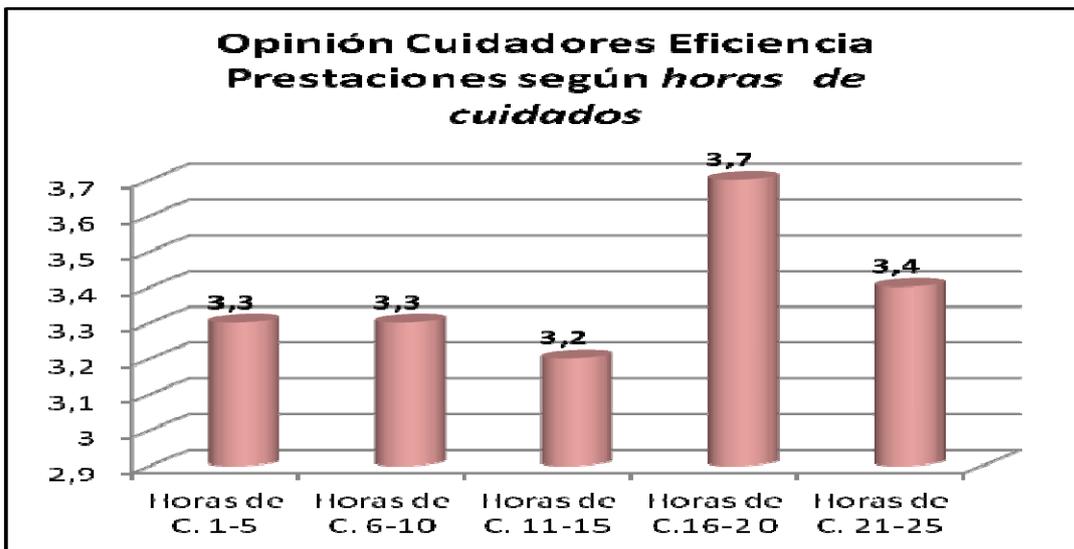
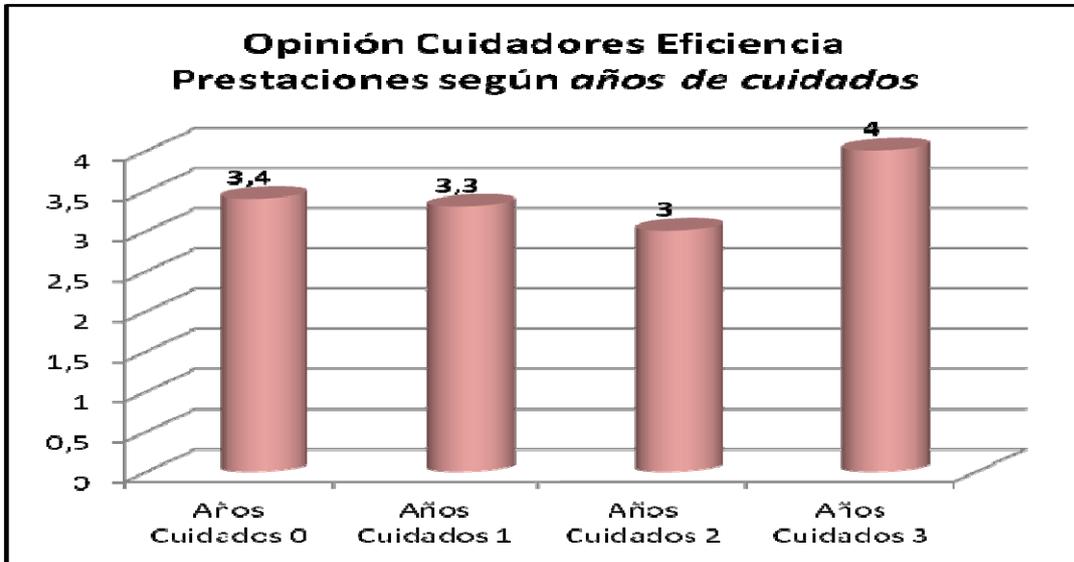


▪ **Efectividad de las prestaciones según las personas cuidadoras**

- ✓ Las personas cuidadoras menores de 29 años son las que consideran más efectivas las prestaciones de la LAPAD con una puntuación de 4,2 y las que menos, las comprendidas entre 40 y 49 años con 3,1 puntos.



- ✓ La opinión sobre la efectividad de las prestaciones es mejor cuando el tiempo de cuidado alcanza los 3 años (4 puntos) y cuando las horas que se dedican al cuidado se encuentran entre 16 y 20 (3,7 Puntos)



✓ Perfil de la persona cuidadora con una *alta opinión de la eficiencia de las prestaciones* de la LAPAD:

- ♦ Persona con un tiempo de cuidado de más de tres años
- ♦ Persona que dedica al cuidado entre 16 y 20 horas.
- ♦ Persona menor de 29 años

- ♦ Persona que vive en un entorno no urbano

Conclusiones

▪ Factores de alta valoración de la LAPAD

- ✓ Satisfacción de las personas beneficiarias con el procedimiento de valoración
- ✓ Alta opinión de la efectividad de las prestaciones y servicios por parte de las personas beneficiarias y de las personas cuidadoras

▪ Factor diferenciador: Edad

- ✓ Las personas beneficiarias tienen una opinión más favorable a medida que aumenta su edad
- ✓ Entre las personas cuidadoras es el grupo más joven el que mejor valora la LAPAD

▪ Factores peor valorados

- ✓ Falta de opinión de la persona beneficiaria en el proceso de valoración y en la elección de las prestaciones y servicios
- ✓ Procesos de gestión: reconocimiento y pago.

▪ Factores con poca o nula influencia

- ✓ El género
- ✓ La formación de las personas cuidadoras
- ✓ Convivencia con la persona en situación de dependencia
- ✓ Nivel de ingresos de la persona beneficiaria



4. NOTA METODOLÓGICA

Para la realización de una encuesta a la población beneficiaria se ha simple seleccionado una muestra representativa de 2.500 unidades mediante muestreo aleatorio. La extracción se realizó a finales de mayo de este año por lo que su distribución por CC. AA. era aproximadamente la que refleja la tabla adjunta.

Distribución de la muestra de beneficiarios por CC. AA. y desviación con respecto a la muestra recogida (%)

	Muestra		Desviación
	Teórica	Real	
Andalucía	27,12	36,84	9,72
Aragón	3,84	2,96	-0,88
Asturias	2,20	2,48	0,28
Balears (Illes)	1,48	1,72	0,24
Canarias	1,44	1,64	0,20
Cantabria	2,08	1,56	-0,52
Castilla y León	7,20	5,13	-2,07
Castilla-La Mancha	5,56	5,57	0,01
Catalunya	16,16	16,66	0,50
Comunitat Valenciana	5,52	3,56	-1,96
Extremadura	2,64	2,32	-0,32
Galicia	4,88	5,81	0,93
La Rioja	1,16	0,92	-0,24
Madrid	7,88	6,37	-1,51
Murcia	3,60	3,32	-0,28
Navarra	1,32	1,24	-0,08
País Vasco	5,68	1,52	-4,16
Ceuta y Melilla	0,24	0,36	0,12

El desarrollo de la recogida de información, las dificultades encontradas para localizar a las personas y las demás incidencias afrontadas llevaron a la necesidad de recurrir a listas adicionales de sustitutos hasta alcanzar una cifra 2,5 veces superior al tamaño inicial para lograr completar la encuesta.

Entre estas incidencias destaca el hecho de que el 10% de las personas que figuraban en la muestra –ya fuera como titulares o como suplentes- resultaban



haber fallecido en el momento del contacto, casi el 18% se negaron a responder y otras tantas resultaron fallidas por diversos motivos, entre los que hay que señalar la dificultad de que contesten a una encuesta personas de una edad muy elevada.

El resultado es que la muestra real difiere considerablemente de la teórica, de tal manera que el peso de las diferentes CC.AA. se ha visto alterado en cifras que oscilan de un mínimo de -0,08 puntos porcentuales en Navarra hasta un máximo de 9,72 puntos en Andalucía.

Con todo la situación más desfavorable es la del País Vasco, donde se han perdido 4,16 puntos porcentuales de muestra, lo que equivale a decir que sólo se ha conseguido un % de lo pretendido.

Distribución de la muestra de beneficiarios por grupos de edad y desviación con respecto a la muestra recogida (%)

	Muestra		Desviación
	Teórica	Real	
Sin especificar	0,37	0,44	0,07
0-2	0,23	0,20	-0,03
3-18	3,55	2,72	-0,83
19-30	3,29	3,44	0,16
31-45	6,06	6,09	0,03
46-54	3,95	4,12	0,18
55-64	4,96	5,01	0,05
65-79	21,53	24,67	3,14
80 y más	56,08	53,30	-2,77

De forma similar, la distribución de la muestra por grupos de edad de los beneficiarios de la LAPAD se ha visto modificada como resultado de la recogida de información. En este caso, las diferencias son moderadas, apreciándose valores de cierta importancia en los dos últimos grupos de edades 65 a 79 años y 80 y más, que, además, concentran al grueso de la población.



Si el último grupo pierde peso en la muestra real (-2,77 puntos), el anterior lo gana en forma equivalente (3,14 puntos), pero resulta más fácil explicar el primer factor –las defunciones mencionadas– que el último.

Distribución de la muestra de beneficiarios por tipos de prestación y desviación con respecto a la muestra recogida (%)

	Muestra		Desviación
	Teórica	Real	
Prevención	1,46	0,72	-0,74
Teleasistencia	10,96	15,35	4,39
Servicio Ayuda a domicilio	12,13	23,81	11,68
Centro de día/noche	5,91	6,82	0,91
Residencia	15,07	8,32	-6,75
PE vinculada a Servicio	6,57	1,88	-4,69
PE Cuidador familiar	47,82	37,82	-10,00
PE Asistente personal	0,09	5,28	5,19

En este caso las diferencias entre la muestra inicial y la real vuelven a ser notables: 11,68 puntos más en el Servicio de Ayuda a Domicilio, -10 en la prestación económica al Cuidador Familiar, -6,75 en la atención residencial, 5,19 más en la prestación económica al asistente personal, entre otros.

Creemos que estas diferencias se deben atribuir en gran parte a una mala comprensión de la pregunta y a las dificultades que tiene una parte de los encuestados para distinguir unos servicios de otros: aunque para la LAPAD sea clara la diferencia entre el asistente personal, el servicio de ayuda a domicilio y el cuidador familiar, tal vez no lo sea tanto para una parte de las personas que se benefician de ella.

En cambio imaginamos que la caída del peso de las residencias deriva de las especiales complicaciones que tiene la encuestación en ellas: personas normalmente más ancianas, con escasas alternativas si el beneficiario no está en condiciones de responder.

Sin embargo, los datos de la encuesta muestran que estas desviaciones no han producido sesgos significativos.

Opinión general de los beneficiarios por tratamiento de la encuesta y desviación con respecto a la muestra directa (%)

	Muestra		Desviación %
	Directa %	Calibrada %	
Opinión general			
No consta	6,61	6,73	-0,12
Muy efectivas	28,83	28,75	0,08
Bastante efectivas	35,88	35,28	0,60
Parcialmente efectivas	21,03	21,43	-0,40
Poco efectivas	6,49	6,65	-0,16
Nada efectivas	1,16	1,20	-0,04

En efecto, en el cuadro adjunto se muestran los resultados de la encuesta de acuerdo con dos tipos de explotaciones, ambos aceptables de acuerdo a la metodología estadística habitual. En primer lugar, la tabulación directa de la encuesta ofrece los resultados presentados en la primera columna. En la segunda, se muestran los datos que se obtendrían si se calibra la muestra al peso teórico de cada Comunidad Autónoma.

Las diferencias observadas son mínimas y nulamente significativas, si bien es cierto que ligeramente favorables a las opiniones positivas. En consecuencia, se opta por tabular la muestra sin calibrado –principalmente porque la calibración hace que las unidades aparezcan con decimales, lo que dificulta la comprensión para algunos lectores.



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE SANIDAD, POLÍTICA SOCIAL
E IGUALDAD

CONCLUSIONES Y LÍNEAS DE ACTUACIÓN.



CONCLUSIONES Y LÍNEAS DE ACTUACIÓN

Con anterioridad a la aprobación de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre de 2006, de Promoción de la Autonomía personal y Atención a las personas en situación de dependencia (LAPAD), en España ya se estaba realizando una importante labor en este campo. Si bien se trataba básicamente de una atención desde los servicios sociales, con recursos limitados y con un carácter básicamente asistencialista, ya que para acceder a muchas de las prestaciones se debía acreditar previamente el estado de necesidad y la insuficiencia de recursos. En el ámbito de los sistemas de cuidados europeos nos situábamos en el denominado modelo mediterráneo caracterizado por el carácter asistencial y por una importante presencia de las familias.

Con La ley 39/2006, de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia (LAPAD) nace un nuevo sistema de prestaciones públicas para la promoción de la autonomía y la atención a las situaciones de dependencia sustentado en un derecho subjetivo universal para toda la población, con garantía pública, estableciéndose la cooperación de todas las administraciones implicadas en el sistema.

De esta manera, el SAAD ha permitido la transición del tradicional modelo mediterráneo de cuidados de larga duración a un modelo propio, que puede incluirse en buena medida en el denominado modelo continental (modos de valoración y acceso), compartiendo incluso algunos de los rasgos fundamentales del modelo nórdico (p.e. centrado en los servicios, igualdad de género, financiación con impuestos generales), manteniendo finalmente un papel importante de las familias en el sistema. Hoy el sistema se encuentra plenamente integrado en los modelos europeos más avanzados de protección a la dependencia.

El SAAD configura un modelo complejo de atención a la dependencia que responde a la nueva generación de derechos sociales y a la estrategia europea de cuidados de larga duración, donde la cobertura del riesgo se comparte entre varios agentes institucionales y sociales, personas afectadas y cuidadores familiares; se garantiza una cobertura universal en base a prestaciones básicas topadas con un mínimo garantizado por el Estado para todo ciudadano o ciudadana en situación de dependencia; se planifica y gestiona de manera descentralizada; la provisión de servicios es mixta en un marco de creciente competencia entre los sectores mercantil y la economía social; canaliza las reivindicaciones y demandas sociales mediante un amplio sistema de participación de los agentes sociales y económicos y las ONG en sistemas consultivos.

En estos años podemos constatar que se ha incrementado de manera muy importante el número de personas que reciben prestaciones públicas para atender mejor su situación de dependencia, siendo en la actualidad más de 739.949 personas las que están recibiendo prestaciones públicas para este fin.

Este importante incremento en el número de personas atendidas ha generado un crecimiento significativo de la financiación necesaria para su atención, alcanzando la cifra de 6.767 millones de euros en 2010, representando ya el 0.64% del PIB, duplicando de esta manera el gasto público para la atención a la dependencia previo a la LAPAD (0.32%). Este incremento debe valorarse muy positivamente, máxime si se tiene en cuenta el difícil momento económico en el que nos encontramos, caracterizado por la austeridad presupuestaria.

Este esfuerzo presupuestario se ha realizado de manera conjunta por las diversas administraciones públicas implicadas, de tal manera que este fuerte incremento presupuestario (3.366 millones de gasto nuevo) se ha financiado tanto por la Administración General del Estado (1.828 millones) como por las CCAA (1.538 millones).

Todo ello configura el SAAD como uno de los motores del cambio hacia una nueva economía sostenible creadora de riqueza y de empleo, sirva como ejemplo el hecho de que la atención a las personas en situación de dependencia derivada de la LAPAD ha generado en España 123.0000 empleos directos y 63.000 indirectos, contribuyendo por tanto a la reducción de la tasa de paro en -0.16 puntos porcentuales en el año 2010. Esta significativa creación de empleo se obtiene con independencia de la fuente utilizada, así utilizando como fuente la Tesorería General de la Seguridad Social analizando los CNAE asociados a la atención a la dependencia se aprecia la creación de 110.841 empleos.

Además se han incorporado al Sistema de Seguridad hasta el final de 2010, 149.565 personas como cuidadoras en el ámbito familiar dentro del convenio especial que recoge esta figura.

Este importante incremento presupuestario, por tanto, no puede ser considerado en ningún caso como un mero gasto sino que se trata de auténtica inversión con importantes retornos sociales y económicos. El aumento del gasto público realizado en torno al SAAD ha supuesto un auténtico estímulo para la economía española, incrementándose las bases imponibles de todo tipo de impuestos (directos, indirectos y cotizaciones), facilitando de esta manera más recursos para las cuentas públicas, estimándose estos ingresos por impuestos directos, indirectos y cotizaciones sociales en 1.272 millones de euros durante los años 2009 (547 millones) y 2010 (553 millones), por lo que un 19.70% de los gastos que supone el SAAD se recuperarían por medio de retornos fiscales de diversa naturaleza.

En estos años de SAAD no sólo ha superado el viejo modelo asistencial que había en nuestro país, sino que además ha supuesto un salto cualitativo muy

importante en la armonización de la atención prestada a las personas con independencia del territorio de residencia de las personas beneficiarias.

No podemos obviar que de acuerdo con la Constitución (asistencia social – Art. 148. 1. 20. CE-) y los Estatutos de autonomía, las CCAA habían asumido como competencia exclusiva la atención a las personas en situación de dependencia, de tal manera que las competencias estatales a este respecto sólo podrían circunscribirse al establecimiento de “condiciones básicas”, siendo desde la vertiente de la igualdad de derechos y deberes de todos los españoles donde se permite al Estado regular las condiciones básicas que garanticen la igualdad de todos los españoles en el ejercicio de los derechos y en el cumplimiento de los deberes constitucionales (Art. 149.1.1). El nuevo sistema obliga, por tanto, a una cooperación de todas las administraciones implicadas, imponiendo nuevas formulas de colaboración con procedimientos de toma de decisiones complejas.

La regulación de estas condiciones básicas, ha permitido por tanto una importante armonización del ejercicio de una competencia propia de las Comunidades Autónomas, suponiendo en la práctica un importante avance respecto de la situación precedente. A este respecto podemos destacar:

- El establecimiento de un sistema de valoración de la dependencia con un baremo único para todo el Estado y la regulación de órganos y procedimientos de valoración en todas las CC.AA.
- El desarrollo de criterios, características e intensidades de la red de servicios de atención para todos los grados y niveles – residencias, centros de día y noche, servicio de ayuda a domicilio, teleasistencia, prevención y promoción de la autonomía –, a fin de proporcionar calidad en la atención.

- Garantizar prestaciones económicas para las personas cuidadoras así como su incorporación al sistema de la Seguridad Social mediante un convenio que les facilita el acceso a la pensión de jubilación e incapacidad permanente.
- El establecimiento de criterios comunes sobre la atención por el entorno familiar y la formación de las personas cuidadoras.
- El desarrollo de un sistema de financiación participado entre el Estado y las Comunidades Autónomas, que progresivamente ha buscado priorizar la financiación en función de las personas atendidas.

En este punto es importante destacar como a través de los Acuerdos del Consejo Territorial del SAAD, instrumento de cooperación entre las Administraciones Públicas creado por la LAPAD para la articulación del Sistema, ha sido posible avanzar para que el principio de igualdad quede garantizado, a la vez que se ha mantenido el pleno respecto al ejercicio de las competencias que tanto la Constitución como los distintos Estatutos de Autonomía reservan a las Comunidades Autónomas.

Finalmente, no podemos olvidar que el objetivo principal del SAAD no puede ser otro que la mejora de la calidad de vida de las personas en situación de dependencia y de sus familias. Por este motivo la evaluación realizada ha contado entre sus informes con una encuesta realizada a 2500 personas beneficiarias del sistema y a sus personas cuidadoras (datos SISAAD).

La valoración global de las personas beneficiarias se aproxima al notable, así en la encuesta realizada el 80.7% consideran positiva o muy positiva la protección a la dependencia, valorándose los servicios y prestaciones de la LAPAD con casi sobresaliente, siendo sólo un 2% los que manifiestan no sentirse nada satisfechos con la ley.

El grado de satisfacción con la ley aumenta en la medida en que aumenta la edad de la persona beneficiaria así como el grado y nivel reconocido, de tal manera que las personas que más necesitan de las prestaciones del sistema son las que mejor lo valoran.

Por otra parte, el SAAD ha sido capaz de atender a las personas en todos los entornos, rurales y urbanos, siendo precisamente en los entornos rurales también donde hay una mejor valoración de las prestaciones del SAAD.

La valoración positiva de la ley es aún mayor entre las personas cuidadoras, considerando el 82.8% de ellas como positiva o muy positiva la protección a la dependencia.

A pesar de estos avances, aprovechando la situación actual de Evaluación de la Ley, es necesario impulsar modificaciones que permitan avanzar aún más en las líneas ya iniciadas, así como reforzar aquellas cuestiones que consideramos positivas para la mejor atención de las personas a la vez que modificar aquellas otras que hayan podido tener efectos no deseados.

Con objeto de continuar con la tradición de acuerdo habitual en el SAAD, en el proceso de evaluación se ha consultado a todas las Comunidades Autónomas, a los agentes sociales miembros del comité consultivo, al consejo estatal de personas mayores, al consejo nacional de discapacidad, al consejo estatal de ongs de acción social y a otras entidades relacionadas con la protección a la dependencia. Por tanto, el objeto final es el de realizar la siguiente propuesta de líneas de actuación, en la que se han recogido las principales aportaciones realizadas por las comunidades autónomas y los diferentes consejos consultivos.

– PROCESO DE TRAMITACIÓN.

Hemos avanzado de manera importante en el número de personas atendidas en todos los grados y niveles en vigor, no obstante el SAAD debe llegar a todas las personas y dar respuesta a aquellas que están pendientes en un tiempo adecuado. Este tiempo adecuado fue establecido por el Consejo Territorial y con posterioridad por Real Decreto-Ley del Gobierno, en 6 meses desde la solicitud hasta la resolución efectiva del PIA. Con objeto de garantizar el efectivo cumplimiento del citado plazo se proponen las siguientes líneas de actuación:

- Mayor implicación Administración local, estableciendo su participación en los procesos de tramitación de los expedientes así como en la elaboración de los programas individuales de atención.
- Mayor transparencia informativa permitiendo que el SISAAD ofrezca información actualizada del estado del expediente a las personas que lo hayan iniciado.
- Establecimiento de mecanismos correctores en el marco de cooperación en el caso de que los procedimientos excedan del plazo máximo establecido.
- Adecuar la financiación al cumplimiento de la ley y de los Acuerdos, en especial el cumplimiento de los plazos de tramitación y el Acuerdo de datos básicos.

– GOBERNANZA

La implicación de diferentes Administraciones Públicas ha sido muy importante para el desarrollo de la Ley, así como la participación en su desarrollo y propuestas de los interlocutores sociales y organizaciones del Tercer Sector, si bien debemos seguir trabajando para clarificar el papel de las diferentes administraciones e impulsar aún más la cooperación con la interlocución social

haciéndoles partícipes en la toma de decisiones. Se proponen la adopción de las siguientes líneas de actuación:

- Reforzar el Consejo Territorial como mecanismo cooperativo entre las distintas Administraciones Públicas involucradas en el desarrollo del SAAD.
- Utilización del SISAAD por todas las administraciones como sistema de gestión e información único, configurándolo en una solución informática integral que incluya todas las fases del procedimiento: desde la solicitud hasta la red de plazas y servicios.
- Avanzar estrategias de coordinación sociosanitarias.

– PRESTACIONES

Hasta el momento se ha desarrollado un sistema de servicios y prestaciones económicas, si bien se ha comprobado cómo las prestaciones económicas de cuidados en el ámbito familiar han adquirido una importancia que altera el carácter excepcional que para las mismas establece la Ley. Ante esta situación queremos promover un sistema que impulse el fomento de la red de servicios y limite el alcance de las prestaciones económicas, de forma que se regule su carácter excepcional tal como ya se ha hecho para el Grado I, aportando además calidad a la atención y cuidado de las personas en situación de dependencia que disfrutan de esta prestación. Con objeto de conseguir la efectiva excepcionalidad de las prestaciones económicas se proponen la adopción de las siguientes líneas de actuación:

- En el ámbito de una mayor red de servicios y prestaciones, avanzar en una mayor capacidad de elección de la persona usuaria de un servicio, de manera que las prioridades de éstos sean tenidas en cuenta por la administración competente. Más flexibilidad.

- Garantizar un servicio profesionalizado al 100%, exigiendo certificados de profesionalidad.
- Servicios de ayuda a domicilio. Avanzar la configuración de este servicio como un servicio donde mayoritariamente se presten servicios de cuidados personales.
- Teleasistencia. Establecimiento en todo caso del carácter de servicio complementario para todos los grados y niveles.
- Prestación vinculada al servicio. Tendrá en todo caso carácter subsidiario frente a las plazas propias o concertadas por la administración competente.
- Prestación de cuidados familiares. Adoptar medidas que permitan la restricción de esta prestación, conjugando este carácter excepcional con los deseos manifestados por las personas beneficiarias, para tal fin se proponen trasladar el contenido de la regulación establecida para el grado I a los grados II y III.
- Desarrollar los servicios de promoción de la autonomía personal para todos los grados y niveles en la línea de la regulación establecida para el grado I, haciéndolo compatible en algunos casos con las diferentes prestaciones del SAAD

Estudiaremos el desarrollo de una cartera de servicios flexibles y adecuados a las necesidades de las personas en situación de dependencia, reforzando los servicios domiciliarios y de proximidad.

Si bien esta Ley ha permitido la creación de empleo en el sector de los servicios sociales así como el impulso de la actividad económica, es importante promover estrategias que avancen aún más en esa generación de empleo de calidad, así como que garanticen los procesos de formación y cualificación de los y las profesionales que están trabajando en el sector de la atención a la dependencia.

– FINANCIACIÓN

Respecto a la financiación y la sostenibilidad del sistema, hemos de tener en cuenta que el SAAD ha permitido no sólo crear empleo sino además ha tenido un efecto importante sobre la actividad económica, sobre los impuestos, y tiene importantes retornos. Su financiación debe ser estable y suficiente para garantizar servicios y prestaciones a las personas de tal manera que deberá incrementarse las aportaciones financieras de las administraciones.

Respecto a la participación de las personas beneficiarias en el sistema, existe un acuerdo del Consejo Territorial sobre el que se debe profundizar y trasladar a la normativa de las CC.AA a fin de hacer más homogénea esa participación.



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE SANIDAD, POLÍTICA SOCIAL
E IGUALDAD

ANEXOS



ANEXO I

ANEXO JURIDICO

Tabla 1. Legislación que trata de situaciones de dependencia con anterioridad a la LAPAD

Legislación	Ámbito	Norma
General	Seguridad Social	Texto refundido Ley General de la Seguridad Social (1994)
	Sanidad	Ley General de Sanidad (1986)
		Ley de Cohesión y Calidad del SNS (2003)
	Servicios Sociales	Leyes autonómicas de servicios sociales
Laboral	Ley de conciliación de la vida familiar y laboral (1999)	
Sectorial	Discapacidad	LISMI (1982)
		Ley andaluza de atención y protección a la discapacidad (1999)
		Ley Estatuto personas con discapacidad C. Valenciana (2003)
		Ley de igualdad de oportunidades, no discriminación y accesibilidad universal de las personas con discapacidad (2003)
	Vejez	Ley de atención y protección a las personas mayores de Andalucía (1999)
		Ley de atención y protección a las personas mayores de Castilla y León (1999)
	Dependencia	Ley de Cantabria de protección a las personas dependientes (2001)

Tabla 2. Principales referencias de los EA reformados a la dependencia

CCAA	Derechos ²⁶	Competencias
<p>C. Valenciana</p>	<p>[...] participación y protección de las personas mayores y de los dependientes (art. 10.3)</p> <p>La Generalitat, conforme a la Carta de Derechos Sociales, garantizará en todo caso a toda persona afectada de discapacidad, el derecho a las prestaciones públicas necesarias para asegurar su autonomía personal, su integración socioprofesional y su participación en la vida social de la comunidad.</p> <p>La Generalitat procurará a las personas afectadas de discapacidad su integración por medio de una política de igualdad de oportunidades, mediante medidas de acción positiva, y garantizará la accesibilidad espacial de las instalaciones, edificios y servicios públicos (art. 13.1.2)</p>	<p>La Generalitat tiene competencia exclusiva sobre las siguientes materias:</p> <p>Servicios Sociales</p> <p>[...] tercera edad, personas con discapacidad... (art. 29, 24^a y 27^a).</p>
<p>Catalunya</p>	<p>Las personas con necesidades especiales, para mantener la autonomía personal en las actividades de la vida diaria, tienen derecho a recibir la atención adecuada a su situación, de acuerdo con las condiciones que legalmente se establecen (art. 24.2)</p> <p>El Parlamento debe aprobar por ley la Carta de los derechos y deberes de los ciudadanos de Cataluña (art. 37.2)</p>	<p>Corresponde a la Generalitat la competencia exclusiva en materia de servicios sociales, que en todo caso incluye:</p> <p>a) La regulación y la ordenación de la actividad de servicios sociales, las prestaciones técnicas y las prestaciones económicas con finalidad asistencial o complementarias de otros sistemas de previsión pública.</p>

²⁶ No se incluyen los principios ya que, a pesar de que orientan las políticas, no son directamente aplicables y precisan de una ley que los desarrolle.



		<p>b) La regulación y la ordenación de las entidades, los servicios y los establecimientos públicos y privados</p> <p>c) La regulación y la aprobación de los planes y los programas específicos dirigidos a personas y colectivos en situación de pobreza o de necesidad social.</p> <p>d) La intervención y el control de los sistemas de protección social complementaria privados (art. 166.1)</p> <p><i>Competencias locales:</i></p> <p>La regulación y la prestación de los servicios [...], de los servicios sociales públicos de asistencia primaria (art. 84, 2, m)</p>
<p>Illes</p> <p>Balears</p>	<p>[...] la actuación de las Administraciones públicas deberá centrarse primordialmente en los siguientes ámbitos: [...] la no discriminación y los derechos de las personas dependientes y de sus familias a la igualdad de oportunidades, su participación y protección, a la integración y a la accesibilidad universal y atención integral de las personas mayores para la promoción de su autonomía personal y del envejecimiento activo que les permita una vida digna e independiente y su bienestar social e individual... (art. 16.3)</p> <p><i>Derechos en relación con las personas dependientes.</i></p> <p>Las Administraciones públicas según la Carta de Derechos Sociales, garantizarán a</p>	<p>La Comunidad Autónoma tiene la competencia exclusiva en las siguientes materias:</p> <p>... Acción y bienestar social. Desarrollo comunitario e integración. Políticas de protección y apoyo a las personas con discapacidades físicas, psíquicas y sensoriales. Políticas de atención a personas dependientes (art. 70, 4)</p> <p><i>Competencias propias</i> de los Consejos Insulares: [...]</p> <p>Servicios sociales y asistencia social [...]. Política</p>



	<p>toda persona dependiente, el derecho a las prestaciones públicas necesarias para asegurar su autonomía personal, su integración socio-profesional y su participación en la vida social de la comunidad.</p> <p>Las Administraciones públicas procurarán a las personas dependientes su integración mediante una política de igualdad de oportunidades, desarrollando medidas de acción positiva, y garantizarán la accesibilidad espacial de las instalaciones, los edificios y los servicios públicos (art. 19, 1 y 2)</p> <p><i>Derecho de acceso a una vivienda digna.</i></p> <p>Las Administraciones públicas garantizarán el derecho de acceso a una vivienda digna de los ciudadanos. Por ley se regularán las ayudas para promover este derecho, especialmente a favor de [...] las personas dependientes [...] (art. 22)</p>	<p>de protección y atención a personas dependientes (art. 70...4)</p>
<p>Andalucía</p>	<p>Para todo ello, la Comunidad Autónoma, en defensa del interés general, ejercerá sus poderes con los siguientes objetivos básicos: [...]</p> <ul style="list-style-type: none">- La especial atención a las personas en situación de dependencia.- La integración social, económica y laboral de las personas con discapacidad (arts. 9.3.15 y 16) <p><i>Mayores.</i> Las personas mayores tienen derecho a recibir de los poderes públicos una protección y una atención integral para la promoción de su autonomía personal y del envejecimiento activo, que les permita una vida digna e independiente y su bienestar social e individual, así como a acceder a una atención gerontológica adecuada, en el ámbito sanitario, social y</p>	<p>Corresponde a la Comunidad Autónoma la competencia exclusiva en materia de servicios sociales, que en todo caso incluye:</p> <ul style="list-style-type: none">a) La regulación, ordenación y gestión de servicios sociales, las prestaciones técnicas y las prestaciones económicas con finalidad asistencial o complementaria de otros sistemas de protección pública.b) La regulación y la aprobación de planes y programas específicos dirigidos a personas y colectivos en situación de



	<p>asistencial, y a percibir prestaciones en los términos que establezcan las leyes (art. 19)</p> <p>Personas con discapacidad o dependencia. Tienen derecho a acceder, en los términos que establezca la ley, a las ayudas, prestaciones y servicios de calidad con garantía pública necesarios para su desarrollo personal y social (art. 24)</p>	<p>necesidad social.</p> <p>c) Instituciones públicas de protección y tutela de personas necesitadas de protección especial, incluida la creación de centros de ayuda, reinserción y rehabilitación (art. 61.1)</p> <p>La Comunidad Autónoma podrá organizar y administrar todos los servicios relacionados con educación, sanidad y servicios sociales y ejercerá la tutela de las instituciones y entidades en estas materias, sin perjuicio de la alta inspección del Estado (art. 84.1)</p> <p>Los Ayuntamientos tienen competencias propias sobre las siguientes materias:</p> <p>[...] c) Gestión de los servicios sociales comunitarios (art. 92.2, c)</p>
Aragón	<p><i>Derechos de las personas.</i></p> <p>Todas las personas tienen derecho a vivir con dignidad, seguridad y autonomía, libres de explotación, de malos tratos y de todo tipo de discriminación, y tienen derecho al libre desarrollo de su personalidad y capacidad personal.</p> <p>Todas las personas tienen derecho a las prestaciones sociales destinadas a su bienestar, y a los servicios de apoyo a las responsabilidades familiares para conciliar la vida laboral y familiar, en las condiciones</p>	<p>Corresponde a la Comunidad Autónoma la competencia exclusiva en las siguientes materias:</p> <p>[...] Acción social, que comprende la ordenación, organización y desarrollo de un sistema público de servicios sociales que atienda a la protección de las distintas modalidades de familia, la infancia, las personas mayores, las</p>



	establecidas por las leyes (art. 12, 1 y 2)	personas con discapacidad y otros colectivos necesitados de protección especial (art. 71, 34ª)
Castilla y León	Derechos de las personas en situación de dependencia y de sus familias. Tienen derecho a las prestaciones públicas necesarias para asegurar su autonomía personal , su integración socioprofesional y su participación en la vida social de la Comunidad. Las familias con personas dependientes a su cargo tienen derecho a las ayudas de las Administraciones Públicas de la Comunidad en los términos que determine la ley (art. 13.7)	La Comunidad de Castilla y León tiene competencia exclusiva en las siguientes materias: [...] Asistencia social, servicios sociales [...] Prevención, atención e inserción social de los colectivos afectados por la discapacidad, la dependencia o la exclusión social. (art. 70.10)
Extremadura (2011)	Los derechos fundamentales de los extremeños son los establecidos en la Constitución. Además, podrán ejercer frente a los poderes públicos regionales aquellos otros derechos contenidos en este Estatuto o en la legislación [...] (art. 6) Como principio se refiere a la protección pública en caso de dependencia (art. 7, 11)	La Comunidad Autónoma de Extremadura tiene competencia exclusiva sobre las siguientes materias: [...] Acción social . En particular, la promoción y protección de los mayores y la prevención, atención e inserción social de los colectivos afectados por cualquier tipo de discapacidad, dependencia o cualesquiera otras circunstancias determinantes de exclusión social. Prestaciones económicas de asistencia social diferentes de las de seguridad social (art. 9, 27)

Tabla 3. Referencias explícitas a la autonomía y la dependencia en las Leyes de servicios sociales posteriores a la LAPAD

NAVARRA. Ley Foral 15/2006, de 14 de diciembre de Servicios sociales de Navarra

Objetivos/principios	Derechos/deberes	Prestaciones	Organización
<p>Las actuaciones de los poderes públicos en materia de servicios sociales tendrán como <i>objetivos esenciales</i>:</p> <p>[...]</p> <p>Atender las necesidades derivadas de la dependencia (art. 2, f)</p>	<p><i>La cartera</i>²⁷ <i>incluirá</i> las prestaciones garantizadas [...] que serán exigibles como derecho subjetivo... (art. 19, 2 y 3)</p> <p>En todo caso, las sucesivas carteras de servicios sociales de ámbito general, deberán incluir prestaciones mínimas que deberán tener carácter de prestaciones garantizadas (art. 20)</p>	<p><i>Contenido mínimo de la cartera</i> de servicios sociales:</p> <p>De ámbito general: [...]</p> <ul style="list-style-type: none"> - La atención domiciliaria municipal - Las prestaciones que se establezcan con carácter mínimo por la legislación estatal en materia de dependencia - El acceso a una plaza residencial permanente o temporal a las personas que no puedan continuar en su domicilio por su situación de dependencia... <p>De ámbito local. Las entidades locales podrán aprobar su propia cartera.</p>	<p><i>Las actuaciones de los Servicios Sociales de base se articularán</i> [...]</p> <ul style="list-style-type: none"> - El Programa de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en situación de Dependencia, <p>que tendrá como objetivo posibilitar a las personas en situación de dependencia la permanencia en su medio habitual el máximo tiempo posible (art. 31, b)</p> <p>A efectos de lo dispuesto en la legislación estatal sobre dependencia, los servicios sociales homologados se entenderán como acreditados, debiendo cumplir en todo caso los requisitos mínimos que para la acreditación establezca dicha legislación. (Disp. Adicional Cuarta)</p>

²⁷ Desarrollada por el Decreto Foral 69/2008 de Navarra, 17 de junio por el que se aprueba la Cartera de Servicios Sociales de Ámbito General.

CANTABRIA. Ley de Cantabria 2/2007, de 27 de marzo, de derechos y Servicios Sociales

Objetivos/principios	Derechos/deberes	Prestaciones	Organización
<p><i>El Sistema Público de Servicios Sociales tiene como objeto</i> desarrollar el derecho a la Protección social de las personas mediante la atención de las necesidades básicas de carácter social, siendo sus finalidades:</p> <p>[...] Proporcionar el apoyo social que permita superar:</p> <p>[...] Las situaciones de dependencia para las actividades básicas de la vida diaria (art. 9, d, 4º)</p> <p>Los principios operativos</p>	<p><i>Las Adm. Públicas de Cantabria garantizarán a la ciudadanía el</i> derecho subjetivo universal, en los términos recogidos en la presente Ley, a la Protección social mediante actuaciones de promoción, prevención, intervención, incorporación y reinserción social, y de manera singular a:</p> <p>[...] La protección en las situaciones de dependencia en los términos que establece la</p>	<p><i>Las prestaciones del Sistema Público de Servicios Sociales podrán ser</i> prestaciones de servicio o prestaciones económicas:</p> <p>Las prestaciones económicas son las aportaciones dinerarias destinadas a la adquisición de servicios individuales que no puedan ser prestados por el Sistema Público de Servicios Sociales, a atender situaciones de necesidad cuando las personas no disponen de recursos suficientes, y a mantener o mejorar la autonomía personal mediante la eliminación de barreras arquitectónicas y de la comunicación, la realización de adaptaciones en el domicilio habitual y la adquisición de ayudas técnicas (art. 25. 2, b)</p> <p>La Cartera de Servicios Sociales ²⁸ deberá incluir, al menos, las siguientes prestaciones:</p>	<p><i>Las actuaciones de los Servicios Sociales de Atención Primaria se articularán a través de los programas siguientes, que serán elaborados y aprobados por el órgano competente de la Administración titular de acuerdo con los criterios básicos establecidos en el Plan Estratégico de Servicios Sociales:</i></p> <p>[...] El programa de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia, que tendrá como objetivo posibilitar su permanencia en el domicilio habitual el máximo tiempo posible (art. 15, b)</p> <p><i>Corresponde a los Servicios Sociales de Atención Especializada</i> el ejercicio de las siguientes funciones:</p> <p>Prevenir y atender las situaciones de dependencia y promover la autonomía</p>

²⁸ Desarrollada por:

<p>de la actuación del Sistema Público de Servicios Sociales son:</p> <p>La promoción de la autonomía, dirigida a que las personas tengan las condiciones suficientes para desarrollar sus proyectos vitales, prestando los apoyos necesarios para aumentar su autonomía y facilitar la toma de decisiones sobre su propia existencia, la autosuficiencia económica y la participación activa en la vida comunitaria.</p> <p>(art. 10.2, a)</p>	<p>legislación estatal y en los que, en este ámbito, determine el Gobierno de Cantabria (art. 4.1, b)</p> <p>Las personas destinatarias de cualquier servicio social tienen los siguientes derechos:</p> <p>[...] Derecho al reconocimiento de la situación de dependencia y a disponer de un programa individual de atención en los términos que establezca la legislación estatal o autonómica en materia de promoción de la autonomía personal y</p>	<p>[...] El servicio de teleasistencia tiene la consideración de prestación garantizada y gratuita a todas las personas que tengan reconocida la situación de dependencia (art. 27, 4º)</p> <p>Servicio de ayuda a domicilio será una prestación garantizada a las personas que tengan reconocida la situación de dependencia [...] requerirá la contribución de la persona usuaria en la financiación del mismo en los términos que se determinen (art. 27, 5º)</p> <p>Servicio de comida a domicilio [...] será una prestación garantizada a las personas que tengan reconocida la situación de dependencia en los términos establecidos en la legislación estatal y requerirá la contribución de la persona usuaria en la financiación del mismo (art. 25, 6º)</p> <p>Servicio de centro de día y centro de noche [...] será una prestación garantizada a las personas que tengan reconocida la situación de</p>	<p>personal (art. 17, b)</p> <p>[...] Proporcionar apoyos para prevenir y corregir las situaciones de grave riesgo de exclusión, dependencia o desprotección social (art. 17, a y e)</p> <p>Los centros y servicios sociales que presten atención a personas en situación de dependencia reconocida legalmente precisarán la acreditación a que se refiere este artículo, independientemente de su titularidad pública o privada (art. 79. 3)</p>
---	---	--	---

- Orden EMP/48/2009, de 24 de abril, de Cantabria, por la que se desarrolla el catálogo de servicios del Sistema para la Autonomía Personal y la Atención a la Dependencia y se regula la aportación económica de las personas usuarias en la Comunidad Autónoma de Cantabria. Modificada por la Orden EMP/79/2009 de 19 de octubre, de Cantabria, de modificación de la Orden EMP/48/2009, de 24 de abril, por la que se desarrolla el catálogo de servicios del Sistema para la Autonomía Personal y la Atención a la Dependencia y se regula la aportación económica de las personas usuarias en la Comunidad Autónoma de Cantabria.
- Orden EMP/81/2010, de 14 de diciembre, de Cantabria, por la que se regulan los efectos económicos para las personas en situación de dependencia moderada asistidas por el sistema de Atención a la Dependencia en la Comunidad Autónoma de Cantabria y se fija la revisión de la aportación de las personas beneficiarias para 2011



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE SANIDAD, POLÍTICA SOCIAL
E IGUALDAD

	<p>atención a las personas en situación de dependencia (art. 5.1,e)</p>	<p>dependencia y requerirá contribución en la financiación por parte de la persona usuaria (art. 25, 7º)</p> <p>Servicio de atención residencial [...] será garantizado para las personas que tengan reconocida la situación de dependencia y requerirá la contribución de la persona usuaria a su financiación (art. 25, 8º)</p> <p>Servicio de Transporte Adaptado [...] será garantizado y gratuito para las personas que tengan reconocida la situación de dependencia en grado de gran</p> <p>dependencia y garantizado con contribución de la persona usuaria en su financiación en los demás supuestos (art. 25, 12º)</p> <p>Servicio de Atención temprana [...] será garantizado, gratuito y prestado por el Servicio Cántabro de Salud (art. 25, 13º)</p> <p>Servicio de Atención domiciliaria a las personas en situación de dependencia por Fisioterapeutas y Trabajadores Sociales de los Equipos de Atención Primaria de Salud. Es un Servicio prestado con la finalidad de valorar la situación de dependencia y</p>	
--	--	--	--



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE SANIDAD, POLÍTICA SOCIAL
E IGUALDAD

		<p>de ofrecer asesoramiento y atención en domicilio tanto a la persona en situación de dependencia como a la persona cuidadora principal. El servicio será garantizado, gratuito y prestado por el Servicio</p> <p>Cántabro de Salud (art. 25, 14º)</p> <p>Servicio de promoción de la autonomía y supresión de las barreras de la comunicación en su relación con la Administración autonómica, en materia de Servicios Sociales: Servicio de intérprete de lengua de signos española para personas con grave discapacidad auditiva. [...] será garantizado y gratuito.</p> <p>(art. 15, a)</p> <p>Prestaciones económicas de la LAPAD:</p> <ul style="list-style-type: none">- vinculada al servicio- cuidado no profesional- asistencia personalizada	
--	--	---	--

CATALUÑA. Ley 12/2007, de 11 de octubre, de Servicios Sociales de Cataluña.

Objetivos/principios	Derechos/deberes	Prestaciones	Organización
<p><i>Los servicios sociales tienen como finalidad asegurar el derecho de las personas a vivir dignamente durante todas las etapas de su vida mediante la cobertura de sus necesidades personales básicas y de las necesidades sociales [...] que son las que repercuten en la autonomía personal y el apoyo a la dependencia, [...]</i></p> <p>Los servicios sociales se dirigen especialmente a la prevención de situaciones de riesgo, a la</p>	<p><i>Las prestaciones garantizadas son exigibles como derecho subjetivo de acuerdo con lo establecido por la Cartera de servicios sociales (art. 24.4)²⁹</i></p>	<p><i>Medidas para la promoción de la autonomía personal.</i></p> <p>El Gobierno debe establecer por reglamento el baremo y el sistema de valoración de las situaciones de dependencia en función de su naturaleza, grado, intensidad, carácter temporal o permanente y estabilidad o inestabilidad.</p> <p>Las personas con dependencia o sus representantes legales tienen derecho a participar en la valoración de sus necesidades de atención social. La Administración debe garantizar que tengan derecho a escoger entre los apoyos sociales que les ofrezcan el que haga más viable su proyecto de vida, dentro de su programa individual de atención.</p> <p>La Generalidad debe determinar, mediante el correspondiente plan sectorial, los indicadores de cobertura y valoración de las situaciones de</p>	<p><i>Corresponden a los servicios sociales básicos las siguientes funciones:</i></p> <p>[...] Proponer y establecer el programa individual de atención a la dependencia y de promoción de la autonomía personal, excepto en aquellas situaciones en que la persona este ingresada de modo permanente en un centro de la red pública. En estos últimos casos, los servicios de trabajo social del centro de la red pública deben elaborar dicho programa.</p> <p>Revisar el programa individual de atención a la dependencia y de promoción de la autonomía personal cuando corresponda (art. 17, d y e)</p> <p><i>Infracciones y sanciones.</i> Sin perjuicio de lo establecido [...] las que tipifica la LAPAD pueden desarrollarse para su aplicación en Cataluña (art. 90. 3)</p> <p><i>Sistema Catalán de Autonomía y Atención a la</i></p>

²⁹ Desarrollada por Decreto 142/2010, de 11 de octubre, de Cataluña, por el que se aprueba la Cartera de Servicios Sociales 2010-2011



<p>compensación de déficits de apoyo social y económico y de situaciones de vulnerabilidad y dependencia y a la promoción de actitudes y capacidades de las personas como principales protagonistas de su vida.</p> <p>(art. 3)</p>		<p>dependencia.</p> <p>Las prestaciones destinadas a la promoción de la autonomía personal de personas con dependencia a cargo de fondos estatales deben estar integradas en la Cartera de servicios sociales de acuerdo con lo establecido por el artículo 24.</p> <p><i>La Cartera de servicios sociales que el Gobierno apruebe inicialmente debe priorizar los servicios que permitan las personas con dependencia disfrutar de la mayor autonomía personal posible, incluyendo las prestaciones tecnológicas, el asistente personal y la atención domiciliaria, así como los programas de desarrollo comunitario. La figura del asistente o la asistente personal debe ser regulada por reglamento.</i></p> <p>La Generalidad debe promover la formación en derechos de las personas con diversidad funcional para facilitarles la adopción de un modelo de vida independiente (Disp. Adicional primera)</p> <p><i>Nivel de objetivos de las prestaciones garantizadas en la Cartera de servicios sociales</i></p>	<p>Dependencia.</p> <p>En el marco del sistema público de servicios sociales, se configura una red de atención a la dependencia y la vida autónoma que comprende el conjunto de recursos, equipamientos, proyectos, programas, actividades y prestaciones de servicios, económicas y tecnológicas en este ámbito de atención y protección, como Sistema Catalán de Autonomía y Atención a la Dependencia, a los efectos del desarrollo y aplicación en Cataluña del Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia, creado en la LAPAD</p> <p><i>La red pública para la autonomía y la atención a la dependencia se vincula a la Red de Servicios Sociales de Atención Pública (Disp. adicional quinta)</i></p> <p><i>Agencia de gestión de las políticas públicas del Sistema Catalán de Autonomía y Atención a la Dependencia.</i></p> <p>Una agencia debe gestionar las políticas públicas del Sistema, que debe constituirse como entidad de derecho público sometida al derecho privado</p>
--	--	---	---



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE SANIDAD, POLÍTICA SOCIAL
E IGUALDAD

		<p><i>2008-2009</i> debe</p> <p>incluir al menos los siguientes requisitos:</p> <p>[...] La asistencia tecnológica, el servicio de asistente personal y las ayudas instrumentales destinadas a mantener o mejorar la autonomía personal que tengan carácter de derecho subjetivo deben llegar, de acuerdo con los programas individuales de atención, a las personas en situación de dependencia de grado III.</p>	<p>(Disp. Adicional sexta)</p>
--	--	---	--------------------------------

GALICIA. Ley 13/2008, de 3 de diciembre, de Servicios Sociales de Galicia

Objetivos/principios	Derechos/deberes	Prestaciones	Organización
<p><i>Son objetivos del sistema gallego de servicios sociales los siguientes: [...] Garantizar la vida independiente y la autonomía personal de las personas en situación de dependencia integrando, a estos efectos, el catálogo de prestaciones del sistema para la autonomía y atención a la dependencia</i></p> <p>Prevenir la aparición de cualquier situación de dependencia [...] (art. 3, b y d)</p> <p><i>El sistema gallego de servicios sociales se regirá por los principios de: [...] Autonomía</i></p>	<p><i>Las intervenciones, programas, servicios y prestaciones podrán ser:</i></p> <p>Esenciales: que se configuran como derecho exigible y estarán garantizadas para aquellas personas que cumplan las condiciones establecidas de acuerdo con la valoración técnica de su situación (art. 18.2)</p> <p>El reconocimiento efectivo del derecho a una intervención, programa, servicio o prestación de carácter esencial corresponderá a la administración titular y prestadora de los mismos. En caso de las prestaciones incluidas en el Catálogo del sistema</p>	<p><i>Tienen la consideración de intervenciones o servicios de carácter técnico-profesional los actos profesionales realizados para: [...] favorezca la adquisición o recuperación de funciones y habilidades personales y sociales de cara a la mejora de la autonomía (art. 19.1, c)</i></p> <p><i>Tendrán la consideración de servicios y actuaciones de naturaleza material o tecnológica los siguientes. [...]Las ayudas técnicas e instrumentales, que permitan mantener la autonomía de la persona para desenvolverse en su medio (art. 20, h)</i></p> <p><i>También tendrán carácter esencial los servicios y actuaciones cuando se trate de personas con déficit de autonomía personal incluidas en el sistema de atención a la dependencia (art. 20.2)</i></p> <p><i>Prestaciones económicas</i></p> <p>Son prestaciones económicas del sistema gallego de servicios sociales las aportaciones</p>	<p><i>Son funciones de los servicios sociales comunitarios básicos las siguientes: [...] La gestión del servicio de ayuda en el hogar, así como la participación en la gestión de las prestaciones destinadas a garantizar la autonomía personal y la atención a la dependencia, en los términos establecidos en la normativa que resulte de aplicación (art. 11, f)</i></p> <p><i>Los servicios sociales comunitarios específicos tendrán como función el desarrollo de: [...] La atención directa a colectivos con déficits de autonomía o en riesgo de exclusión que se desarrolle a través de programas en medio abierto, en centros de carácter no residencial o de carácter residencial temporal (art. 13, b)</i></p> <p><i>Infracciones y sanciones</i></p> <p>Sin perjuicio del régimen de infracciones y sanciones previsto en el presente título, resultará de aplicación la regulación contenida en el título III de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia, con las especialidades previstas en la presente ley (art. 76.1)</p>

<p>personal y vida independiente: es obligación de los poderes públicos facilitar los medios necesarios para que las personas dispongan de las condiciones más convenientes y los apoyos necesarios para desarrollar sus proyectos vitales, dentro de la unidad de convivencia que deseen, según la naturaleza de los servicios, su idoneidad y las condiciones de utilización de los mismos y siempre con respeto a la libre decisión de las personas (art. 4, h)</p> <p>El respeto de la dignidad de la persona, de su autonomía [...] orientará la actuación pública y la actividad de las personas profesionales y entidades gestoras de servicios sociales (art. 6. 1)</p>	<p>para la autonomía y atención a la dependencia, su reconocimiento se efectuará por la Administración autonómica (art. 18.3)</p>	<p>en dinero, de carácter periódico o de pago único, que tienen como finalidad: [...] garantizar el cuidado de personas con limitaciones en su autonomía personal en el marco de la LAPAD.</p> <p>Tienen la consideración de prestaciones económicas las siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) La libranza vinculada a la adquisición de servicios de atención a personas en situación de dependencia. b) La libranza para cuidados en el entorno familiar de personas en situación de dependencia. c) Las prestaciones para cuidados en el entorno familiar de menores de tres años con grave discapacidad. d) La libranza para la asistencia personal de las personas afectadas por una situación de gran dependencia <p>Estas prestaciones tendrán la consideración de esenciales y serán exigibles en los términos de su norma reguladora. (art. 20)</p>	<p>y 89)</p> <p><i>Sentido del silencio administrativo en el procedimiento para el reconocimiento de la situación de dependencia y del derecho a las prestaciones del sistema para la autonomía y atención a la dependencia en la CA de Galicia.</i></p> <p>En los procedimientos de reconocimiento de la situación de dependencia y del derecho a las prestaciones del sistema para la autonomía y atención a la dependencia en la Comunidad Autónoma de Galicia, una vez transcurridos seis meses desde la entrada de la solicitud en el registro del órgano competente para su tramitación sin que recaiga resolución expresa, dicha solicitud se entenderá desestimada (Disp. Adicional sexta)</p>
--	---	--	--

PAÍS VASCO. Ley 12/2008, de 5 de diciembre, de Servicios Sociales.

Objetivos/principios	Derechos/deberes	Prestaciones	Organización
<p><i>El Sistema Vasco de Servicios Sociales</i> constituye una red pública articulada de atención, de responsabilidad pública, cuya finalidad es favorecer la integración social, la autonomía y el bienestar social de todas las personas, familias y grupos [...] (art. 5.1)</p> <p><i>Objetivos esenciales:</i> Promover la autonomía personal y prevenir y atender las necesidades personales y familiares derivadas de la dependencia (art. 6.1.a)</p>	<p><i>Para el acceso de estas personas a las prestaciones</i> y servicios enmarcados en el SAAD se estará a lo previsto en el art. 5.1 LAPAD (art. 3.2)</p> <p><i>Derechos de las personas usuarias de los servicios sociales:</i> Derecho a la autonomía, entendiéndose por tal la posibilidad de actuar y pensar de forma independiente en relación con la vida privada, incluida la disposición a asumir en la misma ciertos niveles de riesgo calculado, siempre que dispongan de capacidad jurídica y de obrar para ello, en los términos previstos en la normativa</p>	<p><i>Las prestaciones técnicas, económicas y tecnológicas se orientarán</i> siempre al logro de alguno de los objetivos:</p> <p>Las prestaciones técnicas deberán presentar una dimensión relacional, de acompañamiento...</p> <p>Las prestaciones económicas se orientarán a facilitar [...] la autonomía de sus perceptores, sirviéndoles de apoyo [...] de las necesidades derivadas de su situación de dependencia ...</p> <p>Las prestaciones tecnológicas se orientarán a favorecer la autonomía [...] de las personas usuarias y de las personas cuidadoras, [...] y, en la medida en que resulte posible, posibilitando que las personas con déficit de autonomía continúen viviendo en su lugar habitual de residencia (art. 14, 4; 16.2, a; 17.2, a y b).</p> <p><i>Catalogo de prestaciones</i></p> <p>Servicios sociales de atención primaria (art. 22.1)</p>	<p><i>Servicios sociales de atención primaria</i> posibilitarán el acceso de las usuarias y usuarios al conjunto del Sistema de Servicios Sociales y atenderán las necesidades relacionadas con la autonomía [...] con particular incidencia en la prevención de las situaciones de riesgo. La provisión y prestación de estos servicios se garantizará desde los servicios sociales municipales, con la salvedad del servicio de teleasistencia, que recaerá en el Gobierno Vasco (art. 27.2)</p> <p><i>Servicios sociales de atención secundaria</i> atenderán las necesidades derivadas de las situaciones de [...] dependencia... La provisión y prestación de estos servicios se garantizará desde los servicios sociales forales y, en su caso, desde los servicios sociales de ámbito autonómico, de acuerdo con la distribución competencial</p> <p><i>Cooperación y coordinación en el ámbito sociosanitario.</i></p>



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE SANIDAD, POLÍTICA SOCIAL
E IGUALDAD

	<p>vigente (art. 9.1.c)</p> <p><i>Deberes de los profesionales:</i> Promover [...] la autonomía [...] (art. 12.a)</p>	<p>Servicios sociales de atención secundaria (art. 22.2):</p> <p>Servicio de valoración y diagnóstico de la dependencia, la discapacidad, la exclusión y la desprotección.</p> <p>Servicios o centros día para atender necesidades derivadas de limitaciones en la autonomía.</p> <p>Centros de acogida nocturna: centro de noche para atender necesidades derivadas de limitaciones en la autonomía.</p> <p>Servicios de soporte de la autonomía.</p> <p>Servicio de apoyo a la vida independiente.</p> <p>Servicio de ayudas técnicas y adaptación del medio físico.</p> <p>Servicio de tutela para personas adultas incapacitadas</p> <p>Servicio de transporte adaptado.</p> <p>Prestaciones económicas (art. 22.3):</p> <p>Prestaciones para facilitar la integración social y/o la autonomía así como para cubrir o paliar situaciones de emergencia social.</p>	<p>se considerará que constituyen colectivos particularmente susceptibles de ser atendidos en el marco de la atención sociosanitaria los siguientes: las personas mayores en situación de dependencia; las personas con discapacidad; las personas con problemas de salud mental, [...] las personas convalecientes de enfermedades que, aun habiendo sido dadas de alta hospitalaria, todavía no disponen de autonomía suficiente para el autocuidado [...]</p>
--	--	---	--

ILLES BALEARS. Ley 4/2009, de 11 de junio, de Servicios Sociales de les Illes Balears

Objetivos/principios	Derechos/deberes	Prestaciones	Organización
<p><i>Objeto</i></p> <p>configurar un sistema de servicios sociales que dé respuesta a las necesidades de las personas, potenciando su autonomía...(art. 1.2)</p> <p>Los servicios sociales se dirigen especialmente a prevenir las situaciones de riesgo, a compensar los déficits de apoyo social y económico de situaciones de [...] dependencia... (art. 2.5)</p> <p><i>Objetivos de las políticas de servicios sociales</i></p> <p>Promover la autonomía personal, familiar y de los grupos.</p> <p>Detectar, prevenir y</p>	<p><i>Las prestaciones garantizadas son exigibles como derecho subjetivo</i> de acuerdo con lo establecido en la cartera de servicios sociales³⁰... (art. 24.4)</p> <p><i>Las prestaciones que garantiza la legislación estatal sobre dependencia</i> que se incluyan en los programas se financiarán íntegramente con cargo a su financiación específica (art. 70.3)</p>	<p><i>Prestaciones técnicas</i></p> <p>son los servicios y las intervenciones llevados a cabo por los equipos profesionales dirigidos a la prevención, el diagnóstico, la valoración, la protección, la promoción de la autonomía, [...] (art. 21.1)</p> <p><i>Prestaciones tecnológicas</i></p> <p>Las ayudas instrumentales destinadas a mantener o mejorar la autonomía personal, ... (art. 23, a)</p>	<p><i>Los servicios sociales comunitarios</i> tienen un carácter polivalente y preventivo para fomentar la autonomía de las personas para que vivan dignamente,... (art. 12,2)</p> <p><i>Funciones de los servicios comunitarios básicos</i></p> <p>Proponer y establecer el programa individual de atención a la dependencia y de promoción de la autonomía personal, excepto en aquellas situaciones en que la persona esté ingresada de manera permanente en un centro de la red pública...</p> <p>Revisar el programa individual de atención a la dependencia y de promoción de la autonomía personal,... (art. 14, g y h)</p> <p><i>Funciones de los servicios comunitarios específicos</i></p> <p>La atención directa a colectivos con déficits de autonomía [...] que se encuentran en medio</p>

³⁰ Desarrollada por Decreto 56/2011, de 20 de mayo, por el que se aprueba la Cartera Básica de Servicios Sociales de las Islas Baleares 2011-2014

<p>atender las necesidades derivadas de la dependencia con el objetivo de promover la autonomía de las personas (art. 3, b y f)</p> <p><i>Principios rectores de los servicios sociales</i></p> <p>Fomento de la autonomía personal. Los servicios sociales facilitarán que las personas dispongan de las condiciones adecuadas para desarrollar los proyectos vitales, dentro de la unidad de convivencia que deseen, de acuerdo con la naturaleza de los servicios y sus condiciones de utilización (art. 4, q)</p>				<p>abierto o en centros de carácter no residencial o residencial temporal (art. 16, b)</p> <p><i>Financiación de los servicios sociales comunitarios básicos</i></p> <p>las prestaciones que garantiza la legislación estatal sobre dependencia que se incluyan en los programas se financiarán íntegramente con cargo a su financiación específica (art. 70.3)</p> <p><i>Infracciones y sujetos responsables</i></p> <p>Las infracciones y sanciones tipificadas en la LAPAD, se calificarán y sancionarán de acuerdo con lo que establece la mencionada ley. En aquello no regulado en la normativa específica de dependencia, se aplicará lo que se dispone en este título (art. 124.3)</p>
--	--	--	--	--

ARAGÓN. Ley 5/2009, de 30 de junio, de Servicios Sociales de Aragón

Objetivos/principios	Derechos/deberes	Prestaciones	Organización
<p><i>Objetivos de las políticas de servicios sociales.</i></p> <p>Promover la autonomía personal, familiar y de los grupos, a través del desarrollo de sus capacidades. (art. 2, b)</p> <p><i>Principios rectores del sistema de servicios sociales.</i></p> <p>Autonomía personal. (art. 5, g)</p>	<p><i>El Catálogo de Servicios Sociales</i> ³¹determinará aquellas prestaciones de carácter esencial o exigible... (art. 32.2)</p> <p><i>El acceso a las prestaciones esenciales del Sistema Público de Servicios Sociales</i> se configura como un derecho subjetivo, reclamable en vía administrativa y jurisdiccional, quedando su ejercicio sujeto a las condiciones y requisitos específicos que se establezcan en la</p>	<p><i>Prestaciones de servicio.</i></p> <p>Son prestaciones de servicio en los servicios sociales generales:</p> <p>Servicio de ayuda a domicilio. Proporciona un conjunto de atenciones orientadas a facilitar un entorno de convivencia adecuado y tiene como objetivo la prestación de una serie de atenciones a las personas y, en su caso, a las familias en su domicilio para facilitar el desarrollo de las actividades de la vida diaria a aquellas personas con limitaciones de autonomía personal, y evitar o, en su caso, retrasar el ingreso en centros de carácter residencial, ...</p> <p>Servicio de apoyo a personas cuidadoras. Ofrece formación, apoyo y sustitución a aquellas personas que se dedican, con carácter habitual y sin retribución, al cuidado de personas con limitaciones en su autonomía personal, familiar y social (art. 36.2, b y d)</p> <p>Son prestaciones de servicio en los servicios</p>	<p><i>Funciones del Centro de Servicios Sociales.</i></p> <p>Realización de aquellas funciones que reglamentariamente se le asignen en materia de atención a las personas en situación de dependencia (art.15, d)</p> <p><i>Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia.</i></p> <p>Constituye un elemento fundamental del Sistema Público de Servicios Sociales de Aragón, si bien el régimen de las prestaciones del mismo que se establezca en el Catálogo de Servicios Sociales habrá de ajustarse a lo dispuesto por la LAPAD, y a la normativa de desarrollo que se apruebe, de conformidad con lo acordado por el Consejo Territorial del Sistema.</p> <p>El derecho a las prestaciones correspondientes al Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia deberá hacerse efectivo de conformidad con el calendario previsto por la propia LAPAD sin perjuicio de las adaptaciones que, en su caso, pueda llevar a cabo la</p>

³¹ Desarrollada por Decreto 143/2011 de Aragón, de 14 de junio, del Gobierno de Aragón, por el que se aprueba el Catálogo de Servicios Sociales de la Comunidad Autónoma de Aragón



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE SANIDAD, POLÍTICA SOCIAL
E IGUALDAD

	<p>normativa reguladora de cada una de las prestaciones (art. 1.2)</p>	<p>sociales especializados:</p> <p>Servicios de atención psicosocial, de rehabilitación y tutelares. Servicios destinados a la prevención, la detección precoz, el diagnóstico y la atención, rehabilitación y tutela en aquellos supuestos de trastornos que conlleven un menoscabo de la autonomía personal y/o patrimonial de las personas afectadas</p> <p>Servicios de alojamiento permanente o temporal: Centros para personas en situación de dependencia</p> <p>Servicios para el apoyo del mantenimiento de las personas en su domicilio. Conjunto de recursos orientados a la atención integral especializada de las personas con el objetivo de mejorar o mantener el mejor nivel posible de autonomía personal y apoyar a sus familias o personas cuidadoras, con el fin de posibilitar su permanencia en su domicilio y entorno habitual, incluyendo: Centro de día asistencial; Centro de día ocupacional; Centro de noche.</p> <p>Servicios para el apoyo de la inclusión social. Medidas orientadas a [...] promover la autonomía de las personas a través de programas o acciones... (art. 36.3, c y d 1º, e, f)</p> <p><i>Prestaciones económicas.</i></p>	<p>Comunidad Autónoma de Aragón, de acuerdo con la normativa.</p>
--	--	--	---



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE SANIDAD, POLÍTICA SOCIAL
E IGUALDAD

		<p>Promover la autonomía personal.</p> <p>Adquirir un servicio o una asistencia personal dentro del marco del SAAD (art. 37.1, b y g)</p> <p>Son prestaciones tecnológicas</p> <p>Las ayudas instrumentales destinadas a mantener o mejorar la autonomía personal (art. 38.2, b)</p>	
--	--	--	--

LA RIOJA. Ley 7/2009, de 22 de diciembre, de Servicios Sociales de La Rioja.

Objetivos/principios	Derechos/deberes	Prestaciones	Organización
<p><i>Objetivos del Sistema Público Riojano de Servicios Sociales:</i></p> <p>Promover la autonomía personal y prevenir y atender las necesidades personales y familiares derivadas de la situación de dependencia (art.-12, d)</p>	<p><i>El objeto de la presente ley es [...] declarar el derecho subjetivo a los servicios sociales que en la misma se determinan.</i></p> <p>Con el fin de hacer efectivo el derecho reconocido en el apartado anterior, se garantiza el carácter universal de los servicios y las prestaciones del Sistema Público Riojano de Servicios Sociales y su provisión por parte de las Administraciones Públicas</p>	<p><i>Cartera de servicios y prestaciones del Sistema Público Riojano de Servicios Sociales</i></p> <p>Diferenciará entre los servicios y prestaciones del Sistema Riojano para la Autonomía Personal y la Dependencia y el resto de servicios y prestaciones del Sistema Público Riojano de Servicios Sociales.</p> <p>El derecho de acceso a los servicios y prestaciones del Sistema Riojano para la Autonomía Personal y la Dependencia que reconoce esta ley no implica el acceso a un servicio o prestación específica de los contemplados en la cartera, sino a aquel o aquellos que se determinen a través de un programa individual de atención, en cuya elaboración participará el beneficiario o, en su</p>	<p><i>El Sistema Riojano para la Autonomía Personal y la Dependencia</i> forma parte del Sistema Público Riojano de Servicios Sociales (art. 2.3)</p> <p><i>Acreditación administrativa de centros y servicios.</i></p> <p>necesitarán la acreditación administrativa los centros y servicios [...] que presten atención a personas que perciban una prestación vinculada al servicio del Sistema Riojano para la Autonomía Personal y la Dependencia (art. 71.2)</p> <p><i>Servicios del Sistema Riojano para la Autonomía Personal y la Dependencia.</i></p> <p>En tanto se realicen los procedimientos de contratación de plazas para personas con discapacidad, se entenderá, que las plazas para personas con discapacidad financiadas mediante</p>

³² Desarrollada por Decreto 31/2011, de 29 de abril, por el que se aprueba la Cartera de servicios y prestaciones del Sistema Público Riojano de Servicios Sociales y por la Orden 2/2011, de 2 de mayo, de la Consejería de Servicios Sociales por la que se adaptan las normas reguladoras de prestaciones económicas del Sistema Público Riojano de Servicios Sociales a las previsiones del Decreto 31/2011, de 29 de abril, por el que se aprueba la Cartera de servicios y prestaciones del Sistema Público Riojano de Servicios Sociales.



	<p>de La Rioja, tanto autonómicas como locales, en el marco del <i>Catálogo de servicios y prestaciones</i> ³² del mencionado sistema (art.1.1)</p> <p><i>Deberes de los profesionales de servicios sociales</i></p> <p>Promover la dignidad, la autonomía [...] de las personas a las que atienden (art. 11, a)</p> <p><i>Aplicación progresiva de la LAPAD</i></p> <p>La efectividad del derecho a los servicios y prestaciones del Sistema Riojano para la Autonomía Personal y la Dependencia se ejercitará</p>	<p>caso, sus representantes.</p> <p>Los servicios del Sistema Riojano para la Autonomía Personal y la Dependencia tendrán carácter prioritario y se prestarán a través de la oferta pública del sistema mediante centros y servicios públicos o privados contratados y debidamente acreditados</p> <p>Únicamente en los casos en los que no sea posible una atención adecuada mediante alguno de esos servicios se podrán reconocer prestaciones económicas (art. 25. 2)</p> <p><i>Catálogo de servicios y prestaciones del Sistema Público Riojano de Servicios sociales</i></p> <p>Servicios sociales de Segundo Nivel</p> <p>Autonomía personal y Dependencia.</p> <p>-Servicio de valoración de la dependencia.</p> <p>- Teleasistencia</p> <p>Prestaciones del Sistema Riojano para la Autonomía Personal y la Dependencia.</p> <p>- Ayudas a personas con discapacidad.</p>	<p>convenios de colaboración forman parte, en cuanto servicios, del Sistema Riojano para la Autonomía Personal y la Dependencia (Disp..transitoria segunda)</p>
--	---	---	---



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE SANIDAD, POLÍTICA SOCIAL
E IGUALDAD

	<p>progresivamente de acuerdo con el calendario establecido en la disposición final primera de la LAPAD</p> <p>No obstante lo dispuesto en el apartado anterior, las Administraciones Públicas de La Rioja podrán anticipar dicho calendario para los servicios, prestaciones y destinatarios que respectivamente determinen (Disp. final segunda)</p>	<ul style="list-style-type: none">- Prestación económica vinculada al servicio.- Prestación para cuidados en el entorno familiar y apoyo a cuidadores no profesionales.- Prestación económica de asistencia personal. <p>(anexo)</p>	
--	--	--	--

CASTILLA-LA MANCHA. Ley 14/2010, de 16 de diciembre, de Servicios Sociales de Castilla-La Mancha³³

Objetivos/principios	Derechos/deberes	Prestaciones	Organización
<p><i>Los servicios sociales tienen como finalidad asegurar el derecho de las personas a vivir dignamente, durante todas las etapas de su vida, mediante la cobertura y atención de sus necesidades personales, familiares y sociales, así como promover las actitudes y capacidades que faciliten la autonomía personal, la inclusión e integración social, la prevención, la convivencia adecuada, la participación social y la promoción comunitaria (art. 3.3)</i></p> <p><i>Sistema Público de Servicios Sociales.</i></p>	<p><i>La presente Ley tiene por objeto:</i> Determinar el acceso y asegurar la atención social a través de las <i>prestaciones garantizadas</i> del Sistema Público de Servicios Sociales que se configuran como un derecho subjetivo, ejercitable en vía administrativa y judicial, así como de las prestaciones sociales que están condicionadas al cumplimiento de los requisitos que se establezcan reglamentariamente (art. 1, d)</p> <p><i>Deberes de las personas usuarias</i></p>	<p><i>Prestaciones del Sistema Público de Servicios Sociales</i></p> <p>son las atenciones y actuaciones concretas y directas que se ofrecen a la persona y unidad familiar, a los grupos sociales y a la comunidad, para contribuir a una mayor autonomía, [...] (art. 33.1)</p> <p><i>Las prestaciones se clasifican en:</i></p> <p>Prestaciones técnicas, que son el conjunto de intervenciones realizadas por equipos profesionales dirigidas a la prevención, protección, promoción de la autonomía personal [...].</p> <p>Prestaciones económicas</p> <p>Prestaciones tecnológicas, que son aquellos instrumentos técnicos, cuya función es la de permitir o facilitar la realización de determinadas acciones que contribuyan a una mayor autonomía de la persona en su entorno (art. 33.3)</p>	<p><i>Funciones de los Servicios Sociales de Atención Primaria.</i></p> <p>Detección de situaciones de necesidad personales, familiares y sociales que dificulten la autonomía personal y la integración social (art. 15, b)</p> <p><i>Gestión pública propia.</i></p> <p>Prestaciones técnicas: valoración y reconocimiento del grado y nivel de dependencia</p> <p>Prestaciones económicas: prestaciones económicas vinculadas a la autonomía y atención a la dependencia (art. 41, a y b)</p> <p><i>Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia</i></p> <p>El acceso al Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia se realizará a través de los Servicios Sociales de Atención Primaria, que valorarán el entorno socio-familiar y consensuarán con la persona la prestación más adecuada. En el</p>

³³ Desarrollada por la Orden de 23/12/2010, de Castilla-La Mancha, de la Consejería de Salud y Bienestar Social, por la que se establece el catálogo de servicios y prestaciones económicas del sistema para la autonomía y atención a la dependencia en la Comunidad Autónoma de Castilla-La Mancha y se determina la intensidad de los servicios y el régimen de compatibilidades aplicable.



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE SANIDAD, POLÍTICA SOCIAL
E IGUALDAD

<p><i>Objetivos</i></p> <p>Detectar, prevenir y atender las necesidades derivadas de la situación de dependencia, con el objetivo de promover la autonomía de las personas.</p> <p>Promover la autonomía personal, familiar y de los grupos, a través del desarrollo de sus capacidades (art. 5, b y d)</p> <p><i>Principios rectores</i></p> <p>Fomento de la autonomía personal: Los servicios sociales se orientarán a potenciar las capacidades de las personas para la elección y desarrollo de su proyecto vital y su desenvolvimiento en los ámbitos políticos, laborales, económicos, educativos y culturales (art. 6.1.m, g)</p>	<p>Comprometerse a participar activamente en su proceso de mejora, autonomía personal e integración social, una vez que se ha consensuado con los profesionales los términos de la atención necesaria para su situación (art. 8.3, a)</p> <p><i>Deberes de los profesionales</i></p> <p>Promover la dignidad, la autonomía, la integración de las personas a las que atienden y el respeto de todos los derechos reconocidos en la presente Ley a las personas usuarias.</p> <p>(art. 11.2, a)</p>	<p><i>Prestaciones técnicas de Servicios Sociales de Atención Primaria</i></p> <p>Ayuda a Domicilio: Tiene por objeto atender las situaciones de dependencia [...] que dificulten que la persona o unidad familiar pueda desenvolverse con autonomía en su domicilio y entorno habitual,.... Será garantizada esta prestación cuando le haya sido reconocida la situación de dependencia y se le haya prescrito en el PIA</p> <p>Teleasistencia Domiciliaria: Tiene por finalidad facilitar la permanencia en el domicilio a las personas que se hallen en situación de vulnerabilidad, ya sea por su situación de dependencia... está garantizada de manera gratuita para todas las personas mayores de 70 años que vivan solas o cuando se tenga reconocida la situación de dependencia y se haya prescrito en el PIA</p> <p><i>Prestaciones técnicas de Servicios Sociales de Atención Especializada.</i></p> <p>Valoración de la situación de dependencia: Tiene por objeto evaluar la situación de dependencia, formular dictamen sobre grado y nivel, así como establecer el derecho a las prestaciones del SAAD. Será garantizada de manera gratuita a todas las personas que soliciten la valoración de su situación de dependencia.</p>	<p>caso de desacuerdo prevalecerá el criterio técnico, cuando la opción elegida por la persona usuaria no se ajuste a los requisitos establecidos en la norma que le sea de aplicación.</p> <p>La Consejería competente en servicios sociales, mediante las unidades correspondientes que tengan asignadas las funciones en materia de dependencia, valorará y determinará, si procede, la situación y grado de dependencia, así como el PIA que previamente se habrá consensuado con la persona, a través de los profesionales de los Servicios Sociales de Atención Primaria.</p> <p>Las prestaciones y el catálogo de servicios del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia se integran en el catálogo de prestaciones del Sistema Público de Servicios Sociales estando sujetas a la normativa específica de carácter básico del Estado, que sea de aplicación (art. 55)</p>
--	--	--	--



		<p>Atención en estancias diurnas: Tiene por objeto la atención a personas fuera de su domicilio y en régimen no residencial ya sea para mejorar y mantener su autonomía personal, [...]. El objetivo es favorecer la permanencia de la persona en su entorno habitual en condiciones de autonomía e integración adecuadas. Será garantizada esta prestación cuando le haya sido reconocida la situación de dependencia y se le haya prescrito en el PIA</p> <p>Atención en estancias nocturnas: Tiene por objeto la atención de personas que no pueden recibir los cuidados que requieren en horario nocturno, precisando pernoctar fuera de su domicilio, debido a su situación de dependencia funcional o a la imposibilidad de los cuidadores de ofrecérsela, precisando pernoctar fuera de su domicilio. Será garantizada esta prestación cuando le haya sido reconocida la situación de dependencia y se le haya prescrito en el PIA (art. 37.1, a, e, f, g</p> <p>Prestaciones técnicas mínimas de Servicios Sociales de Atención Especializada de acceso condicionado:</p> <p>Prestación de apoyo para el envejecimiento activo: Tiene por objeto promover al máximo las oportunidades de la persona para tener un bienestar físico, psíquico y social durante toda la vida, en aras de conseguir el mayor nivel de</p>	
--	--	---	--



		<p>autonomía, previniendo la aparición de las posibles situaciones de dependencia (art. 37.2, a)</p> <p><i>Prestaciones económicas</i></p> <p>Vinculadas a la autonomía y atención a la dependencia, según lo establecido en la legislación vigente: vinculada al servicio; para cuidados en el entorno familiar y apoyo a personas cuidadoras no profesionales y de asistencia personal. (art. 38)</p> <p>Se garantizarán a las personas que tengan reconocida la situación de dependencia y se haya prescrito en el PIA</p> <p><i>Prestaciones tecnológicas.</i></p> <p>El fomento de la autonomía personal y la promoción de la accesibilidad constituye una prestación tecnológica, que tiene por objeto facilitar los medios necesarios para la eliminación de barreras arquitectónicas en la vivienda y la adquisición de ayudas técnicas complementarias que faciliten la relación con el entorno a personas con limitaciones para desarrollar actividades diarias. El objetivo es el mantenimiento de la persona en su entorno habitual con un nivel adecuado de autonomía personal. Se garantizará la adquisición de ayudas técnicas a aquellas personas que tengan reconocida la situación de dependencia y se haya prescrito en el PIA (art. 39)</p>	
--	--	--	--

CASTILLA Y LEÓN. Ley 16/2010, de 20 de diciembre, de Servicios Sociales de Castilla y León

Objetivos/principios	Derechos/deberes	Prestaciones	Organización
<p><i>Finalidad y objetivos del sistema de servicios sociales</i></p> <p>Proporcionar una adecuada cobertura de las necesidades personales básicas y de las necesidades sociales, para promover la autonomía y el bienestar de las personas y asegurar su derecho a vivir dignamente durante todas las etapas de su vida.</p> <p>Los servicios sociales estarán especialmente dirigidos a favorecer el desarrollo integral, la autonomía, la integración, la igualdad de oportunidades y la</p>	<p><i>El acceso a las prestaciones esenciales del sistema de servicios sociales de responsabilidad pública,</i> cuando se cumplan los requisitos generales de acceso al mismo y los específicos que se determinen en el catálogo de servicios sociales para cada una de aquellas prestaciones, se configura como un derecho subjetivo garantizado y exigible (art. 2. 1)</p> <p><i>Obligaciones de las personas en relación con la prestación de los</i></p>	<p><i>Clases de prestaciones</i></p> <p>De servicio: las realizadas por profesionales orientadas al diagnóstico, prevención, atención e inserción y promoción de la autonomía de las personas ...</p> <p>Económicas: aquellas aportaciones dinerarias provistas por la Administración de la Comunidad o por las entidades locales con competencia en servicios sociales, orientadas a [...] la promoción de la autonomía y la atención a personas dependientes...</p> <p>Materiales: el conjunto de recursos no económicos que se pueden conceder específicamente o como complemento y soporte de las prestaciones de servicio, entre otras la asistencia tecnológica, las ayudas instrumentales y las adaptaciones del medio físico orientadas a mejorar la accesibilidad, la autonomía personal y la adaptabilidad del entorno de los individuos, familias o grupos (art, 14, 2, 3 y 4)</p> <p><i>Prestaciones esenciales.</i></p>	<p><i>Gestión directa por la Administración de la Comunidad</i></p> <p>las decisiones relativas a las actuaciones consideradas de importancia estratégica para el sistema y a las determinadas legalmente como ejercicio de autoridad, las prestaciones económicas de su competencia, así como el reconocimiento de la situación de dependencia (art. 16.2)</p> <p><i>Corresponderán en particular a los Equipos de Acción Social Básica</i></p> <p>Detección y diagnóstico de casos, valoración de las situaciones de necesidad y elaboración del plan de atención social de caso, actuando como estructura para el acceso a los servicios sociales, incluyendo lo establecido en la LAPAD (art. 31.5, d)</p> <p><i>Calidad y acreditación</i></p> <p>de las prestaciones dirigidas a las personas en situación de dependencia incluirán los acordados en</p>



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE SANIDAD, POLÍTICA SOCIAL
E IGUALDAD

<p>integración plena de las personas mediante la detección de sus necesidades personales básicas y sus necesidades sociales, la prevención de las situaciones de riesgo, la eliminación o tratamiento de las situaciones de [...] dependencia (art. 5.1 y 2)</p> <p><i>Principios rectores</i></p> <p>Promoción de la autonomía personal: el sistema de servicios sociales deberá contribuir a hacer efectiva la plena inclusión y participación en el medio social de las personas con necesidades de apoyo para su autonomía, y en especial de las que se encuentren en situación de dependencia (art. 7, h)</p>	<p><i>servicios sociales</i></p> <p>Cumplir los compromisos asumidos en relación con cada prestación concedida, seguir el plan individual de atención social y las indicaciones y orientaciones técnicas [...], y comprometerse a participar activamente en el proceso determinado para [...] la mejora de su autonomía ... (art. 12.1, c)</p>	<p>Teleasistencia. Ayuda a domicilio. Atención en centro de día y de noche. Atención residencial servicios de prevención de las situaciones de dependencia servicios de promoción de la autonomía personal Prestaciones económicas para cuidados en el entorno familiar y apoyo a cuidadores no profesionales; de asistencia personal; y la vinculada cuando no sea posible el acceso a un servicio público o concertado</p> <p>Tendrán la condición de esenciales cuando las condiciones de su reconocimiento y disfrute, así como su contenido, se ajusten a los términos establecidos en la LAPAD de dependencia (art. 19.2, g a ñ)</p>	<p>el Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia en desarrollo de la LAPAD (art. 50.3)</p> <p><i>Investigación e innovación en servicios sociales</i></p> <p>impulsar el desarrollo y la introducción de las nuevas tecnologías [...], así como el desarrollo de proyectos de investigación tecnológica y desarrollo de soluciones técnicas que potencien la autonomía personal de las personas que cuenten con dificultades para el desarrollo de las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria (art. 71.2)</p> <p><i>Atención integrada de carácter social y sanitario</i></p> <p>Se entiende por atención integrada de carácter social y sanitario el conjunto de actuaciones encaminadas a promover la integración funcional de los servicios y prestaciones que correspondan respectivamente al sistema de salud y al de servicios sociales en el ejercicio de las competencias propias de la Comunidad, así como todas aquellas medidas que garantizan la continuidad de cuidados en función de las necesidades cambiantes de los ciudadanos, con especial atención a las situaciones de dependencia cuyas necesidades han de ser cubiertas de conformidad con lo establecido en la LAPAD (art. 82-85)</p> <p><i>Comité Consultivo de Atención a la Dependencia.</i></p>
--	---	---	--



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE SANIDAD, POLÍTICA SOCIAL
E IGUALDAD

			<p>Se crea como órgano asesor en los asuntos relativos a la atención a la dependencia, adscrito a la consejería competente en materia de servicios sociales, a través de los organismos que se encuentren adscritos a ella, particularmente, la Gerencia de Servicios Sociales de Castilla y León.</p> <p>La creación de este Comité Consultivo tiene por objeto hacer efectiva, de manera permanente, la participación activa de las organizaciones sindicales y empresariales más representativas.</p> <p>La composición y funciones se determinarán reglamentariamente (art. 104)</p> <p><i>Financiación compartida.</i></p> <p>La fijación se acordará previo informe del Consejo de Coordinación Interadministrativa del Sistema de Servicios Sociales y contando con la participación del Comité Consultivo de Atención a la Dependencia.</p> <p><i>Consejo de Coordinación Interadministrativa del Sistema de Servicios Sociales y Comité Consultivo de Atención a la Dependencia.</i></p> <p>En el plazo máximo de un año se aprobarán los reglamentos por los que se regulen el citado Consejo</p>
--	--	--	--

Tabla 4. LAPAD y normas de desarrollo estatales

Materia	Normativa inicial	Modificaciones/desarrollo
General	Ley 39/2006 , de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia (LAPAD)	Real Decreto-Ley 8/2010 , de 20 de mayo, por el que se adoptan medidas extraordinarias para la reducción del déficit público
Baremo valoración de la dependencia	Real Decreto 504/2007 , de 20 de abril, por el que se aprueba el baremo de valoración de la situación de dependencia establecido por la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia	<p>Real Decreto 1197/2007, de 14 de septiembre, por el que se modifica el Real Decreto 504/2007, de 20 de abril, en materia de reconocimiento de descanso por maternidad en los supuestos de discapacidad del hijo y de reconocimiento de la necesidad de asistencia de tercera persona en las prestaciones no contributivas (corrección de errores BOE 4/10/2007)</p> <p>Real Decreto 174/2011, de 11 de febrero, por el que se aprueba el baremo de valoración de la situación de dependencia establecido por la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. (En vigor a partir de 12 febrero de 2012)</p>
Nivel mínimo de protección	Real Decreto 614/2007 , de 11 de mayo, sobre nivel mínimo de protección del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia garantizado por la Administración General del Estado	Real Decreto 99/2009 , de 6 de febrero, por el que se modifica el Real Decreto 614/2007, de 11 de mayo, sobre nivel mínimo de protección del sistema para la autonomía y atención a la dependencia garantizado por la Administración General del Estado



<p>Seguridad Social de los cuidadores</p>	<p>Real Decreto 615 /2007, de 11 de mayo, por el que se regula la Seguridad Social de los cuidadores de las personas en situación de dependencia</p>	<p>Orden TAS/2632/2007, de 7 de septiembre, por la que se modifica la Orden TAS/2865/2003, de 13 de octubre, por la que se regula el convenio especial en el sistema de la Seguridad Social.</p> <p>Real Decreto 175/2011, de 11 de febrero, por el que se modifica el Real Decreto 727/2007, de 8 de junio, sobre criterios para determinar las intensidades de protección de los servicios y la cuantía de las prestaciones económicas de la LAPAD, y el Real Decreto 615/2007, de 11 de mayo, por el que se regula la Seguridad Social de los cuidadores de las personas en situación de dependencia.</p>
<p>Intensidad de protección de los servicios y cuantía prestaciones económicas</p>	<p>Real Decreto 727/2007, de 8 de junio, sobre criterios para determinar las intensidades de protección de los servicios y la cuantía de las prestaciones económicas de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia.</p>	<p>Real Decreto 175/2011, de 11 de febrero, por el que se modifica el Real Decreto 727/2007, de 8 de junio, sobre criterios para determinar las intensidades de protección de los servicios y la cuantía de las prestaciones económicas de la LAPAD, y el Real Decreto 615/2007, de 11 de mayo, por el que se regula la Seguridad Social de los cuidadores de las personas en situación de dependencia.</p> <p>Actualizaciones 2011</p> <p>Real Decreto 570/2011, de 20 de abril, por el que se modifica el Real Decreto 727/2007, de 8 de junio, sobre criterios para determinar las intensidades de protección de los servicios y la cuantía de las prestaciones económicas de la LAPAD y se establecen las</p>



		prestaciones económicas de la LAPAD para el ejercicio 2011.
Financiación especial	Real Decreto-Ley 9/2008 , de 28 de noviembre, por el que se crean un Fondo Estatal de Inversión Local y un Fondo Especial del Estado para la Dinamización de la Economía y el Empleo y se aprueban créditos extraordinarios para atender a su financiación	Orden EHA/3566/2008 , de 9 de diciembre, por la que se hace público el Acuerdo del Consejo de Ministros de 5 de diciembre de 2008 por el que se aprueba el destino del fondo especial del Estado para el estímulo de la economía y el empleo, dotado por el Real Decreto-Ley 9/2008, de 28 de noviembre, y su distribución por departamentos ministerial
Hipoteca inversa	Ley 41/2007 , de 7 de diciembre, por la que se modifica la Ley 2/1981, de 25 de marzo, de Regulación del Mercado Hipotecario y otras normas del sistema hipotecario y financiero, de regulación de las hipotecas inversas y el seguro de dependencia y por la que se establece determinada norma tributaria	Ley 27/2011 , de 1 de agosto, sobre actualización, adecuación y modernización del sistema de Seguridad Social. Encomienda al Gobierno el desarrollo reglamentario de la Hipoteca inversa (Disposición adicional cuadragésima tercera)
Seguro de dependencia		
Calidad	Orden ESD/1984/2008 , de 4 de julio, por la que se crea la Comisión Especial para la mejora de la calidad del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia.	
Sistema de información	Orden TAS/1459/2007 , de 25 de mayo, por la que se establece el Sistema de Información del Sistema para la Autonomía Personal y Atención a la Dependencia y se crea el correspondiente fichero de datos de carácter personal.	



Tabla 5. Servicios y prestaciones económicas según grados y niveles

Grado/nivel	Servicios	Prestaciones económicas
<i>Grado III</i> <i>Nivel 1 y 2</i> <i>Gran dependencia</i>	<i>De prevención y de promoción de la autonomía personal.</i> <i>De Teleasistencia.</i> <i>De Ayuda a domicilio.</i> <i>De Centro de Día.</i> <i>De Centro de Noche.</i> <i>De Atención residencial</i>	<i>Prestación económica para cuidados en el entorno familiar.</i> <i>Prestación económica de asistencia personal.</i> <i>Prestación económica vinculada, en los supuestos previstos en la LAPAD</i>
<i>Grado II</i> <i>Nivel 1 y 2</i> <i>Dependencia severa</i>	<i>De prevención y de promoción de la autonomía personal.</i> <i>De Teleasistencia.</i> <i>De Ayuda a domicilio.</i> <i>De Centro de Día.</i> <i>De Centro de Noche.</i> <i>De Atención residencial.</i>	<i>Prestación económica para cuidados en el entorno familiar.</i> <i>Prestación económica vinculada, en los supuestos previstos en la LAPAD</i>
<i>Grado I</i> <i>Nivel 1 y 2</i> <i>Dependencia moderada</i>	De Promoción de la autonomía personal. De Teleasistencia. De Ayuda a Domicilio. De Centro de Día. De Centro de Noche.	Prestación económica para cuidados en el entorno familiar. Prestación económica vinculada al servicio, en los supuestos previstos en la LAPAD, en consonancia con el catálogo de servicios correspondiente al grado I



Tabla 6. Intensidad del servicio de promoción de la autonomía para las personas en situación de dependencia en grado I

Grado	Prestación	Niveles	Horas de atención
Grado I. Dependencia moderada	Promoción de la autonomía	Nivel 2	Entre 20 y 30 horas mensuales
		Nivel 1	Entre 12 y 19 horas mensuales
	Atención temprana	Niveles 1 y 2	Un mínimo de 6 horas mensuales
	Promoción, mantenimiento y recuperación de la autonomía funcional	Niveles 1 y 2	Un mínimo de 15 horas mensuales

Tabla 7. Intensidad del servicio de ayuda a domicilio según grado y nivel de dependencia

Grado	Nivel	Horas de atención
Grado III Gran Dependencia	Nivel 2	Entre 70 y 90 horas mensuales
	Nivel 1	Entre 55 y 70 horas mensuales
Grado II. Dependencia severa	Nivel 2	Entre 40 y 55 horas mensuales
	Nivel 1	Entre 30 y 40 horas mensuales
Grado I. Dependencia moderada	Nivel 2	Entre 21 y 30 horas mensuales
	Nivel 1	Entre 12 y 20 horas mensuales

Tabla 8. Intensidad del servicio de centro de día para las personas en situación de dependencia en grado I

Grado	Nivel	Horas de atención
Grado I. Dependencia moderada	Nivel 2	25 horas semanales
	Nivel 1	15 horas semanales

Tabla 9. Nivel mínimo de protección garantizado (euros mensuales)

Año 2007 (Real Decreto 614/2007, de 11 de mayo)

Grado y Nivel	Mínimo de protección garantizado
Grado III Gran Dependencia, nivel 2	250
Grado III Gran Dependencia, nivel 1	170

Año 2008 (Real Decreto 6/2008, de 11 de enero, modificado por REAL DECRETO 179/2008, de 8 de febrero)

Grado y Nivel	Mínimo de protección garantizado
Grado III Gran Dependencia Nivel 2	258,75
Grado III Gran Dependencia Nivel 1	175,95
Grado II Dependencia Severa Nivel 2	100,00

Año 2009 (Real Decreto 74/2009, de 30 de enero)

Grado y Nivel	Mínimo de protección garantizado
Grado III Gran Dependencia Nivel 2	263,93
Grado III Gran Dependencia Nivel 1	179,47
Grado II Dependencia Severa Nivel 2	102,00
Grado II Dependencia Severa Nivel 1	70



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE SANIDAD, POLÍTICA SOCIAL
E IGUALDAD

Año 2010 (Real Decreto 373/2010, de 26 de marzo)

Grado y Nivel	Mínimo de protección garantizado
Grado III Gran Dependencia, nivel 2	266,57
Grado III Gran Dependencia, nivel 1	181,26
Grado II Dependencia Severa, nivel 2	103,02
Grado II Dependencia Severa, nivel 1	70,70

Año 2011 (Real Decreto 569/2011, de 20 de abril)

Grado y Nivel	Mínimo de protección garantizado
Grado III Gran Dependencia, nivel 2	266,57
Grado III Gran Dependencia, nivel 1	181,26
Grado II Dependencia Severa, nivel 2	103,02
Grado II Dependencia Severa, nivel 1	70,70
Grado I Dependencia Moderada, nivel 2	60,00



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE SANIDAD, POLÍTICA SOCIAL
E IGUALDAD

Tabla 10. Cuantías máximas de las prestaciones económicas por grado y nivel (euros mensuales)

Año 2007 (Real Decreto 727/2007, de 8 de junio)

Grado y nivel	Prestación económica vinculada al servicio	Prestación económica de cuidados en el entorno familiar	Prestación económica de asistencia personal
Grado III. Nivel 2	780	487	780
Grado III. Nivel 1	585	390	585

Año 2008 (Real Decreto 7/2008, de 11 de enero)

Grado y nivel	Prestación económica vinculada al servicio	Prestación económica para cuidados en el entorno familiar		Prestación económica de asistencia personal -
	Cuantía	Cuantía	Cuota SS+FP	Cuantía
Grado III. Nivel 2.	811,98	506,96	153,93	811,98
Grado III. Nivel 1.	608,98	405,99		608,98
Grado II. Nivel 2.	450,00	328,36		



Año 2009 (Real Decreto 73/2009, de 30 de enero)

Grado y nivel	Prestación económica vinculada al servicio – (Euros mensuales)	Prestación económica para cuidados en el entorno familiar – (Euros mensuales)		Prestación económica de asistencia personal – (Euros mensuales)
	Cuantía	Cuantía	Cuota SS+FP	Cuantía
Grado III Nivel 2.	831,47	519,13	160,13 (158,67 + 1,46)	831,47
Grado III Nivel 1.	623,60	415,73		623,60
Grado II Nivel 2.	460,80	336,24		
Grado II Nivel 1.	400,00	300,00		

Año 2010 (Real Decreto 374/2010, de 26 de marzo)

Grado y nivel	Prestación económica vinculada al servicio – (Euros mensuales)	Prestación económica para cuidados en el entorno familiar – (Euros mensuales)		Prestación económica de asistencia personal – (Euros mensuales)
	Cuantía	Cuantía	Cuota SS+FP	Cuantía
Grado III nivel 2	833,96	520,69	162,49 (161,01 + 1,48)	833,96
Grado III nivel 1	625,47	416,98		625,47
Grado II nivel 2	462,18	337,25		
Grado II nivel 1	401,20	300,90		



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE SANIDAD, POLÍTICA SOCIAL
E IGUALDAD

Año 2011(Real Decreto 570/2011, de 20 de abril)

Grado y nivel	Prestación económica vinculada al servicio (Euros mensuales)	Prestación económica para cuidados en el entorno familiar (Euros mensuales)		Prestación económica de asistencia personal (Euros mensuales)s
	Cuantía	Cuantía	Cuota SS+FP	Cuantía
Grado III Nivel 2	833,96	520,69	164,54 (163,04 + 1,50)	833,96
Grado III Nivel 1	625,47	416,98		625,47
Grado II Nivel 2	462,18	337,25		
Grado II Nivel 1	401,20	300,90		
Grado I Nivel 2	300,00	180,00	82,27 (81,52 + 0,75)	

Tabla 11. Determinación de la capacidad económica de las personas beneficiarias y sobre los criterios de participación de éstas en las prestaciones del SAAD.

<p>Normativa de referencia</p>	<p>LAPAD: arts. 8.2.d), 14,7 y 33</p> <p>Acuerdo del CT del SAAD, sobre determinación de la capacidad económica del beneficiario y sobre los criterios de participación de éste en las prestaciones del SAAD</p> <p>Resolución de 2 de diciembre de 2008 de la Secretaría de Estado de Política Social, Familias y Atención a la Dependencia y a la Discapacidad</p>
<p>Determinación de la capacidad económica del beneficiario</p>	
<p>La capacidad económica personal de los beneficiarios se determinará en atención a su renta y su patrimonio</p> <p>Se considera renta los ingresos del beneficiario, derivados tanto del trabajo como del capital, así como cualesquiera otros sustitutivos de aquellos, atendiendo a la Ley 35/2006, de 28 de noviembre, del IRPF u otras normas fiscales que pudieran ser de aplicación.</p> <p>Ingresos del beneficiario no se tendrán en consideración como renta la cuantía de las prestaciones de análoga naturaleza y finalidad recogidas en el artículo 31 de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre.</p> <p>Rentas derivadas de los seguros privados de dependencia, a que se refiere el artículo 51.5 de la Ley 35/2006, de 28 de noviembre, del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas y de modificación parcial de las leyes de los Impuestos sobre Sociedades, sobre la Renta de no Residentes y sobre el Patrimonio, se estará a lo que sobre esta materia se regule por el Ministerio de Economía y Hacienda o, en su caso, por las Comunidades Autónomas con competencia fiscal en la materia.</p> <p>Se considera patrimonio del beneficiario el conjunto de bienes y derechos de contenido económico de que sea titular, con deducción de las cargas y gravámenes que disminuyan su valor, así como de las deudas y obligaciones personales de las que deba responder, de conformidad con las normas fiscales que, en su caso, pudieran resultar de aplicación. Únicamente, se computará la vivienda habitual en el supuesto de que el beneficiario perciba el servicio de Atención Residencial o la prestación económica vinculada a tal servicio y no tenga personas a su cargo que continúen residiendo en dicha vivienda.</p> <p>Se entiende como personas a su cargo el cónyuge o pareja de hecho, ascendientes mayores de 65 años, descendientes o personas vinculadas al beneficiario por razón de tutela y/o acogimiento menores de 25 años o mayores de tal edad en situación de dependencia o con discapacidad, siempre que convivieran con el beneficiario y dependan económicamente del mismo.</p> <p>En los supuestos de cotitularidad, sólo se tendrá en consideración el porcentaje</p>	



correspondiente a la propiedad del beneficiario.

No se computarán en la determinación del patrimonio los bienes y derechos aportados a un patrimonio especialmente protegido de los regulados por la Ley 41/2003, de 18 de noviembre, del que sea titular el beneficiario, mientras persista tal afectación. No obstante, si se computarán las rentas derivadas de dicho patrimonio, que no se integren en el mismo.

En la consideración del patrimonio se tendrá en cuenta la edad del beneficiario y el tipo de servicio que se presta.

El período a computar en la determinación de las rentas y del patrimonio será el correspondiente al año de la última declaración fiscal disponible o pensión conocida a la fecha del hecho causante.

Se computarán las disposiciones patrimoniales realizadas por el beneficiario en los cuatro años anteriores a la presentación de la solicitud de prestaciones del Sistema, en los términos recogidos en la Disposición Adicional Quinta de la Ley 41/2007, de 7 de diciembre, por la que se modifica la ley 2/1981, de 25 de marzo, de regulación del Mercado Hipotecario y otras normas del sistema hipotecario y financiero, de regulación de las hipotecas inversas y el seguro de dependencia y por la que se establece determinada norma tributaria.

La capacidad económica del beneficiario será la correspondiente a su renta, modificada al alza por la suma de un 5 por ciento de su patrimonio neto a partir de los 65 años de edad, un 3 por ciento de los 35 a los 65 años y de un 1 por ciento a los menores de 35 años.

En la determinación de la capacidad económica del beneficiario se podrán tener en cuenta las cargas familiares.

Se entenderá como renta personal, en los casos de beneficiario con cónyuge en régimen de gananciales o cuando se presente declaración conjunta del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas, la mitad de la suma de los ingresos de ambos miembros de la pareja.

Criterios de participación económica del beneficiario en las prestaciones del SAAD

Para determinar la participación del beneficiario se tendrá en cuenta la naturaleza de la prestación de dependencia reconocida: Servicio del Catálogo o prestación económica.

- Participación en el coste de los Servicios del Catálogo.

Se tomará en consideración la capacidad económica del beneficiario, en función del tipo de servicio, teniendo en cuenta las siguientes consideraciones:

a) **Servicio de atención residencial:** Los beneficiarios participarán en el coste de los servicios de atención residencial en función de su capacidad económica y del coste del servicio. Dicha participación tendrá en cuenta los gastos hoteleros y de manutención, que deberán ser asumidos por el beneficiario, en parte o en su integridad, cuando cuente con capacidad económica suficiente para ello.

Las Administraciones competentes, a los efectos de determinación de la participación económica de los beneficiarios, fijarán un indicador de referencia del servicio residencial, que estará en relación con el precio de concertación de plazas en centros de la iniciativa privada.



La participación del beneficiario se establecerá mediante la aplicación de un porcentaje en función de su capacidad económica, que estará comprendido entre el 70 y el 90 por ciento de la misma, aplicados estos porcentajes de forma progresiva. En ningún caso esta participación superará el 90 por ciento del indicador de referencia.

Las administraciones competentes, teniendo en cuenta los criterios anteriores, podrán establecer tablas de participación en el coste del servicio según su naturaleza: asistencial y de manutención y hoteleros. En este supuesto los costes manutención y hoteleros se garantizarán en todo o en parte a quienes carezcan de ingresos suficientes.

Las referencias realizadas en este documento al IPREM se entenderán hechas a indicadores propios de las Comunidades Autónomas cuando éstas lo hayan establecido.

La participación en el coste de los servicios deberá garantizar al beneficiario una cantidad mínima para gastos personales a determinar por la Administración competente.

b) **Otros Servicios del catálogo:** Las Administraciones competentes fijarán un indicador de referencia a los efectos de determinar la participación en el coste de los servicios.

En el caso de la **Ayuda Domicilio**, el indicador se fijará en función del tipo de servicio y de la intensidad respecto del cual se calculará la aportación del beneficiario.

En el supuesto de atención en **Centros de Día** se fijará un indicador de referencia que estará en relación con el precio de concertación de plazas en centros de iniciativa privada.

Si la capacidad económica del beneficiario es igual o inferior al IPREM, éste no participará en el coste de los servicios asistenciales que reciba en su domicilio.

La participación del beneficiario se establecerá mediante la aplicación de un porcentaje en función de su capacidad económica, comprendido entre el 10 y el 65 por ciento y aplicado de forma progresiva. En ningún caso esta participación superará el 65 por ciento del indicador de referencia.

Si el servicio de Centro de Día o de Noche conlleva transporte y/o manutención los porcentajes de participación establecidos podrán elevarse para tener en cuenta el mayor coste del servicio.

c) **Disposiciones comunes a todos los servicios:** Si el beneficiario de alguno de los servicios del SAAD fuera titular de alguna prestación de análoga naturaleza y finalidad de las citadas en el artículo 31 de la LAPAD, dicha prestación deberá ser destinada a la financiación del coste del servicio sin que en ningún caso la participación del beneficiario supere el precio de referencia del servicio que recibe.

La Comunidad Autónoma o Administración que, en su caso, tenga la competencia, establecerá la tabla de participación concreta para cada servicio según la capacidad económica del beneficiario.

La determinación exacta de la participación económica del beneficiario se realizará mediante la aplicación de una fórmula matemática que garantice la equidad en la progresividad de la participación.

- Participación en el coste de las prestaciones económicas

Si la capacidad económica del beneficiario es igual o inferior al IPREM, la cuantía de prestación



será del 100 por 100 de la cantidad establecida para cada una de las prestaciones en el Real Decreto anual de cuantías.

Si la capacidad económica es superior al IPREM, la Comunidad Autónoma o Administración que, en su caso, tenga la competencia establecerá los índices de reducción aplicables, sin que en ningún caso la cantidad resultante pueda ser inferior al 40 por ciento de la cuantía establecida anualmente para las prestaciones económicas **vinculada al servicio** y de **asistencia personal** y del 75 por ciento para la de **cuidados en el entorno familiar**, salvo que se haya reconocido algún tipo de compatibilidad con los servicios del Catálogo.

La cuantía de la prestación económica vinculada no podrá en ningún caso ser superior a la aportación del beneficiario por el coste del servicio que recibe.

La cuantía exacta de la prestación económica que le corresponde a cada beneficiario se realizará mediante la aplicación de una fórmula matemática que garantice la equidad en la progresividad de su aplicación según su capacidad económica.

Si el beneficiario de alguna de las prestaciones económicas del Sistema percibiera cualquier otra prestación de análoga naturaleza o finalidad de las citadas en el artículo 31 de la LAPAD, el importe de éstas se deducirá de la cuantía de aquellas.

No obstante, una vez practicada la deducción contemplada en el párrafo anterior se garantizará un porcentaje de la cuantía máxima de la prestación económica de que se trate. Dicho porcentaje y/o cuantía garantizada será establecido por la Administración que, en su caso, resulte competente.

En la prestación económica vinculada al servicio y la prestación económica de asistencia personal, el beneficiario deberá realizar un gasto igual o superior a la cuantía máxima establecida para dichas prestaciones.

Participación en el coste de los servicios de las personas en situación de dependencia atendidas en centros públicos o concertados

Las personas que, a la entrada en vigor de la normativa reguladora sobre participación de los beneficiarios en el coste de los servicios del SAAD, estuvieran siendo atendidas en centros públicos o concertados, o fueran receptoras de alguna prestación económica vinculada a tales servicios, mantendrán el régimen de participación que les fuera de aplicación en esa fecha, salvo que la nueva regulación les fuera que la nueva regulación les fuera más favorable o específicamente considere y regule esta situación.

Tabla 12. Criterios comunes de acreditación para garantizar la calidad de los centros y servicios del SAAS

Sujetos de acreditación	<p>Las CCAA o Administración competente acreditarán:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Los centros y servicios concertados para que formen parte de la red del Sistema, y a los centros y servicios no concertados para que puedan prestar atención a personas en situación de dependencia y éstas puedan percibir la prestación económica vinculada. - Las entidades privadas para cada uno de los centros y servicios previstos en el catálogo de la Ley. <p>La acreditación sólo tendrá efectos en el ámbito territorial de la Administración que acredite</p>
Contenidos de acreditación	<p>Para la acreditación de centros, servicios y entidades se establecerán requisitos y estándares de calidad en cada uno de los ámbitos y sobre el resto de los criterios con el alcance y en los plazos que el CT determine</p>
Ámbitos de acreditación	<p>Se establecerán requisitos y estándares de calidad en los ámbitos que a continuación se relacionan, teniendo en cuenta el número de plazas, la intensidad en la prestación, la tipología de recursos y los servicios que deben ofrecer.</p> <p>a) Recursos materiales y equipamientos que garanticen la prestación del servicio adaptada a las necesidades de las personas en situación de dependencia, a las intensidades, a la seguridad y a la accesibilidad.</p> <p>b) Recursos humanos: Los requisitos y estándares sobre recursos humanos irán dirigidos a garantizar la adecuada prestación del servicio, tanto en número de profesionales, como en su formación y actualización para el desempeño del puesto de trabajo.</p> <p>Para las categorías profesionales que no se correspondan con titulaciones universitarias, se fijarán los perfiles profesionales más acordes con las funciones que deban realizar y que estén basados en la cualificación, acreditada a través de los correspondientes Títulos de Formación Profesional, Certificados de Profesionalidad o vías equivalentes, de acuerdo con la normativa reguladora correspondiente.</p> <p>Titulación mínima:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Directores de los Centros: titulación universitaria y haber realizado formación complementaria en dependencia, discapacidad, geriatría, gerontología, dirección de Centros Residenciales, u otras áreas de conocimiento relacionadas con el ámbito de atención a la dependencia, salvo en los puestos ya ocupados, en los que tenga como mínimo 3 años de experiencia en el sector y cuente con la



	<p>formación complementaria anteriormente reseñada.</p> <p>Las normas que se dicten en desarrollo del presente acuerdo podrán establecer un periodo transitorio para obtener la formación complementaria requerida.</p> <ul style="list-style-type: none">- Cuidadores y gerocultores o categorías profesionales similares deberán acreditar la cualificación profesional de Atención Sociosanitaria a Personas Dependientes en Instituciones Sociales (RD 1368/2007). <p>A tal efecto, se considerarán los títulos de Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (Profesionalidad de Atención Sociosanitaria a personas dependientes en instituciones sociales (R. Decreto 1379/2008, de 1 de agosto)</p> <ul style="list-style-type: none">- Asistentes personales y auxiliares de ayuda a domicilio, deberán acreditar la cualificación profesional de Atención Sociosanitaria a Personas en el Domicilio (Real Decreto 295/2004). <p>A tal efecto, se considerarán las titulaciones o los certificados de profesionalidad referidos para los cuidadores y gerocultores, y el certificado de profesionalidad de Atención sociosanitaria a personas en el domicilio (R. Decreto 1379/2008, de 1 de agosto)</p> <p>Los requisitos relativos a las cualificaciones profesionales anteriormente reseñados serán exigibles progresivamente, en los porcentajes sobre los totales de las respectivas categorías profesionales de las correspondientes plantillas que se detallan en el Acuerdo.</p> <p>Ratios de personal:</p> <ul style="list-style-type: none">- Para las distintas tipologías de centros previstos en el catálogo, los ratios totales se adecuarán a la media entre los ratios medios y máximos que actualmente se exigen por las Comunidades Autónomas que tienen regulación en esta materia para los centros concertados y que se reflejan en el Acuerdo, calculadas según media recortada, con exclusión de los valores extremos de los ratios establecidas. <p>La exigencia de los ratios reseñados se efectuará de forma progresiva de forma que en 2011 se alcance la media entre los ratios medios y máximos y en diciembre de 2015 el ratio que se acuerde por el Consejo Territorial en 2012.</p> <ul style="list-style-type: none">- Dentro de los ratios globales, se acuerda concretar, para la categoría profesional de Cuidador/a, Gerocultor/a o similar, la exigencia de ratios específicas que se reseñan en el Acuerdo.- Resto de categorías profesionales los ratios específicos se concretarán en 2012, en el acuerdo del Consejo Territorial relativo a los ratios exigibles en diciembre de 2015.
--	--



	<p>Para que puedan resultar acreditados los centros o servicios de las entidades privadas que actúen en el ámbito de la autonomía personal y de la atención a las situaciones de dependencia, dichas entidades deberán justificar documentalmente, con carácter previo, el cumplimiento de la obligación prevista en el artículo 38 de la Ley 13/1982, de 7 de abril, de Integración Social de los Minusválidos (2 % de la plantilla si emplea 50 trabajadores o más o medidas alternativas).</p> <p>c) Documentación e información: Se requerirá que los centros, servicios y entidades, en su caso, dispongan al menos de la siguiente documentación e información:</p> <ul style="list-style-type: none">- Reglamento de Régimen Interior- Carta de servicios- Documentación del usuario- Documentación del centro, servicio o entidad.- Plan de emergencia.- Documentación de los profesionales.- Protocolos de actuación- Información a remitir a los órganos competentes- Información, en formato y lenguaje accesible, a suministrar a la persona en situación de dependencia y/o a sus familiares o tutores- Información referida a las condiciones de accesibilidad <p>En todo caso se exigirá garantía de privacidad de los datos referidos a las personas, de acuerdo con lo establecido en la normativa de Protección de Datos de Carácter Personal</p>
Accesibilidad	<p>Normas y los procedimientos de acreditación: incluir estipulaciones que obliguen a las entidades titulares de los centros o servicios a garantizar la accesibilidad de las personas con discapacidad y en situación de dependencia, tanto de los edificios y dependencias, como de los entornos propios del Centro de trabajo, los procesos y los procedimientos donde o por medio de los cuales se preste o se accede al servicio. Se prestará especial atención a la accesibilidad para los distintos tipos de discapacidad.</p> <p>Incluirán indicaciones de las medidas que favorezcan los aspectos sociales y medioambientales, de acuerdo a la legislación vigente en materia de contratos del sector público.</p>



Calidad en el empleo	<p>Dado que la calidad en la prestación de los servicios está ligada a la calidad en el empleo de los profesionales que la llevan a cabo, se acuerda introducir, con la participación de la representación legal de los interlocutores sociales, determinados requisitos y estándares de calidad en el empleo para la acreditación de centros, servicios y entidades.</p> <p>CT: en el plazo de doce meses acordará los indicadores de calidad en el empleo que serán tenidos en cuenta para la acreditación de centros, servicios y entidades (y entre los que figurarán, entre otros, los de estabilidad en el empleo, formación, prevención de riesgos laborales, adaptación de puestos de trabajo para discapacidad, etc.).</p> <p>Las Administraciones competentes establecerán las exigencias en la contratación de los servicios que permitan dar cumplimiento a los objetivos que se fijan para la calidad en el empleo.</p>
Mejora progresiva de la calidad	<p>Los requisitos y estándares de calidad exigidos deberán converger mejorando progresivamente el derecho reconocido a las personas en situación de dependencia a acceder en condiciones de igualdad al catálogo de servicios previstos en la Ley (art. 15) con independencia del lugar del territorio del Estado donde residan.</p> <p>CT: en el plazo de doce meses fijará los indicadores y estándares esenciales de calidad para la evaluación, la mejora continua y el análisis comparado para cada uno de los centros y servicios del Sistema (art. 34.3.b) que servirán de referencia para los acuerdos posteriores de convergencia.</p> <p>En el marco del nivel de protección convenido y dentro de los criterios que se establezcan, se acordarán créditos para facilitar la consecución de los objetivos del presente Acuerdo y la mejora progresiva de la calidad del Sistema.</p>
La calidad en los centros y servicios públicos	<p>Las exigencias mínimas de calidad han de garantizarse con independencia de la titularidad de los centros.</p> <p>Los centros y servicios públicos habrán de cumplir, al menos, los mismos requisitos y estándares de calidad que se exijan para su acreditación a los centros y servicios privados.</p>
Régimen transitorio	<p>Las CCAA, o administración que en su caso tenga la competencia, articularán las fórmulas de habilitación provisional de los centros, servicios y entidades, hasta tanto dicten las nuevas normas sobre acreditación adaptadas a los presentes criterios que, en todo caso, estarán en vigor antes del transcurso de doce meses desde la aprobación del presente acuerdo.</p>



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE SANIDAD, POLÍTICA SOCIAL
E IGUALDAD

<p>Adecuación de los centros, servicios y entidades</p>	<p>Las normas de acreditación administrativa que se aprueben contemplarán un calendario de adecuación a las mismas de los actuales centros, servicios y entidades, en un plazo máximo de tres años con aplicación progresiva y escalonada de los objetivos.</p> <p>Estas normas serán exigibles, en todo caso, a los nuevos centros desde el comienzo de su actividad.</p> <p>Estas normas podrán incorporar la exigencia de algún sistema de certificación, evaluación externa, auditoría de calidad, modelo de calidad, compromiso de plan de mejora, etc.</p> <p>Se crearán y actualizarán los correspondientes Registro de Centros y Servicios acreditados al amparo de este Acuerdo.</p>
---	---

Tabla 13. Datos de carácter personal y datos relacionados con la valoración de las situaciones de dependencia y de las prestaciones reconocidas

Datos de carácter personal de la persona solicitante y beneficiaria
<p>1. Datos identificativos de la persona solicitante:</p> <p>Fecha de la solicitud de reconocimiento de la situación de dependencia.</p> <p>Primer apellido.</p> <p>Segundo apellido (no obligatorio en el caso de personas extranjeras).</p> <p>Nombre.</p> <p>Tipo de identificación (DNI, NIF, NIE, pasaporte, otros).</p> <p>Número de identificación.</p> <p>Número de la cartilla sanitaria.</p> <p>Provincia, isla y municipio.</p> <p>Fecha de nacimiento.</p> <p>Sexo.</p> <p>Primera nacionalidad.</p>
<p>2. Datos socioeconómicos de la persona beneficiaria:</p> <p>Indicación de si la persona beneficiaria vive sola o no.</p> <p>Condición de emigrante español/la retornado/a.</p> <p>Capacidad económica de la persona beneficiaria: desglosándose la renta y patrimonio (a los efectos de determinar su participación en el coste de los servicios y prestaciones económicas), siempre que se trate de un dato utilizado en la gestión.</p> <p>Prestaciones públicas percibidas. (Datos a obtener del Registro de Prestaciones Públicas).</p> <p>Tipo de prestación.</p> <p>Cuantía de la prestación</p> <p>Entidad que la reconoce.</p> <p>3. Datos relativos al proceso de la valoración:</p> <p>3.1 Homologaciones.</p> <p>Homologaciones por asistencia tercera persona. Puntuación ATP.</p> <p>Homologación por prestación gran invalidez.</p> <p>Grado y nivel obtenido por pasarela.</p>



3.2 Datos aplicación BVD/EVE.

Indicación primera valoración/revisión.

Indicación de la utilización de la tabla general/ tabla específica.

Valoración completa o por bloques de actividades, tareas y tipo de apoyo en los expedientes que cuenten con resolución de grado, en el caso de la EVE, y resolución de grado y nivel en el del BVD (según el tratamiento informático de esta información por las CC.AA.). Esta información se deberá aportar con anterioridad al uno de enero de 2011.

Diagnóstico o diagnósticos de la enfermedad que determina la situación de dependencia.

Codificados en CIE 10. Por orden de importancia mayor a menor.

4. Datos relativos a la resolución de grado y nivel:

Tipo y subtipo de resolución de situación de dependencia.

Fecha de la resolución.

Puntuación obtenida aplicación BVD/EVE.

Grado y nivel de la situación de dependencia reconocida.

Recursos, en su caso, estimatorios, desestimatorios y nueva resolución, fecha y nuevo Grado y nivel, en su caso.

Revisiones de la situación de dependencia. Nueva resolución, fecha y nuevo grado y nivel, en su caso.

5. Datos relativos a las prestaciones de atención a la dependencia:

Información común a todas las prestaciones:

Tipo y subtipo de resolución.

Fecha resolución.

Fecha de efectos.

Fecha de efectos suspensión/extinción.

5.1 Prestación económica para cuidados en el entorno familiar.

Cuantía reconocida de la prestación.

Indicación de dedicación a tiempo completo o parcial de la persona cuidadora.

Datos de la persona cuidadora.

Primer apellido.

Segundo apellido.

Nombre.

Sexo.



Grado de parentesco.

Fecha de nacimiento.

Tipo de identificación (DNI, NIF, NIE, pasaporte).

Numero (de identificación).

Número de afiliación a la seguridad social.

Tiene obligación de suscribir convenio especial con la Seguridad Social (sí/no).

Causas de no suscripción de convenio especial:

Alta y cotización de activo.

Desempleo.

Pensionista.

Periodo de excedencia que compute como cotizado.

Situación de convivencia respecto a la persona en situación de dependencia (si/no).

Fecha inicio y finalización de la actividad del cuidador/a, con independencia del alta/baja en la TGSS.

5.2 Prestación económica de asistencia personal.

Cuantía reconocida de la prestación.

Indicación de la dedicación a tiempo completo o parcial.

Determinar si el servicio es prestado por empresa mercantil, trabajador autónomo o contratación directa por la persona beneficiaria.

Sexo de la persona asistente.

5.3 Prestación económica vinculada al servicio.

Tipo de servicio vinculado (Misma clasificación servicios).

Subtipo de servicio (Misma clasificación servicios).

Cuantía reconocida de la prestación.

Indicar si se presta de manera parcial o completa.

5.4 Servicios.

Tipo de servicio.

Servicio de prevención de la dependencia.

Servicio de promoción de la autonomía personal.

Servicio de teleasistencia.

Servicio de ayuda a domicilio.

Servicio de centro de día.

Servicio de centro de noche.

Servicio de centro de día especializado.



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE SANIDAD, POLÍTICA SOCIAL
E IGUALDAD

Servicio de atención residencial.

Subtipo de servicio.

Dependencia asociada a la discapacidad física.

Dependencia asociada a la discapacidad intelectual.

Dependencia asociada a la enfermedad mental.

Dependencia asociada a la discapacidad sensorial.

Dependencia asociada a una pluripatología.

Indicador de referencia del servicio o servicios.

Porcentaje respecto al indicador de referencia del servicio que representa el copago de la persona beneficiaria.

Número de horas mensuales en el servicio de ayuda a domicilio.

5.5 Recursos y revisiones.

Recursos, estimatorios, desestimatorios y nueva prestación.

Revisiones de los programas individualizados de atención. Nueva prestación.

6. Bajas en el sistema de información del SAAD:

Causa de la baja.

Fecha de la baja.

Tabla 14. Convenios suscritos 2010

Convenios suscritos	
Andalucía	Resolución de 10 de febrero de 2011 , de la Secretaría General de Política Social y Consumo, por la que se publica el Convenio de colaboración con la Comunidad Autónoma de Andalucía, para el desarrollo del marco de cooperación interadministrativa previsto en la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia y para el establecimiento y financiación del nivel de protección acordado para el ejercicio 2010
Aragón	Resolución de 10 de febrero de 2011 , de la Secretaría General de Política Social y Consumo, por la que se publica el Convenio de colaboración con la Comunidad Autónoma de Aragón, para el desarrollo del marco de cooperación interadministrativa previsto en la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia y para el establecimiento y financiación del nivel de protección acordado para el ejercicio 2010
Canarias	<u>Resolución de 10 de febrero de 2011, de la Secretaría General de Política Social y Consumo, por la que se publica el Convenio de colaboración con la Comunidad Autónoma de Canarias, para el desarrollo del marco de cooperación interadministrativa previsto en la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia y para el establecimiento y financiación del nivel de protección acordado para el ejercicio 2010</u>
Cantabria	Resolución de 10 de febrero de 2011 , de la Secretaría General de Política Social y Consumo, por la que se publica el Convenio de colaboración con la Comunidad Autónoma de Cantabria, para el desarrollo del marco de cooperación interadministrativa previsto en la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia y para el establecimiento y financiación del nivel de protección acordado para el ejercicio 2010
Castilla-La Mancha	Resolución de 10 de febrero de 2011 , de la Secretaría General de Política Social y Consumo, por la que se publica el Convenio de colaboración con la Comunidad Autónoma de Castilla-La Mancha, para el desarrollo del marco de cooperación interadministrativa previsto en la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia y para el establecimiento y financiación del nivel de protección acordado para el ejercicio 2010



Castilla y León	Resolución de 10 de febrero de 2011 , de la Secretaría General de Política Social y Consumo, por la que se publica el Convenio de colaboración con la Comunidad de Castilla y León, para el desarrollo del marco de cooperación interadministrativa previsto en la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia y para el establecimiento y financiación del nivel de protección acordado para el ejercicio 2010
Cataluña	Resolución de 10 de febrero de 2011 , de la Secretaría General de Política Social y Consumo, por la que se publica el Convenio de colaboración con la Comunidad Autónoma de Cataluña, para el desarrollo del marco de cooperación interadministrativa previsto en la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia y para el establecimiento y financiación del nivel de protección acordado para el ejercicio 2010
Extremadura	Resolución de 10 de febrero de 2011 , de la Secretaría General de Política Social y Consumo, por la que se publica el Convenio de colaboración con la Comunidad Autónoma de Extremadura, para el desarrollo del marco de cooperación interadministrativa previsto en la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia y para el establecimiento y financiación del nivel de protección acordado para el ejercicio 2010
Galicia	Resolución de 10 de febrero de 2011 , de la Secretaría General de Política Social y Consumo, por la que se publica el Convenio de colaboración con la Comunidad Autónoma de Galicia, para el desarrollo del marco de cooperación interadministrativa previsto en la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia y para el establecimiento y financiación del nivel de protección acordado para el ejercicio 2010
Murcia	Resolución de 10 de febrero de 2011 , de la Secretaría General de Política Social y Consumo, por la que se publica el Convenio de colaboración con la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia, para el desarrollo del marco de cooperación interadministrativa previsto en la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia y para el establecimiento y financiación del nivel de protección acordado para el ejercicio 2010



La Rioja	Resolución de 10 de febrero de 2011 , de la Secretaría General de Política Social y Consumo, por la que se publica el Convenio de colaboración con la Comunidad Autónoma de La Rioja, para el desarrollo del marco de cooperación interadministrativa previsto en la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia y para el establecimiento y financiación del nivel de protección acordado para el ejercicio 2010
Illes Balears	Resolución de 10 de febrero de 2011 , de la Secretaría General de Política Social y Consumo, por la que se publica el Convenio de colaboración con la Comunidad Autónoma de las Illes Balears, para el desarrollo del marco de cooperación interadministrativa previsto en la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia y para el establecimiento y financiación del nivel de protección acordado para el ejercicio 2010
Asturias	Resolución de 10 de febrero de 2011 , de la Secretaría General de Política Social y Consumo, por la que se publica el Convenio de colaboración con la Comunidad Autónoma del Principado de Asturias, para el desarrollo del marco de cooperación interadministrativa previsto en la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia y para el establecimiento y financiación del nivel de protección acordado para el ejercicio 2010
Madrid	Resolución de 10 de febrero de 2011 , de la Secretaría General de Política Social y Consumo, por la que se publica el Convenio de colaboración con la Comunidad de Madrid, para el desarrollo del marco de cooperación interadministrativa previsto en la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia y para el establecimiento y financiación del nivel de protección acordado para el ejercicio 2010
C. Valenciana	Resolución de 10 de febrero de 2011 , de la Secretaría General de Política Social y Consumo, por la que se publica el Convenio de colaboración con la Comunitat Valenciana, para el desarrollo del marco de cooperación interadministrativa previsto en la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia y para el establecimiento y financiación del nivel de protección acordado para el ejercicio 2010

Tabla 15. Distribución y delegación de competencias

Andalucía	<p>Decreto 168/2007, de 12 de junio, por el que se regula el procedimiento para el reconocimiento de la situación de dependencia y del derecho a las prestaciones del SAAD, así como los órganos competentes para su valoración.</p>
Aragón	<p>Decreto 5/2007, de 16 de enero, del Gobierno de Aragón, por el que se distribuyen las competencias en materia de promoción de la autonomía y atención a las personas en situación de dependencia entre los diferentes órganos de la Administración de la Comunidad Autónoma de Aragón.</p> <p>Decreto 55/2007, de 17 de abril, sobre habilitación normativa para el desarrollo reglamentario de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia.</p> <p>Decreto 259/2007, de 23 de octubre, del Gobierno de Aragón, sobre habilitación normativa para el desarrollo reglamentario de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia.</p> <p>Resolución de 19 de junio de 2009, de la Dirección General de Atención a la Dependencia, por la que se delega en las Direcciones Provinciales del Instituto Aragonés de Servicios Sociales la competencia para la aprobación y modificación de los programas individuales de atención para las personas en situación de dependencia.</p>
Illes Balears	<p>Resolución de 14 de febrero de 2008, de la Consejera de Asuntos Sociales, Promoción e Inmigración, por la que se regula la habilitación de las personas que han de llevar a cabo las funciones establecidas en los procedimientos de ejecución de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, y su normativa de desarrollo en el ámbito de las Islas Baleares</p> <p>Decreto 83/2010, de 25 de junio, por el cual se establecen los principios generales del procedimiento para reconocimiento de la situación de dependencia, la intensidad de protección de los servicios y el régimen de compatibilidad de las prestaciones del SAAD y se crea la Red Pública de Atención a la Dependencia de las Illes Balears.</p> <p>Resolución de la consejera de Asuntos Sociales, Promoción e Inmigración de 18 de noviembre de 2010 por la que se delegan determinadas competencias en el director general de Atención en la Dependencia y se revoca la resolución de 18 de julio de 2007.</p>



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE SANIDAD, POLÍTICA SOCIAL
E IGUALDAD

Canarias	Resolución de 24 de febrero de 2010 , de la Dirección General de Bienestar Social, por la que se delegan competencias en materia de Dependencia.
Castilla-La Mancha	Resolución de 02-11-2007 , de la Dirección General de Coordinación de la Dependencia, por la que se delegan competencias en las Delegaciones Provinciales de bienestar social en materia de reconocimiento de la situación de dependencia.
Catalunya	Decreto 115/2007 , de 22 de mayo, por el cual se determinan los órganos de la Generalidad de Cataluña competentes para aplicar la Ley 30/2006, de 14 de diciembre, de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia
Región de Murcia	Resolución de 21 de septiembre de 2009 , del Director General de Pensiones, Valoración y Programas de Inclusión, del Instituto Murciano de Acción Social. ³⁴
<p>➤ En la tabla sólo se ha recogido normativa específica, aunque todas las CCAA han atribuido, en diversas normas, competencias en materia de dependencia.</p>	

³⁴ Delegación de Competencias en el titular de la Dirección de la Oficina para la Dependencia.



Tabla 16. Entes y órganos competentes

De administración y Gestión	Andalucía	Decreto 101/2011 , de 19 de abril, por el que se aprueban los Estatutos de la Agencia de Servicios Sociales y Dependencia de Andalucía
	Principado de Asturias	Resolución de 7 de agosto de 2007 , de la Consejería de Bienestar Social, por la que se determinan los componentes de los órganos de valoración de la situación de dependencia a que se refiere la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia.
	Illes Balears	Resolución de 18 de octubre de 2010 , de la Consejera de Asuntos Sociales, Promoción e Inmigración, por la que se crea el Equipo Técnico de Valoración para la Declaración de la Situación de Dependencia y se revoca la de 7 de septiembre de 2007 modificada por la de 27 de noviembre de 2008.
	Castilla-La Mancha	Decreto 176/2009 , de 17 de noviembre, del procedimiento para el reconocimiento de la situación de dependencia y del derecho a las prestaciones del sistema para la autonomía y atención a la dependencia, y de la composición y funciones de los equipos de valoración
	Extremadura	Decreto 222/2008 , de 24 de octubre, por el que se aprueban los Estatutos del Servicio Extremeño de Promoción de la Autonomía y Atención a la Dependencia (SEPAD)
	Galicia	Decreto 15/2010 , de 4 de febrero, por el que se regula el procedimiento para el reconocimiento de la situación de dependencia y del derecho a las prestaciones del sistema para la autonomía y atención a la dependencia, el procedimiento para la elaboración del Programa Individual de Atención y la organización y funcionamiento de los órganos técnicos competentes



	Comunidad Foral de Navarra	<p>Ley Foral 1/2011, de 15 de febrero, por la que se establece el procedimiento para el reconocimiento de la situación de dependencia y se regula la organización, las funciones y el régimen del personal que configura los equipos y el órgano de valoración de la situación de dependencia en Navarra.</p> <p>Decreto Foral 137/2011, de 24 de agosto, por el que se aprueban los estatutos de la Agencia Navarra para la Dependencia.</p>
	Región de Murcia	<p>Orden de 9 de abril de 2007, de la Consejería de Trabajo y Política Social, por la que se crea la Oficina Regional de Información y Atención a la Dependencia y a la Discapacidad</p> <p>Decreto del Consejo de Gobierno 284/2009, de 11 de septiembre, por el que se establecen los Órganos Directivos de la Consejería de Política Social, Mujer e Inmigración (creación Oficina para la Dependencia de la Consejería de Política Social, Mujer e Inmigración)</p>
	Comunidad Valenciana	<p>Ley 10/2006, de 26 de diciembre, de medidas fiscales, de gestión administrativa y financiera, y de organización de la Generalitat. Modifica el régimen jurídico de la Agencia Valenciana de Prestaciones Sociales (AVAPSA)</p>
De participación y seguimiento	Principado de Asturias	<p>Resolución de 9 de julio de 2007, de la Procuradora General del Principado de Asturias, por la que se crea la Comisión Especial para el Seguimiento de la Aplicación, en el ámbito del Principado de Asturias, de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en situación de dependencia.</p>
	Catalunya	<p>Orden ASC/304/2009, de 12 de junio, por la que se constituye la Comisión mixta de seguimiento del desarrollo de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia, derivada de la Moción 45/VIII del Parlamento de Cataluña</p>
	Región de Murcia	<p>Orden de 18 de abril de 2007, de la Consejería de Trabajo y Política Social, por la que se crea la Comisión de Participación Territorial para el Desarrollo e Implantación del Sistema Murciano de Atención a la Dependencia.</p>
	Comunidad Valenciana	<p>Decreto 35/2007, de 30 de marzo, del Consell, sobre creación, composición y régimen de funcionamiento del Consejo Interterritorial de Servicios Sociales, Promoción de la</p>



		<p>Autonomía Personal y Atención a la Dependencia de la Comunitat Valenciana. Modificado por:</p> <ul style="list-style-type: none">- Decreto 113/2009, de 31 de julio, del Consell, por el que se modifica el Decreto 35/2007, de 30 de marzo, del Consell, sobre creación, composición y régimen de funcionamiento del Consejo Interterritorial de Servicios Sociales, Promoción de la Autonomía Personal y Atención a la Dependencia de la Comunitat Valenciana. <p>Decreto 38/2010, de 19 de febrero, del Consell, por el que se crea el Comité Consultivo Autonómico del Sistema Valenciano para la Autonomía y Atención a la Dependencia y se establecen sus normas de funcionamiento.</p>
	Andalucía	<p>Decreto 101/2011, de 19 de abril, por el que se aprueban los Estatutos de la Agencia de Servicios Sociales y Dependencia de Andalucía, crea el Comité Consultivo.</p>
	Castilla y León	<p>Ley 16/2010, de 20 de diciembre, de Servicios Sociales, que crea el Comité Consultivo de Atención a la Dependencia de Castilla y León.</p>



Tabla 17. Modelos de documentos

Modelos de documentación específicos	Andalucía	<p>Orden de 23 de abril de 2007, por la que se aprueba el modelo de solicitud del Procedimiento para el Reconocimiento de la Situación de Dependencia en la Comunidad Autónoma de Andalucía</p> <p>Orden de 1 de octubre de 2007, por la que se aprueban los modelos de informe social, trámite de consulta y propuesta de programa individual de atención del sistema para la autonomía y atención a la dependencia en Andalucía.</p> <p>Orden de 21 de diciembre de 2007, por la que se aprueba el modelo de documento contractual para el ingreso de personas mayores en situación de dependencia en centros residenciales del sistema para la autonomía y atención a la dependencia en la Comunidad Autónoma de Andalucía.</p>
	Principado de Asturias	<p>Resolución de 8 de agosto de 2007, de la Consejería de Bienestar Social, por la que se aprueban el modelo normalizado de dictamen-propuesta sobre el grado y nivel de dependencia de la persona valorada con arreglo a lo previsto en la LAPAD, y el modelo normalizado de la correspondiente resolución</p> <p>Resolución de 25 de enero de 2010, de la Consejería de Bienestar Social y Vivienda, por la que se aprueba el modelo de solicitud para el reconocimiento de la situación de dependencia y el modelo de solicitud de revisión de la situación de dependencia y de las prestaciones del sistema.</p>
	Canarias	<p>Orden de 25 de mayo de 2007, por la que se hacen públicos los modelos normalizados para la solicitud del reconocimiento de la situación de dependencia y del derecho a las prestaciones del sistema para la autonomía y atención a la dependencia</p> <p>Orden de 7 de abril de 2008, por la que se establecen los modelos normalizados de propuesta del Programa Individual de Atención, de informe social y del trámite de consulta que se han de utilizar en los procedimientos para el reconocimiento de la situación de dependencia.</p>



	Castilla-La Mancha	Resolución de 24 de abril de 2007 , de la Consejería de Bienestar Social, por la que se aprueban los modelos de solicitudes de reconocimiento de la situación de dependencia y del derecho a las prestaciones del sistema y del informe de salud. Modificada por Resolución de 20 de julio de 2009, de Castilla-La Mancha, de la Consejería de Salud y Bienestar Social, por la que se modifica la Resolución de 24/04/2007, de la Consejería de Bienestar Social, por la que se aprueban los modelos de solicitudes de reconocimiento de la situación de dependencia y del derecho a las prestaciones del sistema y del informe de salud.
	Castilla y León	Resolución de 22 de marzo de 2010 de la Gerente de Servicios Sociales de Castilla y León, por la que se aprueba el modelo de solicitud para la valoración de la situación de dependencia y acceso a las prestaciones
	Madrid	Resolución 761/2010, de 16 de septiembre , de la Dirección General de Atención Primaria, por la que se aprueba el modelo telemático de solicitud de informes sobre el estado de salud y para reconocimiento de la situación de dependencia
<p>► En la tabla figura normativa específica, si bien en diversas normas todas las CCAA han regulado los modelos básicos para solicitud, valoración, revisión, etc.,</p>		



Tabla 18. Valoración

Modelos de documentación específicos	Andalucía	<p>Orden de 23 de abril de 2007, por la que se aprueba el modelo de solicitud del Procedimiento para el Reconocimiento de la Situación de Dependencia en la Comunidad Autónoma de Andalucía</p> <p>Orden de 1 de octubre de 2007, por la que se aprueban los modelos de informe social, trámite de consulta y propuesta de programa individual de atención del sistema para la autonomía y atención a la dependencia en Andalucía.</p> <p>Orden de 21 de diciembre de 2007, por la que se aprueba el modelo de documento contractual para el ingreso de personas mayores en situación de dependencia en centros residenciales del sistema para la autonomía y atención a la dependencia en la Comunidad Autónoma de Andalucía.</p>
	Principado de Asturias	<p>Resolución de 8 de agosto de 2007, de la Consejería de Bienestar Social, por la que se aprueban el modelo normalizado de dictamen-propuesta sobre el grado y nivel de dependencia de la persona valorada con arreglo a lo previsto en la LAPAD, y el modelo normalizado de la correspondiente resolución</p> <p>Resolución de 25 de enero de 2010, de la Consejería de Bienestar Social y Vivienda, por la que se aprueba el modelo de solicitud para el reconocimiento de la situación de dependencia y el modelo de solicitud de revisión de la situación de dependencia y de las prestaciones del sistema.</p>
	Canarias	<p>Orden de 25 de mayo de 2007, por la que se hacen públicos los modelos normalizados para la solicitud del reconocimiento de la situación de dependencia y del derecho a las prestaciones del sistema para la autonomía y atención a la dependencia</p> <p>Orden de 7 de abril de 2008, por la que se establecen los modelos normalizados de propuesta del Programa Individual de Atención, de informe social y del trámite de consulta que se han de utilizar en los procedimientos para el reconocimiento de la situación de dependencia.</p>



Castilla-La Mancha	Resolución de 24 de abril de 2007 , de la Consejería de Bienestar Social, por la que se aprueban los modelos de solicitudes de reconocimiento de la situación de dependencia y del derecho a las prestaciones del sistema y del informe de salud. Modificada por Resolución de 20 de julio de 2009, de Castilla-La Mancha, de la Consejería de Salud y Bienestar Social, por la que se modifica la Resolución de 24/04/2007, de la Consejería de Bienestar Social, por la que se aprueban los modelos de solicitudes de reconocimiento de la situación de dependencia y del derecho a las prestaciones del sistema y del informe de salud.
Castilla y León	Resolución de 22 de marzo de 2010 de la Gerente de Servicios Sociales de Castilla y León, por la que se aprueba el modelo de solicitud para la valoración de la situación de dependencia y acceso a las prestaciones
Extremadura	Resolución de 25 de abril de 2007 , por la que se hacen públicos los modelos normalizados para la solicitud del reconocimiento de la situación de dependencia y del derecho a las prestaciones del sistema
Madrid	Resolución 761/2010, de 16 de septiembre , de la Dirección General de Atención Primaria, por la que se aprueba el modelo telemático de solicitud de informes sobre el estado de salud y para reconocimiento de la situación de dependencia
<p>► En la tabla figura normativa específica, si bien en diversas normas todas las CCAA han regulado los modelos básicos para solicitud, valoración, revisión, etc.,.</p>	

Tabla 19. Procedimiento para el reconocimiento de la situación de dependencia y de los derechos que le corresponden (procedimiento, valoración y PIA)

Andalucía	Decreto 168/2007 , de 12 de junio, por el que se regula el procedimiento para el reconocimiento de la situación de dependencia y del derecho a las prestaciones del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, así como los órganos competentes para su valoración.	
Aragón	<p>Orden 15 de mayo de 2007, del Departamento de Servicios Sociales y Familia, por la que se regula el procedimiento para el reconocimiento de la situación de dependencia y el acceso a los servicios y prestaciones establecidos en la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia. Modificada por:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Orden de 5 de octubre de 2007, del Departamento de Servicios Sociales y Familia, por la que se modifica el procedimiento de valoración y reconocimiento de la situación de dependencia y de acceso a los servicios y prestaciones del sistema para la autonomía y la atención a la dependencia. - Orden de 11 de julio de 2008, del Departamento de Servicios Sociales y Familia, por la que se modifica el procedimiento para el reconocimiento de la situación de dependencia y el acceso a los servicios y prestaciones del sistema para la autonomía y la atención a la dependencia. - Orden de 5 de abril de 2010, del Departamento de Servicios Sociales y Familia, sobre modificación parcial del procedimiento de reconocimiento de situación de dependencia 	
Principado de Asturias	Decreto 68/2007 , de 14 de junio, por el que se regula el procedimiento para el reconocimiento de la situación de dependencia y del derecho a las prestaciones del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia	
Illes Balears	Decreto 83/2010 , de 25 de junio, por el cual se establecen los principios generales del procedimiento para reconocimiento de la situación de dependencia, la intensidad de protección de los servicios y el régimen de compatibilidad de las prestaciones del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia en el ámbito de la comunidad autónoma de las Illes Balears, y se crea la Red Pública de Atención a la Dependencia de las Illes Balears	
Euskadi	Araba Álava	Decreto Foral 39/2007 , del Consejo de Diputados de 24 de abril, que regula el procedimiento para el reconocimiento de la situación de dependencia, el derecho y el acceso a los servicios del sistema para la autonomía y atención a la dependencia en el Territorio



		<p>Histórico de Álava. Modificado por:</p> <ul style="list-style-type: none">- Decreto Foral 85/2008, del Consejo de Diputados de 16 de septiembre, que modifica los Decretos 39 y 45/2007, de 24 de abril y de 8 de mayo, respectivamente, reguladores del procedimiento para el reconocimiento de la situación de dependencia, el derecho y el acceso a los servicios del sistema para la autonomía y atención a la dependencia, y del régimen de acceso y traslado de las personas no reconocidas dependientes que sean usuarias de la Red Foral de Servicios Sociales de este Territorio Histórico.
	Bizkaia	<p>Decreto Foral de la Diputación Foral de Bizkaia 162/2009, de 1 de diciembre, por el que se regula el procedimiento para el reconocimiento de la situación de dependencia. Modificado por:</p> <ul style="list-style-type: none">- Decreto Foral de la Diputación Foral de Bizkaia 93/2010, de 20 de julio, por el que se modifica Decreto Foral 162/2009, de 1 de diciembre, de la Diputación Foral de Bizkaia, por el que se regula el procedimiento para el reconocimiento de la situación de dependencia.
	Gipuzkoa	<p>Orden Foral 320/2007, de 25 de abril, de Guipúzcoa, por la que se establece el baremo de la de valoración de la situación de dependencia y el procedimiento de actuación para su determinación</p>
Canarias		<p>Decreto 54/2008, de 25 de marzo, por el que se regula el procedimiento para el reconocimiento de la situación de dependencia y del derecho a las prestaciones del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, establecido en la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. Modificado por:</p> <ul style="list-style-type: none">- Decreto 163/2008, de 15 de julio, que modifica el Decreto 54/2008, de 25 de marzo, por el que se regula el procedimiento para el reconocimiento de la situación de dependencia y del derecho a las prestaciones del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, establecido en la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia.- Decreto 101/2009, de 21 de julio, que modifica el Decreto 54/2008, de 25 de marzo, por el que se regula el procedimiento para el reconocimiento de la situación de dependencia y del derecho a las prestaciones del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, establecido en la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia.
Cantabria		<p>Orden SAN/26/2007, de 7 de mayo, por la que se regulan los procedimientos para el reconocimiento de la situación de dependencia y del</p>



	<p>derecho a las prestaciones del sistema para la autonomía y atención a la dependencia. Modificada por:</p> <ul style="list-style-type: none">- Orden EMP/68/2010, de 29 de octubre por la que se modifica la Orden SAN/26/2007, de 17 de mayo, por la que se regulan los procedimientos para el reconocimiento de la situación de dependencia y del derecho a las prestaciones del sistema para la autonomía y atención a la dependencia- Orden EMP/48/2009, de 24 de abril, de Cantabria, por la que se desarrolla el catálogo de servicios del Sistema para la Autonomía Personal y la Atención a la Dependencia y se regula la aportación económica de las personas usuarias en la CA.
Castilla-La Mancha	Decreto 176/2009 , de 17 de noviembre, del procedimiento para el reconocimiento de la situación de dependencia y del derecho a las prestaciones del sistema para la autonomía y atención a la dependencia, y de la composición y funciones de los equipos de valoración
Castilla y León	Orden FAM/824/2007, de 30 de abril , por la que se regula el procedimiento para el reconocimiento de la situación de dependencia y del derecho a las prestaciones del Sistema para la Autonomía y Atención a la dependencia.
Catalunya	Decreto 115/2007 , de 22 de mayo, por el que se determinan los órganos de la Generalidad de Cataluña competentes para aplicar la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia Orden ASC/304/2009, de 12 de junio , , por la que se constituye la Comisión mixta de seguimiento del desarrollo de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia, derivada de la Moción 45/VIII del Parlamento de Cataluña
Extremadura	Decreto 1/2009, de 9 de enero , por el que se regula el procedimiento para el reconocimiento de la situación de dependencia y del derecho a las prestaciones del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia en la Comunidad Autónoma de Extremadura
Galicia	Orden de 17 de diciembre de 2007 , por la que se establecen los criterios para la elaboración del Programa individual de atención, fijación de las intensidades de protección de los servicios, régimen de compatibilidades de las prestaciones y gestión de las prestaciones económicas del sistema para la autonomía y atención a la dependencia en la Comunidad Autónoma de Galicia. Decreto 15/2010 , de 4 de febrero, por el que se regula el procedimiento para el reconocimiento de la situación de dependencia y del derecho a las



	prestaciones del sistema para la autonomía y atención a la dependencia, el procedimiento para la elaboración del Programa Individual de Atención y la organización y funcionamiento de los órganos técnicos competentes.
Madrid	Orden 2386/2008, de 17 de diciembre , por la que se regulan los procedimientos para el reconocimiento de la situación de dependencia, para la elaboración del programa individual de atención, las prestaciones económicas y servicios y el régimen de incompatibilidades (derogada parcialmente). Orden 625/2010, de 21 de abril , por la que se regulan los procedimientos para el reconocimiento de la situación de dependencia y para la elaboración del Programa Individual de Atención
Región de Murcia	Decreto 74/2011 , de 20 de mayo, por el que se regula el procedimiento para el reconocimiento de la situación de dependencia y del derecho a los servicios y prestaciones económicas del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia en la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia y se establece el régimen de infracciones y sanciones
Comunidad Foral de Navarra	Resolución 573/2007 , de 12 de noviembre, del Director General de Presidencia, por la que se dispone la publicación en el Boletín Oficial de Navarra del Acuerdo de la Junta de Cooperación entre la Administración General del Estado y la Comunidad Foral de Navarra de 7 de noviembre de 2007, en relación con la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia Ley Foral 1/2011 , de 15 de febrero, por la que se establece el procedimiento para el reconocimiento de la situación de dependencia y se regula la organización, las funciones y el régimen del personal que configura los equipos y el órgano de valoración de la situación de dependencia en Navarra
La Rioja	Orden 4/2007, de 16 de octubre , de la Consejería de Servicios Sociales por la que se regula el procedimiento para la valoración y reconocimiento de la situación de dependencia en la Comunidad Autónoma de La Rioja
Comunidad Valenciana	Decreto 18/2011 , de 25 de febrero, del Consell, por el que se establece el procedimiento para reconocer el derecho a las prestaciones del sistema valenciano para las personas en situación de dependencia.
Ceuta Melilla	Orden TAS/2455/2007, de 7 de agosto , por la que se dictan normas para la aplicación y desarrollo en el año 2007, de los Reales Decretos que desarrollan la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, en las Ciudades de Ceuta



	<p>y de Melilla. Modificada por:</p> <ul style="list-style-type: none">- Orden TAS/278/2008, de 8 de febrero, por la que se modifica la Orden TAS/2455/2007, de 7 de agosto, por la que se dictan normas para la aplicación y desarrollo en el año 2007, de los Reales Decretos que desarrollan la Ley 39/ 2006, de 14 de diciembre, de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia, en las ciudades de Ceuta y Melilla, y se prorroga su vigencia para el año 2008- Orden ESD/480/2009, de 13 de febrero, por la que se modifica la Orden TAS/2455/2007, de 7 de agosto, por la que se dictan normas para la aplicación y desarrollo en el año 2007, de los Reales Decretos que desarrollan la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en situación de Dependencia, en las ciudades de Ceuta y de Melilla. <p>Resolución de 16 de julio de 2007, del Instituto de Mayores y Servicios Sociales, sobre el procedimiento a seguir para el reconocimiento de la situación de dependencia y del derecho a las prestaciones del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (permanecen vigentes anexos)</p>
Encomienda	<p>Canarias</p> <p>Resolución de 24 de mayo de 2010, por la que se dispone la publicación del Convenio de Encomienda de Gestión suscrito entre la Consejería de Bienestar Social, Juventud y Vivienda y la Fundación Canaria Sagrada Familia para la prestación de determinados servicios en materia de Dependencia.</p>



Tabla 20. Servicios

Catálogo de servicios específicos	Cantabria	<p>Orden EMP/48/2009, de 24 de abril, por la que se desarrolla el catálogo de servicios del Sistema para la Autonomía Personal y la Atención a la Dependencia y se regula la aportación económica de las personas usuarias en la Comunidad Autónoma de Cantabria.</p> <p>Modificada por:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Orden EMP/79/2009 de 19 de octubre, de modificación de la Orden EMP/48/2009, de 24 de abril, por la que se desarrolla el catálogo de servicios del Sistema para la Autonomía Personal y la Atención a la Dependencia y se regula la aportación económica de las personas usuarias en la Comunidad Autónoma de Cantabria...
	Castilla-La Mancha	<p>Orden de 23/12/2010, de la Consejería de Salud y Bienestar Social, por la que se establece el catálogo de servicios y prestaciones económicas del sistema para la autonomía y atención a la dependencia en la Comunidad Autónoma de Castilla-La Mancha y se determina la intensidad de los servicios y el régimen de compatibilidades aplicable</p>
	Extremadura	<p>Orden de 13 de mayo de 2011, por la que se establece el catálogo de servicios y prestaciones económicas del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia en la Comunidad Autónoma de Extremadura, la intensidad de los servicios y el régimen de compatibilidades aplicables</p>
	Madrid	<p>Orden 141/2011, de 1 de marzo, por la que se regula el catálogo de servicios y prestaciones para las personas reconocidas en situación de dependencia en grado I en la Comunidad de Madrid</p>
		<ul style="list-style-type: none"> ▶ En varias de las carteras generales de servicios sociales se incluyen los destinados a las personas dependientes. ▶ La mayoría de las Comunidades Autónomas regulan el contenido, la intensidad, la compatibilidad y el régimen de acceso a las prestaciones de servicios del SAAD en diversas normas, aunque no utilicen expresamente la denominación "catálogo" o "cartera". ▶ Igualmente, son varias las Comunidades Autónomas que han optado por desarrollar determinadas prestaciones de manera independiente, bien específicamente para las personas en situación de dependencia o bien conjuntamente con otros colectivos.



Autorización y acreditación	Andalucía	<p>Orden de 5 de noviembre de 2007, por la que se regula el procedimiento y los requisitos para la acreditación de los centros para personas mayores en situación de dependencia en Andalucía (calidad)</p> <p>Orden del 15 de noviembre de 2007, por la que se regula el Servicio de Ayuda a Domicilio</p>	
	Principado de Asturias	<p>Decreto 43/2011, de 17 de mayo, por el que se aprueba el Reglamento de Autorización, Registro, Acreditación e Inspección de Centros y Servicios Sociales</p>	
	Illes Balears	<p>Decreto 86/2010, de 25 de junio por el que se establecen los principios generales y las directrices de coordinación para la autorización y la acreditación de los servicios sociales de atención a personas mayores y personas con discapacidades, y se regulan los requisitos de autorización y acreditación de los servicios residenciales de carácter suprainular para estos sectores de población</p>	
	Euskadi	Gipuzkoa	<p>Decreto Foral 38/2007, de 22 de mayo, por el que se determinan las condiciones necesarias para la concertación de servicios residenciales para personas mayores dependientes.</p>
	Canarias		<p>Orden de 8 de septiembre de 2009, por la que se establece el procedimiento de habilitación provisional de centros, servicios y entidades privados, para la atención a personas en situación de dependencia en el ámbito territorial de la Comunidad Autónoma de Canarias.</p>
	Cantabria		<p>Orden EMP/37/2010, de 18 de marzo, por la que se establecen los criterios y se regula el procedimiento para la acreditación de centros de servicios sociales destinados a la atención a personas en situación de dependencia.</p>
	Galicia		<p>Orden de 22 de enero de 2009 reguladora del Servicio de Ayuda a Domicilio</p>
	Ceuta Melilla		<p>Orden SAS/2287/2010, de 19 de agosto, por la que se regulan los requisitos y el procedimiento para la acreditación de los centros, servicios y entidades privadas, concertadas o no, que actúen en el ámbito de la autonomía personal y la atención a personas en situación de dependencia en las ciudades de Ceuta y de Melilla.</p>



Acceso y traslado a los servicios	Andalucía	<p>Decreto 388/2010, de 19 de octubre, por el que se regula el régimen de acceso y traslado de personas en situación de dependencia a plazas de centros residenciales y centros de día y de noche.</p> <p>Orden de 3 de agosto de 2007 (DA.2ª) modifica la Orden de 10 de enero de 2002, por la que se regula el Servicio Andaluz de Teleasistencia.</p>
	Aragón	<p>Orden de 7 de noviembre de 2007, del Departamento de Servicios Sociales y Familia, por la que se regula el régimen de acceso a los servicios y prestaciones económicas del Sistema para la Autonomía y la Atención a la Dependencia en la Comunidad Autónoma de Aragón</p>
	Illes Balears	<p>Resolución de la consejera de Asuntos Sociales, Promoción e Inmigración de 11 de noviembre de 2010 por la que se establecen los procedimientos de ingreso y traslado a residencias y centros de día de la Red Pública de Atención a la Dependencia para personas mayores en situación de dependencia.</p>
	Castilla y León	<p>Orden FAM/1056/2007, de 31 de mayo, por la que se regulan los baremos para la valoración de solicitudes de ingreso y de traslados en centros residenciales y en unidades de estancias diurnas para personas mayores dependientes de la Administración de la Comunidad de Castilla y León y a las plazas concertadas en otros establecimientos.</p>
	Región de Murcia	<p>Decreto n.º 306/2010, de 3 de diciembre, por el que se establecen la intensidad de protección de los servicios, la cuantía de las prestaciones económicas, las condiciones de acceso y el régimen de compatibilidad de las prestaciones del sistema para la autonomía y atención a la dependencia en la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia</p>
	Comunidad Foral de Navarra	<p>Orden Foral 336/2009, de 12 de noviembre, de la Consejera de Asuntos Sociales, Familia, Juventud y Deporte, por la que se regula el acceso a los servicios de ingresos temporales destinados a la atención de personas mayores dependientes, personas con discapacidad y personas con enfermedad mental en la Comunidad Foral de Navarra</p>



	Euskadi Álava/Araba	Decreto Foral 39/2007 , del Consejo de Diputados, de 24 de abril, que regula el procedimiento para el reconocimiento de la situación de dependencia, el derecho y el acceso a los servicios del sistema para la autonomía y atención a la dependencia en el Territorio Histórico de Álava
	Euskadi Bizkaia	<p>Decreto Foral 145/2001, de 22 de agosto, regulador del sistema de acceso a centros de día para personas mayores dependientes de titularidad de la Diputación Foral de Bizkaia; a plazas convenidas o concertadas en centros de día para personas mayores dependientes; y de la concesión de ayudas económicas individuales para el ingreso en plazas no convenidas o concertadas en centros de día para personas mayores dependientes</p> <p>Decreto Foral 210/2005, de 20 de diciembre, que regula el régimen de acceso al servicio público foral de residencias para personas mayores dependientes y las condiciones de prestación del servicio residencial, en estancia temporal, con la finalidad de respiro para las familias y personas cuidadoras</p> <p>Decreto Foral de la Diputación Foral de Bizkaia 29/2009, de 24 de febrero, por el que se regula el régimen de acceso al servicio público foral de residencias para personas mayores dependientes y las condiciones de prestación del servicio en estancia permanente</p> <p>Decreto Foral 235/2006, de 26 de diciembre, de la Diputación Foral, por el que se regula el régimen de acceso a las unidades residenciales socio-sanitarias de la red foral de residencias para personas mayores dependientes y las condiciones de prestación del servicio asistencial</p> <p>Decreto Foral de la Diputación Foral de Bizkaia 87/2011, de 10 de mayo, por el que se modifica el Decreto Foral 210/2005, de 20 de diciembre, que regula el régimen de acceso al servicio público foral de residencias para personas mayores dependientes y las condiciones de prestación del servicio residencial, en estancia temporal, con la finalidad de respiro para las familias y personas cuidadoras.</p>



	La Rioja	<p>Decreto 25/2011, de 25 de marzo, por el que se regula el procedimiento de acceso a las plazas públicas del servicio de atención residencial y servicio de estancias temporales residenciales para personas con discapacidad, con gran dependencia o dependencia severa, del Sistema Riojano para la Autonomía Personal y la Dependencia</p> <p>Decreto 18/2011, de 11 de marzo, por el que se regula el sistema de acceso al servicio público de atención residencial y al servicio público de estancias temporales residenciales para personas mayores grandes dependientes y dependientes severos del sistema riojano para la autonomía personal y la dependencia</p> <p>Resolución de la Consejería de Servicios Sociales de La Rioja, de 20 de abril de 2011, por la que se modifica y actualiza el anexo I del Decreto 18/2011, de 11 de marzo, por el que se regula el sistema de acceso al servicio público de atención residencial y el servicio público de estancias temporales residenciales para personas mayores grandes dependientes y dependientes severos del sistema riojano para la autonomía personal y la dependencia</p> <p>Decreto 56/2010, de 3 de diciembre, por el que se regulan los requisitos y el procedimiento de acceso al servicio de centro de día y de centro ocupacional, para personas con discapacidad del Sistema Riojano para la Autonomía personal y la Dependencia</p> <p>Decreto 24/2010, de 22 de abril, por el que se regula el sistema de acceso a plazas públicas en Centros de Día para personas mayores dependientes del Sistema Riojano para la Autonomía Personal y la Dependencia</p>
<p>► En alguna Comunidad Autónoma se regula el sistema de acceso a determinados servicios con carácter general mediante una norma que incluye a otros colectivos y que recoge y distingue las particularidades de los distintos beneficiarios.</p>		

Tabla 21. Prestaciones económicas

Andalucía	<p>Orden de 3 de agosto de 2007, por la que se establecen la intensidad de protección de los servicios, el régimen de compatibilidad de las Prestaciones y la Gestión de las Prestaciones Económicas del Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia en Andalucía. Modificada por las Ordenes de 7/3/2008, 6/4/2009 y 26/7/2010)</p>
Aragón	<p>Orden de 7 de noviembre de 2007, del Departamento de Servicios Sociales y Familia, por la que se regula el régimen de acceso a los servicios y prestaciones económicas del Sistema para la Autonomía y la Atención a la Dependencia en la Comunidad Autónoma de Aragón</p>
Illes Balears	<p>Decreto 83/2010, de 25 de junio, por el cual se establecen los principios generales del procedimiento para reconocimiento de la situación de dependencia, la intensidad de protección de los servicios y el régimen de compatibilidad de las prestaciones del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia en el ámbito de la comunidad autónoma de las Illes Balears, y se crea la Red Pública de Atención a la Dependencia de las Illes Balears</p>
Canarias	<p>Decreto 131/2011, de 17 de mayo, por el que se establecen las intensidades de protección de los servicios y los criterios para determinar las compatibilidades y las incompatibilidades entre las prestaciones de atención a la dependencia del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia en el ámbito de la Comunidad Autónoma de Canarias.</p> <p>Orden de 2 de abril de 2008, de la Consejería de Bienestar Social, Juventud y Vivienda, por la que se establece con carácter transitorio la intensidad de protección de los servicios y se hacen públicos los criterios para la determinación de la prestación económica a los beneficiarios que tengan reconocida la condición de persona en situación de dependencia en el ámbito de la Comunidad Autónoma de Canarias. Modificada por:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Orden de 29 de diciembre de 2008, por la que se establece la prórroga de la Orden de 2 de abril de 2008 (B.O.C. nº 68, de 4 de abril), que regula con carácter transitorio la intensidad de protección de los servicios y se hacen públicos los criterios para la determinación de la prestación económica a los beneficiarios que tengan reconocida la condición de persona en situación de dependencia en el ámbito de la Comunidad Autónoma de Canarias. - Orden de 10 de febrero de 2010, por la que se modifica la Orden de 2 de abril de 2008 (BOC nº 68, de 4 de abril), que establece con carácter transitorio la intensidad de protección de los servicios y



	hace públicos los criterios para la determinación de la prestación económica a los beneficiarios que tengan reconocida la condición de persona en situación de dependencia en el ámbito de la Comunidad Autónoma de Canarias para el ejercicio 2008.
Castilla y León	Orden FAM/763/2011 , de 6 de junio, por la que se regulan las prestaciones del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia en Castilla y León, el cálculo de la capacidad económica y las medidas de apoyo a las personas cuidadoras no profesionales.
Euskadi	Araba/ Álava <p>Decreto Foral 11/2008, del Consejo de Diputados de 12 de febrero, que aprueba la normativa reguladora de la prestación económica de asistencia personal prevista en la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia en el Territorio Histórico de Álava (derogado parcialmente)</p> <p>Decreto Foral 24/2008, del Consejo de Diputados de 8 de abril, que aprueba la normativa reguladora de la Prestación Económica Vinculada al Servicio prevista en la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, en el Territorio Histórico de Álava (derogado parcialmente)</p> <p>Decreto Foral 40/2010, del Consejo de Diputados de 3 de agosto, que aprueba la normativa reguladora de la prestación económica para cuidados en el entorno familiar, en desarrollo de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. Modificado por:</p> <ul style="list-style-type: none">- Decreto Foral 59/2010, del Consejo de Diputados de 23 de noviembre, que modifica los Decretos Forales 23 y 40/2010, de 8 de junio y 3 de agosto, sobre cuantías de la prestación económica para cuidadores en el entorno familiar de personas en situación de dependencia. <p>Decreto Foral 20/2011, del Consejo de Diputados de 22 de marzo, que aprueba la normativa reguladora de la Prestación Económica para Cuidados en el Entorno Familiar de personas en situación de dependencia, en desarrollo de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia, Grado Y (Dependencia Moderada), Nivel 2</p>



	Bizkaia	<p>Decreto Foral 98/2007, de 19 de junio, de la Diputación Foral de Bizkaia, por el que se regula la prestación para cuidados en el entorno familiar. Modificado por:</p> <ul style="list-style-type: none">- Decreto Foral 198/2007, de 6 de noviembre, de la Diputación Foral de Bizkaia, por el que se modifica el Decreto Foral 98/2007, de 19 de junio, de la Diputación Foral de Bizkaia, por el que se regula la prestación para cuidados en el entorno familiar. <p>Decreto Foral 99/2007, de 19 de junio, de la Diputación Foral de Bizkaia, por el que se regula la prestación económica de asistencia personal. Modificado por:</p> <ul style="list-style-type: none">- Decreto Foral 199/2007 de Vizcaya, de 6 de noviembre, por el que se modifica el Decreto Foral 99/2007, de 19 de junio, de la Diputación Foral de Bizkaia, por el que se regula la prestación económica de asistencia personal. <p>Decreto Foral de la Diputación Foral de Bizkaia 90/2010, de 29 de junio, por el que se regula la prestación económica vinculada al servicio foral residencial para personas dependientes. Modificado por:</p> <ul style="list-style-type: none">- Decreto Foral de la Diputación Foral de Bizkaia 117/2010, de 9 de noviembre, por el que se modifica el Decreto Foral 90/2010, de 29 de junio, por el que se regula la prestación económica vinculada al servicio foral residencial para personas dependientes.- Decreto Foral de la Diputación Foral de Bizkaia 132/2010, de 23 de noviembre, por el que se modifica la disposición adicional primera del Decreto Foral 90/2010, de 29 de junio, por el que se regula la prestación económica vinculada al servicio foral residencial para personas dependientes.- Decreto Foral de la Diputación Foral de Bizkaia 164/2010, de 21 de diciembre, por el que se modifica la disposición adicional primera en lo que respecta al límite de crédito para el año 2011, del Decreto Foral 90/2010, de 29 de junio, por el que se regula la prestación económica vinculada al servicio foral residencial para personas dependientes.- Decreto Foral de la Diputación Foral de Bizkaia 65/2011, de 29 de marzo, por el que se modifica el Decreto Foral 90/2010, de 29 de junio, en la redacción dada por el Decreto Foral 117/2010, de 9 de noviembre, por el que se regula la prestación económica vinculada al servicio foral residencial para personas dependientes.
--	---------	--



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE SANIDAD, POLÍTICA SOCIAL
E IGUALDAD

	Gipuzkoa	Decreto Foral 25/2009 , de 20 de noviembre, por el que se regulan las prestaciones económicas de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia.
Catalunya		Orden ASC/433/2007 , de 23 de noviembre, por la que se establecen los criterios para determinar el importe de las prestaciones económicas del Sistema para la Autonomía y la Atención a la Dependencia (SAAD) en el ámbito territorial de Cataluña Orden ASC/471/2010 , de 28 de septiembre, por la que se regulan las prestaciones y los y las profesionales de la asistencia personal en Cataluña.
Extremadura		Orden de 13 de mayo de 2011 , por la que se establece el catálogo de servicios y prestaciones económicas del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia en la Comunidad Autónoma de Extremadura, la intensidad de los servicios y el régimen de compatibilidades aplicables
Galicia		Decreto 15/2010, de 4 de febrero , por el que se regula el procedimiento para el reconocimiento de la situación de dependencia y del derecho a las prestaciones del sistema para la autonomía y atención a la dependencia, el procedimiento para la elaboración del Programa Individual de Atención y la organización y funcionamiento de los órganos técnicos competentes. Orden de 17 de diciembre de 2007 , por la que se establecen los criterios para la elaboración del Programa individual de atención, fijación de las intensidades de protección de los servicios, régimen de compatibilidades de las prestaciones y gestión de las prestaciones económicas del sistema para la autonomía y atención a la dependencia en la Comunidad Autónoma de Galicia
Madrid		Orden 627/2010, de 21 de abril , por la que se regulan la prestación económica vinculada al servicio o cheque servicio y la prestación económica de asistencia personal para personas en situación de dependencia de la Comunidad de Madrid. Orden 626/2010, de 21 de abril , por la que se regula la prestación económica para cuidados en el entorno familiar y apoyo a cuidadores no profesionales para personas en situación de dependencia de la Comunidad de Madrid
Comunidad Foral de		Orden Foral 212/2009, de 1 de junio , de la Consejera de Asuntos Sociales, Familia, Juventud y Deporte, por la que se regulan las ayudas



Navarra	<p>económicas para asistente personal de personas dependientes</p> <p>Orden Foral 211/2009, de 1 de junio, de la Consejera de Asuntos Sociales, Familia, Juventud y Deporte, por la que se regulan las ayudas económicas para la permanencia en el domicilio de las personas dependientes y apoyo a las personas cuidadoras de éstas</p> <p>Orden Foral 210/2009, de 1 de junio, de la Consejera de Asuntos Sociales, Familia, Juventud y Deporte, por la que se regulan las prestaciones económicas vinculadas a servicio.</p>
La Rioja	<p>Decreto 32/2005, de 29 de abril, por el que se crean y regulan las prestaciones para cuidadores de personas mayores dependientes. Modificado por:</p> <ul style="list-style-type: none">- Decreto 131/2007, de 27 de diciembre, por el que se modifica el decreto 32/2005, de 29 de abril, por el que se crean y regulan las prestaciones para cuidadores de personas mayores dependientes <p>Orden 5/2010, de 30 de diciembre, de la Consejería de Servicios Sociales por la que se regulan las condiciones de acceso y la cuantía de las prestaciones económicas del Sistema Riojano para la Autonomía Personal y la Dependencia</p>
Región de Murcia	<p>Decreto n.º 306/2010, de 3 de diciembre, por el que se establecen la intensidad de protección de los servicios, la cuantía de las prestaciones económicas, las condiciones de acceso y el régimen de compatibilidad de las prestaciones del sistema para la autonomía y atención a la dependencia en la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia</p>
Comunidad Valenciana	<p>Orden de 5 de diciembre de 2007, de la Conselleria de Bienestar Social por la que se regula los requisitos y condiciones de acceso a las ayudas económicas del programa de atención a las personas y a sus familias en el marco del sistema para la autonomía y atención a la dependencia en la Comunitat Valenciana.</p>
<p>► En varias de las carteras generales de servicios sociales se incluyen las prestaciones económicas destinadas a las personas dependientes.</p> <p>► Varias Comunidades Autónomas regulan el contenido, la compatibilidad, el régimen de acceso y la determinación de la cuantía de las prestaciones económicas del SAAD en una norma específica, que bien desarrolla la norma en la que se establece el procedimiento o bien tiene carácter autónomo. Igualmente, son varias las Comunidades Autónomas que han optado por desarrollar alguna prestación económica de manera independiente.</p>	

Tabla 22. Normativa que regula la formación e información a personas cuidadoras no profesionales

Illes Balears	Resolución de la Consejería de Asuntos Sociales, Promoción e Inmigración de 10 de junio de 2010 , por la que se fijan los criterios de acreditación en materia de formación e información de los cuidadores no profesionales
Canarias	Resolución de 10 de febrero de 2011 , por la que se fijan los criterios de acreditación en materia de formación e información de cuidadores no profesionales Escuela de Servicios Sanitarios y Sociales de Canarias. Resolución de 16 de marzo de 2011, de la Directora, sobre procedimiento para la acreditación de centros en materia de formación de cuidadores no profesionales.
Extremadura	Orden de 24 de marzo de 2010 , por la que se establece el catálogo de servicios y prestaciones económicas del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia en la Comunidad Autónoma de Extremadura.
Comunidad Foral de Navarra	Orden Foral 297/2010, de 4 de octubre , por la que se aprueba la convocatoria de subvenciones a entidades de iniciativa social del área de personas con discapacidad para el desarrollo de programas de formación dirigidos a cuidadores no profesionales.
Euskadi Bizkaia	Decreto Foral de la Diputación de Bizkaia 144/2010 , de 9 de diciembre, por el que se aprueban las bases reguladoras de las subvenciones para el desarrollo del "Programa de atención a la dependencia en el medio familiar mediante actuaciones de promoción de la autonomía personal, voluntariado y de apoyo psicosocial a las personas cuidadoras de personas mayores dependientes.
Comunidad Valenciana	Decreto 38/2010 , de 19 de febrero, por el que se crea el Comité consultivo Autonómico del Sistema Valenciano para la Autonomía y Atención a la Dependencia y se establecen sus normas de funcionamiento.



Tabla 23. Intensidad protectora y compatibilidades

Andalucía	<p>Orden de 3 de agosto de 2007, por la que se establecen la intensidad de protección de los servicios, el régimen de compatibilidad de las Prestaciones y la Gestión de las Prestaciones Económicas del Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia en Andalucía. Modificada por:</p> <ul style="list-style-type: none">- Orden de 7 de marzo de 2008, por la que se modifica la Orden de 3 de agosto de 2007, por la que se establecen la intensidad de protección de los servicios, el régimen de compatibilidad de las prestaciones y la Gestión de las prestaciones económicas del sistema de autonomía y atención a la dependencia en Andalucía y la Orden de 15 de noviembre de 2007, por la que se regula el Servicio de ayuda a domicilio. (nuevo art. 8.2 párr. 2º; nuevo art. 11.3.d; art. 17.3 y 4; nuevo art. 17.5; art. 18.3);- Orden de 6 de abril de 2009, por la que se modifica la de 3 de agosto de 2007, por la que se establecen la intensidad de protección de los servicios, el régimen de compatibilidad de las prestaciones y la gestión de las prestaciones económicas del sistema de autonomía y atención a la dependencia en Andalucía, y la Orden de 15 de noviembre de 2007, por la que se regula el Servicio de Ayuda a Domicilio en la Comunidad Autónoma de Andalucía (art. 5; art. 8.2 párr. 2º; art. 11; art.17); <p>Orden de 26 de julio de 2010, por la que se modifica la de 3 de agosto de 2007, por la que se establecen la intensidad de protección de los servicios, el régimen de compatibilidad de las prestaciones y la gestión de las prestaciones económicas del sistema de autonomía y atención a la dependencia en Andalucía.</p> <p>Orden de 15 de noviembre de 2007, por la que se regula el servicio de ayuda a domicilio en la Comunidad Autónoma de Andalucía. Modificada por:</p> <ul style="list-style-type: none">- Orden de 7 de marzo de 2008, de Andalucía, por la que se modifica la Orden de 3 de agosto de 2007, por la que se establecen la intensidad de protección de los servicios, el régimen de compatibilidad de las prestaciones y la Gestión de las prestaciones económicas del sistema de autonomía y atención a la dependencia en Andalucía y la Orden
-----------	---



	<p>de 15 de noviembre de 2007, por la que se regula el Servicio de ayuda a domicilio. (tercer nivel adicional de protección a la ciudadanía)</p> <ul style="list-style-type: none">- Orden de 22 de septiembre de 2008, por la que se modifican la Orden de 5 de noviembre de 2007, por la que se regula el procedimiento y los requisitos para la acreditación de los centros para personas mayores en situación de dependencia en Andalucía, y la Orden de 15 de noviembre de 2007, por la que se regula el servicio de ayuda a domicilio en la Comunidad Autónoma de Andalucía.- Orden de 6 de abril de 2009, por la que se modifica la de 3 de agosto de 2007, por la que se establecen la intensidad de protección de los servicios, el régimen de compatibilidad de las prestaciones y la gestión de las prestaciones económicas del sistema de autonomía y atención a la dependencia en Andalucía, y la Orden de 15 de noviembre de 2007, por la que se regula el Servicio de Ayuda a Domicilio en la Comunidad Autónoma de Andalucía.- Orden de 10 de noviembre de 2010, por la que se modifica la de 15 de noviembre de 2007, por la que se regula el Servicio de Ayuda a Domicilio en la Comunidad Autónoma de Andalucía.
Aragón	Decreto 143/2011 , de 14 de junio, por el que se aprueba el Catálogo de Servicios Sociales de la Comunidad Autónoma de Aragón.
Principado de Asturias	Resolución de 27 de abril de 2011 , de la Consejería de Bienestar Social y Vivienda, por la que se regula la determinación de la capacidad económica de las personas beneficiarias, las prestaciones económicas y la participación en el coste del Servicio de Ayuda a Domicilio del Sistema para la Autonomía y Atención a la dependencia (SAAD) en el Principado de Asturias. Resolución de 14 de diciembre de 2009 , de la Consejería de Bienestar Social y Vivienda, por la que se regula la determinación de la capacidad económica de las personas que tengan reconocida la situación de dependencia, las prestaciones económicas y la participación en el coste del Servicio de Ayuda a Domicilio del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD) en el Principado de Asturias (<i>derogada, aplicación transitoria</i>).
Illes Balears	Decreto 83/2010 , de 25 de junio, por el cual se establecen los principios generales del procedimiento para reconocimiento de la



	<p>situación de dependencia, la intensidad de protección de los servicios y el régimen de compatibilidad de las prestaciones del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia en el ámbito de la comunidad autónoma de las Illes Balears, y se crea la Red Pública de Atención a la Dependencia de las Illes Balears</p>
Canarias	<p>Decreto 131/2011, de 17 de mayo, por el que se establecen las intensidades de protección de los servicios y los criterios para determinar las compatibilidades y las incompatibilidades entre las prestaciones de atención a la dependencia del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia en el ámbito de la Comunidad Autónoma de Canarias.</p> <p>Orden de 2 de abril de 2008, de la Consejería de Bienestar Social, Juventud y Vivienda, por la que se establece con carácter transitorio la intensidad de protección de los servicios y se hacen públicos los criterios para la determinación de la prestación económica a los beneficiarios que tengan reconocida la condición de persona en situación de dependencia en el ámbito de la Comunidad Autónoma de Canarias.</p> <p>Modificada por:</p> <ul style="list-style-type: none">- Orden de 29 de diciembre de 2008, por la que se establece la prórroga de la Orden de 2 de abril de 2008 (B.O.C. nº 68, de 4 de abril), que regula con carácter transitorio la intensidad de protección de los servicios y se hacen públicos los criterios para la determinación de la prestación económica a los beneficiarios que tengan reconocida la condición de persona en situación de dependencia en el ámbito de la Comunidad Autónoma de Canarias.- Orden de 10 de febrero de 2010, por la que se modifica la Orden de 2 de abril de 2008 (BOC nº 68, de 4 de abril), que establece con carácter transitorio la intensidad de protección de los servicios y hace públicos los criterios para la determinación de la prestación económica a los beneficiarios que tengan reconocida la condición de persona en situación de dependencia en el ámbito de la Comunidad Autónoma de Canarias para el ejercicio 2008.
Cantabria	<p>Orden EMP/48/2009, de 24 de abril, por la que se desarrolla el catálogo de servicios del Sistema para la Autonomía Personal y la Atención a la Dependencia y se regula la aportación económica de las personas usuarias en la Comunidad Autónoma de Cantabria. Modificada por:</p>



	<p>- Orden EMP/79/2009 de 19 de octubre, de modificación de la Orden EMP/48/2009, de 24 de abril, por la que se desarrolla el catálogo de servicios del Sistema para la Autonomía Personal y la Atención a la Dependencia y se regula la aportación económica de las personas usuarias en la Comunidad Autónoma de Cantabria.</p>
Castilla-La Mancha	<p>Orden de 23/12/2010, de la Consejería de Salud y Bienestar Social, por la que se establece el catálogo de servicios y prestaciones económicas del sistema para la autonomía y atención a la dependencia en la Comunidad Autónoma de Castilla-La Mancha y se determina la intensidad de los servicios y el régimen de compatibilidades aplicable.</p>
Castilla y León	<p>Orden FAM/763/2011, de 6 de junio, por la que se regulan las prestaciones del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia en Castilla y León, el cálculo de la capacidad económica y las medidas de apoyo a las personas cuidadoras no profesionales.</p> <p>Decreto 269/1998, de 17 de diciembre, por el que se regula la prestación social básica de la ayuda a domicilio en Castilla y León.</p> <p>Orden FAM/1057/2007, de 31 de mayo, por la que se regula el baremo para la valoración de las solicitudes de acceso a la Prestación Social Básica de la Ayuda a Domicilio en Castilla y León.</p> <p>Resolución de 9 de junio de 2011, de la Gerencia de Servicios Sociales de Castilla y León, por la que se determina el contenido de los servicios de promoción de la autonomía personal.</p>
Catalunya	<p>Orden ASC/55/2008, de 12 de febrero, por la que se establecen los criterios para determinar las compatibilidades y las incompatibilidades entre las prestaciones del Sistema Catalán de Autonomía y Atención a la Dependencia (SCAAD) y las prestaciones del Sistema Público de Servicios Sociales (SPSS) en el ámbito territorial de Cataluña.</p> <p>Orden ASC/432/2007, de 22 de noviembre, por la que se regulan los precios públicos y el régimen de participación de las personas beneficiarias en la financiación de los servicios del Sistema para la Autonomía y la Atención a la Dependencia (SAAD) en el ámbito territorial de Cataluña.</p>
Extremadura	<p>Orden de 13 de mayo de 2011, por la que se establece el catálogo de servicios y prestaciones económicas del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia en la Comunidad Autónoma de Extremadura, la intensidad de los servicios y el régimen de compatibilidades aplicables.</p>



Galicia	<p>Decreto 15/2010, de 4 de febrero, por el que se regula el procedimiento para el reconocimiento de la situación de dependencia y del derecho a las prestaciones del sistema para la autonomía y atención a la dependencia, el procedimiento para la elaboración del Programa Individual de Atención y la organización y funcionamiento de los órganos técnicos competentes.</p> <p>Orden de 17 de diciembre de 2007, por la que se establecen los criterios para la elaboración del Programa individual de atención, fijación de las intensidades de protección de los servicios, régimen de compatibilidades de las prestaciones y gestión de las prestaciones económicas del sistema para la autonomía y atención a la dependencia en la Comunidad Autónoma de Galicia (vigente en los aspectos que no contravengan el Decreto 15/2010, de 4 de febrero).</p> <p>Orden de 9 de septiembre de 2008, por la que se desarrolla el Decreto 195/2007, de 13 de septiembre, por el que se regula el Servicio Gallego de Apoyo a la Movilidad Personal para personas con discapacidad y/o dependientes y se aprueba el Catálogo de prestaciones del servicio</p> <p>Decreto 195/2007, de 13 de septiembre, por el que se regula el Servicio Gallego de Apoyo a la Movilidad Personal para personas con discapacidad y/o dependientes.</p> <p>Orden de 22 de enero de 2009, por la que se regula el servicio de ayuda a domicilio.</p>
Madrid	<p>Orden 2386/2008, de 17 de diciembre, por la que se regulan los procedimientos para el reconocimiento de la situación de dependencia, para la elaboración del programa individual de atención, las prestaciones económicas y servicios y el régimen de incompatibilidades.</p> <p>Orden 625/2010, de 21 de abril, por la que se regulan los procedimientos para el reconocimiento de la situación de dependencia y para la elaboración del Programa Individual de Atención</p> <p>Orden 141/2011, de 1 de marzo, por la que se regula el catálogo de servicios y prestaciones para las personas reconocidas en situación de dependencia en grado I en la Comunidad de Madrid.</p> <p>Orden 626/2010, de 21 de abril, por la que se regula la prestación económica para cuidados en el entorno familiar y apoyo a cuidadores no profesionales para personas en situación de</p>



	<p>dependencia de la Comunidad de Madrid. Modificada por:</p> <ul style="list-style-type: none">– Orden 141/2011, de 1 de marzo, por la que se regula el catálogo de servicios y prestaciones para las personas reconocidas en situación de dependencia en grado I en la Comunidad de Madrid. <p>Orden 627/2010, de 21 de abril, por la que se regulan la prestación económica vinculada al servicio o cheque servicio y la prestación económica de asistencia personal para personas en situación de dependencia de la Comunidad de Madrid. Modificada por:</p> <p>Orden 141/2011, de 1 de marzo, por la que se regula el catálogo de servicios y prestaciones para las personas reconocidas en situación de dependencia en grado I en la Comunidad de Madrid.</p>
Región de Murcia	<p>Decreto n.º 306/2010, de 3 de diciembre, por el que se establecen la intensidad de protección de los servicios, la cuantía de las prestaciones económicas, las condiciones de acceso y el régimen de compatibilidad de las prestaciones del sistema para la autonomía y atención a la dependencia en la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia.</p>
Comunidad Foral de Navarra	<p>Decreto Foral 69/2008, 17 de junio por el que se aprueba la Cartera de Servicios Sociales de Ámbito General.</p> <p>Orden Foral 180/2009, de 7 de mayo, de la Consejera de Asuntos Sociales, Familia, Juventud y Deporte, por la que se regula el acceso al Servicio Telefónico de Emergencia.</p> <p>Orden Foral 210/2009, de 1 de junio, de la Consejera de Asuntos Sociales, Familia, Juventud y Deporte, por la que se regulan las prestaciones económicas vinculadas a servicio.</p> <p>Orden Foral 211/2009, de 1 de junio, de la Consejera de Asuntos Sociales, Familia, Juventud y Deporte, por la que se regulan las ayudas económicas para la permanencia en el domicilio de las personas dependientes y apoyo a las personas cuidadoras de éstas</p> <p>Orden Foral 212/2009, de 1 de junio, de la Consejera de Asuntos Sociales, Familia, Juventud y Deporte, por la que se regulan las ayudas económicas para asistente personal de personas dependientes</p>
La Rioja	<p>Decreto 31/2011, de 29 de abril, por el que se aprueba la Cartera de servicios y prestaciones del Sistema Público Riojano de Servicios Sociales.</p>



	<p>Orden 2/2011, de 2 de mayo, de la Consejería de Servicios Sociales por la que se adaptan las normas reguladoras de prestaciones económicas del Sistema Público Riojano de Servicios Sociales a las previsiones del Decreto 31/2011, de 29 de abril, por el que se aprueba la Cartera de servicios y prestaciones del Sistema Público Riojano de Servicios Sociales.</p> <p>Decreto 8/2011, de 18 de febrero, del Servicio de Ayuda a Domicilio en el ámbito de la Comunidad Autónoma de La Rioja.</p> <p>Decreto 29/2010, de 7 de mayo, por el que se regula el Servicio de Teleasistencia del Sistema Riojano para la Autonomía personal y la dependencia.</p> <p>Decreto 32/2005, de 29 de abril, por el que se crean y regulan las prestaciones para cuidadores de personas mayores dependientes. Modificado por:</p> <ul style="list-style-type: none">- Decreto 131/2007, de 27 de diciembre, por el que se modifica el decreto 32/2005, de 29 de abril, por el que se crean y regulan las prestaciones para cuidadores de personas mayores dependientes. <p>Orden 5/2010, de 30 de diciembre, de la Consejería de Servicios Sociales por la que se regulan las condiciones de acceso y la cuantía de las prestaciones económicas del Sistema Riojano para la Autonomía Personal y la Dependencia.</p>
Euskadi	<p>Decreto Foral 11/2008, del Consejo de Diputados de 12 de febrero, que aprueba la normativa reguladora de la prestación económica de asistencia personal prevista en la Ley 39/2006, de 14 de diciembre de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia en el Territorio Histórico de Alava (derogado parcialmente).</p> <p>Decreto Foral 24/2008, del Consejo de Diputados de 8 de abril, que aprueba la normativa reguladora de las Prestación Económica Vinculada al Servicio prevista en la Ley (derogado parcialmente) y</p> <p>Decreto Foral 40/2010, del Consejo de Diputados de 3 de agosto que aprueba la normativa reguladora de la prestación económica para cuidados en el entorno familiar, en desarrollo de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. Modificado por:</p>



		<ul style="list-style-type: none">- Decreto Foral 59/2010, del Consejo de Diputados de 23 de noviembre, que modifica los Decretos Forales 23 y 40/2010, de 8 de junio y 3 de agosto, sobre cuantías de la prestación económica para cuidadores en el entorno familiar de personas en situación de dependencia.- Decreto Foral 20/2011, del Consejo de Diputados de 22 de marzo, que aprueba la normativa reguladora de la Prestación Económica para Cuidados en el entorno Familiar de personas en situación de dependencia, en desarrollo de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en situación de dependencia, Grado I (Dependencia Moderada), Nivel 2.
	Bizkaia	<p>Decreto Foral 98/2007, de 19 de junio, por el que se regula la prestación para cuidados en el entorno familiar. Modificado por:</p> <ul style="list-style-type: none">- Decreto Foral 198/2007, de 6 de noviembre, por el que se modifica el Decreto Foral 98/2007, de 19 de junio, de la Diputación Foral de Bizkaia, por el que se regula la prestación para cuidados en el entorno familiar. <p>Decreto Foral 99/2007, de 19 de junio, por el que se regula la prestación económica de asistencia personal. Modificado por:</p> <ul style="list-style-type: none">- Decreto Foral 199/2007, de 6 de noviembre, por el que se modifica el Decreto Foral 99/2007, de 19 de junio, de la Diputación Foral de Bizkaia, por el que se regula la prestación económica de asistencia personal. <p>Decreto Foral 32/2008, de 18 de marzo, por el que se regula el régimen de acceso al servicio público de Teleasistencia y las condiciones de prestación del servicio.</p> <p>Decreto Foral 90/2010, de 29 de junio, por el que se regula la prestación económica vinculada al servicio foral residencial para personas dependientes. Modificado por</p> <ul style="list-style-type: none">- Decreto Foral 117/2010, de 9 de noviembre, por el que se modifica el Decreto Foral 90/2010, de 29 de junio, por el que se regula la prestación económica vinculada al servicio foral residencial para personas dependientes- Decreto Foral 132/2010, de 23 de noviembre, por el que se modifica la disposición adicional primera del Decreto Foral 90/2010, de 29 de junio, por el que se regula la prestación económica vinculada al servicio foral residencial para



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE SANIDAD, POLÍTICA SOCIAL
E IGUALDAD

		<p>personas dependientes</p> <p>Decreto Foral 164/2010, de 21 de diciembre, por el que se modifica la disposición adicional primera en lo que respecta al límite de crédito para el año 2011, del Decreto Foral 90/2010, de 29 de junio, por el que se regula la prestación económica vinculada al servicio foral residencial para personas dependientes.</p>
	Gipuzkoa	<p>Decreto Foral 25/2009, de 21 de julio, por el que se regulan las prestaciones económicas de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia</p>

Tabla 24. Normas que establecen prestaciones para el grado I

Andalucía.	<p>Orden de 6 de abril de 2009, por la que se modifica la de 3 de agosto de 2007, por la que se establecen la intensidad de protección de los servicios, el régimen de compatibilidad de las prestaciones y la gestión de las prestaciones económicas del sistema de autonomía y atención a la dependencia en Andalucía</p> <p>Orden de 15 de noviembre de 2007, por la que se regula el Servicio de Ayuda a Domicilio en la Comunidad Autónoma de Andalucía (son anteriores al acuerdo del CT)</p>
Aragón	<p>Decreto 143/2011, de 14 de junio, del Gobierno de Aragón, por el que se aprueba el Catálogo de Servicios Sociales de la Comunidad Autónoma de Aragón</p> <p>Orden de 22 de marzo de 2011, del Departamento de Servicios Sociales y Familia, por la que se modifica la Orden de 7 de noviembre de 2007, que regula el régimen de acceso a los servicios y prestaciones económicas del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia en la Comunidad Autónoma de Aragón.</p>
Illes Balears	<p>Decreto 83/2010, de 25 de junio, por el cual se establecen los principios generales del procedimiento para reconocimiento de la situación de dependencia, la intensidad de protección de los servicios y el régimen de compatibilidad de las prestaciones del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia en el ámbito de la comunidad autónoma de las Illes Balears, y se crea la Red Pública de Atención a la Dependencia de las Illes Balears</p>
Canarias	<p>Decreto 131/2011, de 17 de mayo, por el que se establecen las intensidades de protección de los servicios y los criterios para determinar las compatibilidades y las incompatibilidades entre las prestaciones de atención a la dependencia del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia en el ámbito de la Comunidad Autónoma de Canarias</p>
Cantabria	<p>Orden EMP/81/2010, de 14 de diciembre, por la que se regulan los efectos económicos para las personas en situación de dependencia moderada asistidas por el sistema de Atención a la Dependencia en la Comunidad Autónoma de Cantabria y se fija la revisión de la aportación de las personas beneficiarias para 2011.</p>
Castilla-La Mancha	<p>Orden de 23/12/2010, de la Consejería de Salud y Bienestar Social, por la que se establece el catálogo de servicios y prestaciones económicas del sistema para la autonomía y atención a la dependencia en la Comunidad Autónoma de Castilla-La Mancha y se determina la intensidad de los servicios y el régimen de compatibilidades aplicable.</p>



Catalunya	<p>Decreto 142/2010, de 11 de octubre, por el que se aprueba la Cartera de Servicios Sociales. 2010-2011.</p> <p>Orden ASC/471/2010, de 28 de septiembre, por la que se regulan las prestaciones y los y las profesionales de la asistencia personal en Cataluña</p>
Comunidad Valenciana	<p>Orden de 5 de diciembre de 2007, de la Conselleria de Bienestar Social por la que se regula los requisitos y condiciones de acceso a las ayudas económicas del programa de atención a las personas y a sus familias en el marco del sistema para la autonomía y atención a la dependencia en la Comunitat Valenciana</p> <p>Orden 5/2011, de 6 de junio, de la Conselleria de Bienestar Social, de modificación de los artículos 4 y concordantes de la Orden de 5 de diciembre de 2007, por la que se regulan los requisitos y condiciones de acceso a las ayudas económicas del Programa de Atención a las Personas y a sus Familias en el marco del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia en la Comunitat Valenciana</p>
Extremadura	<p>Orden de 13 de mayo de 2011 por la que se establece el catálogo de servicios y prestaciones económicas del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia en la Comunidad Autónoma de Extremadura, la intensidad de los servicios y el régimen de compatibilidades aplicables</p>
Madrid	<p>Orden 141/2011, de 1 de marzo, por la que se regula el catálogo de servicios y prestaciones para las personas reconocidas en situación de dependencia en grado I en la Comunidad de Madrid</p> <p>Resolución 525/2011, de 12 de abril, de la Dirección General de Coordinación de la Dependencia, por la que se publican las cuantías máximas de las prestaciones económicas del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia en la Comunidad de Madrid para el año 2011</p>
Región de Murcia	<p>Decreto n.º 306/2010, de 3 de diciembre, por el que se establecen la intensidad de protección de los servicios, la cuantía de las prestaciones económicas, las condiciones de acceso y el régimen de compatibilidad de las prestaciones del sistema para la autonomía y atención a la dependencia en la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia</p>
Comunidad Foral de Navarra	<p>Acuerdo de 14 de octubre de 2010, del Consejo de Gobierno de la Agencia Navarra para la Dependencia, por el que se modifican las tarifas y las normas de aplicación de las mismas por la prestación de servicios gestionados directa o indirectamente por este Organismo Autónomo.</p> <p>Ley Foral 1/2011, de 15 de febrero, por la que se establece el procedimiento para el reconocimiento de la situación de dependencia y se regula la</p>



	<p>organización, las funciones y el régimen del personal que configura los equipos y el órgano de valoración de la situación de dependencia en Navarra</p> <p>Orden Foral 130/2011, de 20 de abril, de la Consejera de Asuntos Sociales, Familia, Juventud y Deporte, por la que se convocan ayudas para personas que residan en la Comunidad Foral de Navarra que contraten a personas para trabajar en el servicio doméstico y/o en el acompañamiento de menores, mayores o dependientes moderados, con el fin de facilitar la conciliación de la vida familiar, profesional y personal de las familias contratantes e incrementar el empleo en el sector de servicios de proximidad</p> <p>Orden Foral 82/2011, de 8 de marzo, de la Consejera de Asuntos Sociales, Familia, Juventud y Deporte, por la que se establece el importe de las prestaciones vinculadas a servicio, para el año 2011</p>
La Rioja	<p>Decreto 56/2010, de 3 de diciembre, por el que se regulan los requisitos y el procedimiento de acceso al servicio de centro de día y de centro ocupacional, para personas con discapacidad del Sistema Riojano para la Autonomía personal y la Dependencia</p> <p>Orden 5/2010, de 30 de diciembre, de la Consejería de Servicios Sociales por la que se regulan las condiciones de acceso y la cuantía de las prestaciones económicas del Sistema Riojano para la Autonomía Personal y la Dependencia</p>
Euskadi Álava	<p>Decreto Foral 20/2011, del Consejo de Diputados de 22 de marzo, que aprueba la normativa reguladora de la Prestación Económica para Cuidados en el Entorno Familiar de personas en situación de dependencia, en desarrollo de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia, Grado I (Dependencia Moderada), Nivel 2</p>
Euskadi Bizkaia	<p>Decreto Foral de la Diputación Foral de Bizkaia 93/2011 de 24 de mayo, por el que se aprueban en el territorio histórico de Bizkaia, las cuantías para año 2011 de las prestaciones económicas para cuidados en el entorno familiar y de asistencia personal</p>



Tabla 25. Cálculo capacidad económica y aportación usuarios

Andalucía	<p>Orden de 3 de agosto de 2007, por la que se establecen la intensidad de protección de los servicios, el régimen de compatibilidad de las Prestaciones y la Gestión de las Prestaciones Económicas del Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia en Andalucía. Modificada por Orden de 7 de marzo de 2008, Orden de 26 de julio de 2010 y Orden de 26 de julio de 2010, por la que se modifica la Orden de 3 de agosto de 2007.</p> <p>Orden de 15 de noviembre de 2007, por la que se regula el servicio de ayuda a domicilio en la Comunidad Autónoma de Andalucía. En esta materia específica, ha sido modificada por Orden de 10 de noviembre de 2010.</p>
Aragón	<p>Orden de 7 de noviembre de 2007, del Departamento de Servicios Sociales y Familia, por la que se regula el régimen de acceso a los servicios y prestaciones económicas del Sistema para la Autonomía y la Atención a la Dependencia en la Comunidad Autónoma de Aragón. Modificada por la</p> <ul style="list-style-type: none">- Orden de 22 de marzo de 2011, de Aragón, del Departamento de Servicios Sociales y Familia, por la que se modifica la Orden de 7 de noviembre de 2007, que regula el régimen de acceso a los servicios y prestaciones económicas del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia en la Comunidad Autónoma de Aragón. <p>Orden de 21 mayo de 2010, del Departamento de Servicios Sociales y Familia, por la que se regula el régimen de acceso y adjudicación de plazas de servicio de ayuda a domicilio, centros de día, centros ocupacionales y residencias ofertadas por el Gobierno de Aragón.</p>
Principado de Asturias	<p>Resolución de 27 de abril de 2011, de la Consejería de Bienestar Social y Vivienda, por la que se regula la determinación de la capacidad económica de las personas beneficiarias, las prestaciones económicas y la participación en el coste del Servicio de Ayuda a Domicilio del Sistema para la Autonomía y Atención a la dependencia (SAAD) en el Principado de Asturias.</p> <p>Decreto 144/2010, de 24 de noviembre, por el que se establecen los precios públicos correspondientes a determinados servicios sociales especializados (distingue servicios asistenciales y hoteleros)</p>
Illes Balears	<p>Resolución de 21 de enero de 2009, de la consejera de Asuntos Sociales, Promoción e Inmigración por la que se incrementa la</p>



	<p>aportación económica o copago del servicio residencial y del servicio de centro de día de las personas que actualmente son beneficiarias de estos servicios en la red de centros públicos del sistema público de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia.</p> <p>Ley 4/2009, de 11 de junio, de servicios sociales de las Illes Balears. (art. 74)</p> <p>Decreto 84/2010, de 25 de junio por el que se regulan los criterios para calcular la capacidad económica con la finalidad de establecer la participación económica de las personas beneficiarias de las prestaciones asistenciales que forman parte de la Red Pública de Atención a la Dependencia de las Illes Balears, y para concretar las prestaciones económicas del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia</p>
Canarias	<p>Orden de 2 de abril de 2008, de la Consejería de Bienestar Social, Juventud y Vivienda, por la que se establece con carácter transitorio la intensidad de protección de los servicios y se hacen públicos los criterios para la determinación de la prestación económica a los beneficiarios que tengan reconocida la condición de persona en situación de dependencia en el ámbito de la Comunidad Autónoma de Canarias (regula los criterios para determinar la capacidad económica y las cuantías de las prestaciones económicas). Modificada por:</p> <ul style="list-style-type: none">- Orden de 29 de diciembre de 2008, por la que se establece la prórroga de la Orden de 2 de abril de 2008, que regula con carácter transitorio la intensidad de protección de los servicios y se hacen públicos los criterios para la determinación de la prestación económica a los beneficiarios que tengan reconocida la condición de persona en situación de dependencia en el ámbito de la Comunidad Autónoma de Canarias.- Orden de 10 de febrero de 2010, por la que se modifica la Orden de 2 de abril de 2008, que establece con carácter transitorio la intensidad de protección de los servicios y hace públicos los criterios para la determinación de la prestación económica a los beneficiarios que tengan reconocida la condición de persona en situación de dependencia en el ámbito de la Comunidad Autónoma de Canarias.
Cantabria	<p>Ley de Cantabria 2/2007, de 27 de marzo, de Derechos y Servicios Sociales (art. 51)</p> <p>Orden EMP/48/2009, de 24 de abril, por la que se desarrolla el catálogo de servicios del SAAD y se regula la aportación económica de las personas usuarias en la Comunidad Autónoma de Cantabria. Modificada por</p>



	<ul style="list-style-type: none">- Orden EMP/79/2009 de 19 de octubre, de modificación de la Orden EMP/48/2009, de 24 de abril, por la que se desarrolla el catálogo de servicios del SAAD y se regula la aportación económica de las personas usuarias en la Comunidad Autónoma de Cantabria.- Orden EMP/81/2010, de 14 de diciembre, por la que se regulan los efectos económicos para las personas en situación de dependencia moderada asistidas por el SAAD en la Comunidad Autónoma de Cantabria y se fija la revisión de la aportación de las personas beneficiarias para 2011
Castilla-La Mancha	<p>Decreto 186/2010, de 20 de julio, del régimen jurídico de los centros y servicios especializados para la atención a las personas mayores en la red pública de Castilla-La Mancha y del procedimiento de acceso a los mismos (art. 6, 2, establece criterios para determinar el copago).</p> <p>Orden de 23 de diciembre de 2010, de la Consejería de Salud y Bienestar Social, por la que se establece el catálogo de servicios y prestaciones económicas del sistema para la autonomía y atención a la dependencia en la Comunidad Autónoma de Castilla-La Mancha y se determina la intensidad de los servicios y el régimen de compatibilidades aplicable. (art. 30 y 31)</p>
Castilla y León	<p>Resolución de 5 de noviembre de 2009, de la Gerencia de Servicios Sociales, por la que se establece el coste máximo por día de plaza ocupada, relativo a la acción concertada en materia de reserva y ocupación de plazas en Centros de Servicios Sociales.</p> <p>Ley 16/2010, de 20 de diciembre, de servicios sociales de Castilla y León (arts. 108,2 y 11).</p> <p>Orden FAM/763/2011, de 6 de junio, por la que se regulan las prestaciones del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia en Castilla y León, el cálculo de la capacidad económica y las medidas de apoyo a las personas cuidadoras no profesionales</p>
Catalunya	<p>Ley 12/2007, de 11 de octubre, de servicios sociales. (arts. 66 y 67).</p> <p>Orden ASC/433/2007, de 23 de Noviembre, por la que se establecen los criterios para determinar el importe de las prestaciones económicas del Sistema para la Autonomía y la atención a la Dependencia (SAAD) en el ámbito territorial de Cataluña</p> <p>Orden ASC/432/2007, de 22 de Noviembre, por la que se regulan los precios públicos y el régimen de participación de las personas beneficiarias en la financiación de los servicios del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD) en el ámbito territorial</p>



	<p>de Cataluña. Modificada por</p> <ul style="list-style-type: none">- Orden ASC/471/2010, de 28 de septiembre, por la que se regulan las prestaciones y los y las profesionales de la asistencia personal en Cataluña.
Extremadura	<p>Orden de 11 de junio de 2010 por la que se hacen públicos los criterios para la determinación, en la Comunidad Autónoma de Extremadura, de la prestación económica a los beneficiarios que tengan reconocida la condición de persona en situación de dependencia. Modificada por Orden de 13 de mayo de 2011, por la que se establece el catálogo de servicios y prestaciones económicas del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia en la Comunidad Autónoma de Extremadura, la intensidad de los servicios y el régimen de compatibilidades aplicables.</p>
Galicia	<p>Orden de 17 de diciembre de 2007, por la que se establecen los criterios para la elaboración del Programa individual de atención, fijación de las intensidades de protección de los servicios, régimen de compatibilidades de las prestaciones y gestión de las prestaciones económicas del SAAD en la Comunidad Autónoma de Galicia.</p> <p>Decreto 15/2010, de 4 de febrero, por el que se regula el procedimiento para el reconocimiento de la situación de dependencia y del derecho a las prestaciones del sistema para la autonomía y atención a la dependencia, el procedimiento para la elaboración del Programa Individual de Atención y la organización y funcionamiento de los órganos técnicos competentes. (arts 22, 24 y 26).</p> <p>Ley 13/2008, de 3 de diciembre, de servicios sociales (art 56 participación en el coste del servicio)</p> <p>Orden de 22 de enero de 2009, por la que se regula el servicio de ayuda a domicilio. (arts. 17 y 18).</p>
Madrid	<p>Orden 625/2010, de 21 de abril, por la que se regulan los procedimientos para el reconocimiento de la situación de dependencia y para la elaboración del Programa Individual de Atención (capacidad económica).</p> <p>Orden 626/2010, de 21 de abril, por la que se regula la prestación económica para cuidados en el entorno familiar y apoyo a cuidadores no profesionales para personas en situación de dependencia de la Comunidad de Madrid.</p> <p>Orden 627/2010, de 21 de abril, por la que se regulan la prestación económica vinculada al servicio o cheque servicio y</p>



		la prestación económica de asistencia personal para personas en situación de dependencia de la Comunidad de Madrid.
Región de Murcia		<p>Decreto n.º 126/2010, de 28 de mayo, por el que se establecen los criterios para determinar la capacidad económica de los beneficiarios y su participación en la financiación de las prestaciones económicas y servicios del sistema de autonomía y atención a la dependencia en la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia.</p> <p>Decreto n.º 306/2010, de 3 de diciembre, por el que se establecen la intensidad de protección de los servicios, la cuantía de las prestaciones económicas, las condiciones de acceso y el régimen de compatibilidad de las prestaciones del sistema para la autonomía y atención a la dependencia en la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia. (artículos 21 y 22.)</p> <p>Orden, de 27/06/2011, de la Consejería de Política Social, Mujer e Inmigración, por la que se establecen los precios públicos por la prestación de los servicios del Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia y del Sistema de Servicios Sociales con financiación Pública en la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia.</p>
Comunidad Foral de Navarra		<p>Orden Foral 210/2009, de 1 de junio, de la Consejera de Asuntos Sociales, Familia, Juventud y Deporte, por la que se regulan las prestaciones económicas vinculadas a servicio.</p> <p>Orden Foral 211/2009, de 1 de junio, de la Consejera de Asuntos Sociales, Familia, Juventud y Deporte, por la que se regulan las ayudas económicas para la permanencia en el domicilio de las personas dependientes y apoyo a las personas cuidadoras de éstas (arts. 2 y 3)</p> <p>Orden Foral 212/2009, de 1 de junio, de la Consejera de Asuntos Sociales, Familia, Juventud y Deporte, por la que se regulan las ayudas económicas para asistente personal de personas dependientes.</p>
La Rioja		<p>Orden 5/2010, de 30 de diciembre, de la Consejería de Servicios Sociales por la que se regulan las condiciones de acceso y la cuantía de las prestaciones económicas del Sistema Riojano para la Autonomía Personal y la Dependencia. (Arts. 11 y 15 a 17).</p>
Euskadi	Álava/ Araba	<p>Decreto Foral 11/2008, del Consejo de Diputados de 12 de febrero, que aprueba la normativa reguladora de la prestación económica de asistencia personal prevista en la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia en el Territorio Histórico de Álava. (art. 8, 3, 4</p>



		<p>y 5) (derogada parcialmente).</p> <p>Decreto Foral 24/2008, del Consejo de Diputados de 8 de abril, que aprueba la normativa reguladora de la Prestación Económica Vinculada al Servicio prevista en la Ley (derogada parcialmente).</p> <p>Decreto Foral 40/2010, del Consejo de Diputados de 3 de agosto, que aprueba la normativa reguladora de la prestación económica para cuidados en el entorno familiar, en desarrollo de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. (art. 8). Modificado por</p> <ul style="list-style-type: none">- Decreto Foral 59/2010, del Consejo de Diputados de 23 de noviembre, que modifica los Decretos Forales 23 y 40/2010, de 8 de junio y 3 de agosto, sobre cuantías de la prestación económica para cuidadores en el entorno familiar de personas en situación de dependencia. (Modifica el art. 8, aparato 1) <p>Decreto Foral 5/2010 del Consejo de Diputados de 23 de febrero de 2010, que aprueba la normativa reguladora de la aplicación de los precios públicos de los servicios prestados por el Instituto Foral de Bienestar Social durante el ejercicio 2010.</p>
	Bizkaia	<p>Decreto Foral 90/2010, de 29 de junio, por el que se regula la prestación económica vinculada al servicio foral residencial para personas dependientes. (art. 5) Modificado por</p> <ul style="list-style-type: none">- Decreto Foral 117/2010, de 9 de noviembre, por el que se modifica el Decreto Foral 90/2010, de 29 de junio, por el que se regula la prestación económica vinculada al servicio foral residencial para personas dependientes. (modifica el art. 5) <p>Decreto Foral 98/200, de 19 de junio, por el que se regula la prestación para cuidados en el entorno familiar. (Art. 8)</p> <p>Decreto Foral 99/2007, de 19 de junio, por el que se regula la prestación económica de asistencia personal.</p>
	Gipúzkoa	<p>Decreto Foral 25/2009, de 21 de julio, por el que se regulan las prestaciones económicas de la LAPAD (art. 6)</p>
Comunidad Valenciana		<p>Orden de 5 de diciembre de 2007, de la Conselleria de Bienestar Social por la que se regula los requisitos y condiciones de acceso a las ayudas económicas del programa de atención a las personas y a sus familias en el marco del SAAD en la Comunitat Valenciana. (art. 18 y disposición adicional primera).</p>



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE SANIDAD, POLÍTICA SOCIAL
E IGUALDAD

Anexo II

Financiación AGE

LEY DE LA DEPENDENCIA

CRÉDITOS DE LA AGE ASIGNADOS A LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE ANDALUCÍA

AÑO	NIVEL MINIMO	NIVEL ACORDADO	
	IMPORTE ABONADO	CUANTÍA A REPARTIR	CUANTÍA ASIGNADA
2007	33.544.119,56 €	220.000.000 €	36.246.571,00 €
2008	157.129.903,11 €	241.019.460 €	42.207.117,00 €
2009	327.616.178,86 €	283.197.420 €	55.912.452,00 €
2010	378.234.791,64 €	283.197.420 €	61.329.121,00€
TOTALES:	896.524.993,17 €		195.695.261,00 €

FONDO ESPECIAL DEL ESTADO PARA LA DINAMIZACIÓN DE LA ECONOMÍA Y EL EMPLEO (PLAN E)

AÑO	CUANTÍA A REPARTIR	CUANTÍA ASIGNADA	Inversiones	Gastos Corrientes
2009	400.000.000 €	74.266.963 €	48.273.526 €	25.993.437 €



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE SANIDAD, POLÍTICA SOCIAL
E IGUALDAD

LEY DE LA DEPENDENCIA

CRÉDITOS DE LA AGE ASIGNADOS A LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE ARAGÓN

AÑO	NIVEL MINIMO		NIVEL ACORDADO	
	IMPORTE ABONADO	CUANTÍA A REPARTIR	CUANTÍA ASIGNADA	
2007	2.565.498,55 €	220.000.000 €	8.380.327,00 €	
2008	25.203.552,29 €	241.019.460 €	9.576.203,00 €	
2009	47.760.425,00 €	283.197.420 €	11.384.047,00 €	
2010	62.614.570,37 €	283.197.420 €	10.897.358,00 €	
TOTALES	138.144.046,21 €		40.237.935,00 €	

FONDO ESPECIAL DEL ESTADO PARA LA DINAMIZACIÓN DE LA ECONOMÍA Y EL EMPLEO

(PLAN E)

AÑO	CUANTÍA A REPARTIR	CUANTÍA ASIGNADA	Inversiones	Gastos Corrientes
2009	400.000.000 €	15.236.703 €	9.903.857 €	5.332.846 €



LEY DE LA DEPENDENCIA

CRÉDITOS DE LA AGE ASIGNADOS A LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS

	NIVEL MÍNIMO	NIVEL ACORDADO	
AÑO	IMPORTE ABONADO	CUANTÍA A REPARTIR	CUANTÍA ASIGNADA
2007	2.346.709,07 €	220.000.000 €	7.171.802,00 €
2008	19.151.498,36 €	241.019.460 €	8.037.961,00 €
2009	29.608.236,57 €	283.197.420 €	9.099.628,00 €
2010	33.033.760,91 €	283.197.420 €	8.163.418,00 €
TOTALES:	84.140.204,91 €		32.472.809,00 €

FONDO ESPECIAL DEL ESTADO PARA LA DINAMIZACIÓN DE LA ECONOMÍA Y EL EMPLEO (PLAN E)

AÑO	CUANTÍA A REPARTIR	CUANTÍA ASIGNADA	Inversiones	Gastos Corrientes
2009	400.000.000 €	12.239.160 €	7.955.454 €	4.283.706 €



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE SANIDAD, POLÍTICA SOCIAL
E IGUALDAD

LEY DE LA DEPENDENCIA

CRÉDITOS DE LA AGE ASIGNADOS A LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE LAS ILLES BALEARS

	NIVEL MÍNIMO	NIVEL ACORDADO	
AÑO	IMPORTE ABONADO	CUANTÍA A REPARTIR	CUANTÍA ASIGNADA
2007	546.444,05 €	220.000.000 €	4.405.561,00 €
2008	6.342.802,76 €	241.019.460 €	4.899.870,00 €
2009	19.241.845,23 €	283.197.420 €	5.959.446,00 €
2010	25.298.811,42 €	283.197.420 €	5.559.037,00 €
TOTALES:	51.429.903,46 €		20.823.914,00 €

FONDO ESPECIAL DEL ESTADO PARA LA DINAMIZACIÓN DE LA ECONOMÍA Y EL EMPLEO (PLAN E)

AÑO	CUANTÍA A REPARTIR	CUANTÍA ASIGNADA	Inversiones	Gastos Corrientes
2009	400.000.000 €	7.299.678 €	4.744.791 €	2.554.887 €



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE SANIDAD, POLÍTICA SOCIAL
E IGUALDAD

LEY DE LA DEPENDENCIA

CRÉDITOS DE LA AGE ASIGNADOS A LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE CANARIAS

NIVEL MÍNIMO

NIVEL ACORDADO

AÑO	IMPORTE ABONADO	CUANTÍA A REPARTIR	CUANTÍA ASIGNADA
2007	1.577.413,67 €	220.000.000 €	7.709.605,00 €
2008	4.564.188,48 €	241.019.460 €	9.140.979,00 €
2009	18.551.838,09 €	283.197.420 €	9.791.944,00 €
2010	26.771.029,83 €	283.197.420 €	8.789.127,00 €
TOTALES:	51.464.470,07 €		35.431.655,00 €

FONDO ESPECIAL DEL ESTADO PARA LA DINAMIZACIÓN DE LA ECONOMÍA Y EL EMPLEO

(PLAN E)

AÑO	CUANTÍA A REPARTIR	CUANTÍA ASIGNADA	Inversiones	Gastos Corrientes
2009	400.000.000 €	12.901.953 €	8.386.270 €	4.515.683 €



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE SANIDAD, POLÍTICA SOCIAL
E IGUALDAD

LEY DE LA DEPENDENCIA

CRÉDITOS DE LA AGE ASIGNADOS A LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE CANTABRIA

	NIVEL MÍNIMO	NIVEL ACORDADO	
AÑO	IMPORTE ABONADO	CUANTÍA A REPARTIR	CUANTÍA ASIGNADA
2007	1.977.495,67 €	220.000.000 €	3.384.476,00 €
2008	11.385.879,58 €	241.019.460 €	3.654.416,00 €
2009	19.229.860,41 €	283.197.420 €	4.558.344,00 €
2010	23.145.264,56 €	283.197.420 €	5.004.026,00 €
TOTALES:	55.738.500,22 €		16.601.262,00 €

FONDO ESPECIAL DEL ESTADO PARA LA DINAMIZACIÓN DE LA ECONOMÍA Y EL EMPLEO

(PLAN E)

AÑO	CUANTÍA A REPARTIR	CUANTÍA ASIGNADA	Inversiones	Gastos Corrientes
2009	400.000.000 €	6.021.515 €	3.913.984 €	2.107.531 €



LEY DE LA DEPENDENCIA

CRÉDITOS DE LA AGE ASIGNADOS A LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE CASTILLA Y LEÓN

AÑO	NIVEL MÍNIMO	NIVEL ACORDADO	
	IMPORTE ABONADO	CUANTÍA A REPARTIR	CUANTÍA ASIGNADA
2007	0,00 €	220.000.000 €	17.800.170,00 €
2008	32.545.069,10 €	241.019.460 €	20.134.893,00 €
2009	99.898.790,29 €	283.197.420 €	22.289.480,00 €
2010	111.865.896,43 €	283.197.420 €	22.639.331,00 €
TOTALES	244.309.755,82 €		82.863.874,00 €

FONDO ESPECIAL DEL ESTADO PARA LA DINAMIZACIÓN DE LA ECONOMÍA Y EL EMPLEO

(PLAN E)

AÑO	CUANTÍA A REPARTIR	CUANTÍA ASIGNADA	Inversiones	Gastos Corrientes
2009	400.000.000 €	29.649.850 €	19.272.403 €	10.377.447 €



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE SANIDAD, POLÍTICA SOCIAL
E IGUALDAD

LEY DE LA DEPENDENCIA

CRÉDITOS DE LA AGE ASIGNADOS A LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE CASTILLA – LA MANCHA

AÑO	NIVEL MÍNIMO	NIVEL ACORDADO	
	IMPORTE ABONADO	CUANTÍA A REPARTIR	CUANTÍA ASIGNADA
2007	6.437.042,13 €	220.000.000 €	11.644.977,00 €
2008	26.114.237,49 €	241.019.460 €	13.523.226,00 €
2009	67.206.296,13 €	283.197.420 €	16.517.424,00 €
2010	78.777.969,81 €	283.197.420 €	15.818.447,00 €
TOTALES:	178.535.545,56 €		57.504.074,00 €

FONDO ESPECIAL DEL ESTADO PARA LA DINAMIZACIÓN DE LA ECONOMÍA Y EL EMPLEO (PLAN E)

AÑO	CUANTÍA A REPARTIR	CUANTÍA ASIGNADA	Inversiones	Gastos Corrientes
2009	400.000.000 €	21.416.954 €	13.921.020 €	7.495.934 €



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE SANIDAD, POLÍTICA SOCIAL
E IGUALDAD

LEY DE LA DEPENDENCIA

CRÉDITOS DE LA AGE ASIGNADOS A LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE CATALUÑA

	NIVEL MÍNIMO	NIVEL ACORDADO	
AÑO	IMPORTE ABONADO	CUANTÍA A REPARTIR	CUANTÍA ASIGNADA
2007	11.536.200,66 €	220.000.000 €	32.393.438,00 €
2008	75.588.502,42 €	241.019.460 €	39.332.134,00 €
2009	213.257.333,16 €	283.197.420 €	47.450.632,00 €
2010	285.582.329,27 €	283.197.420 €	49.390.225,00 €
TOTALES	585.964.365,51 €		168.566.429,00 €

FONDO ESPECIAL DEL ESTADO PARA LA DINAMIZACIÓN DE LA ECONOMÍA Y EL EMPLEO (PLAN E)

AÑO	CUANTÍA A REPARTIR	CUANTÍA ASIGNADA	Inversiones	Gastos Corrientes
2009	400.000.000 €	61.965.893 €	40.277.831 €	21.688.062 €



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE SANIDAD, POLÍTICA SOCIAL
E IGUALDAD

LEY DE LA DEPENDENCIA

CRÉDITOS DE LA AGE ASIGNADOS A LA COMUNITAT VALENCIANA

	NIVEL MÍNIMO	NIVEL ACORDADO	
AÑO	IMPORTE ABONADO	CUANTÍA A REPARTIR	CUANTÍA ASIGNADA
2007	4.583.656,14 €	220.000.000 €	21.277.833,00 €
2008	22.328.614,52 €	241.019.460 €	25.160.886,00 €
2009	45.688.418,80 €	283.197.420 €	26.420.382,00 €
2010	81.792.310,39 €	283.197.420 €	25.294.787,00 €
TOTALES:	154.392.999,85 €		98.153.888,00 €

FONDO ESPECIAL DEL ESTADO PARA LA DINAMIZACIÓN DE LA ECONOMÍA Y EL EMPLEO (PLAN E)

AÑO	CUANTÍA A REPARTIR	CUANTÍA ASIGNADA	Inversiones	Gastos Corrientes
2009	400.000.000 €	36.098.660 €	23.464.129 €	12.634.531 €



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE SANIDAD, POLÍTICA SOCIAL
E IGUALDAD

LEY DE LA DEPENDENCIA

CRÉDITOS DE LA AGE ASIGNADOS A LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE EXTREMADURA

	NIVEL MÍNIMO	NIVEL ACORDADO	
AÑO	IMPORTE ABONADO	CUANTÍA A REPARTIR	CUANTÍA ASIGNADA
2007	2.363.586,09€	220.000.000 €	6.638.865,00 €
2008	9.700.211,58€	241.019.460 €	7.399.681,00 €
2009	34.170.741,74€	283.197.420 €	8.743.361,00 €
2010	37.685.305,86€	283.197.420 €	8.392.646,00 €
TOTALES	83.919.845,27€		31.174.553,00 €

FONDO ESPECIAL DEL ESTADO PARA LA DINAMIZACIÓN DE LA ECONOMÍA Y EL EMPLEO (PLAN E)

AÑO	CUANTÍA A REPARTIR	CUANTÍA ASIGNADA	Inversiones	Gastos Corrientes
2009	400.000.000 €	11.003.316 €	7.152.155 €	3.851.161 €



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE SANIDAD, POLÍTICA SOCIAL
E IGUALDAD

LEY DE LA DEPENDENCIA

CRÉDITOS DE LA AGE ASIGNADOS A LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE GALICIA

	NIVEL MÍNIMO	NIVEL ACORDADO	
AÑO	IMPORTE ABONADO	CUANTÍA A REPARTIR	CUANTÍA ASIGNADA
2007	7.645.061,72 €	220.000.000 €	18.753.108,00 €
2008	29.841.681,85 €	241.019.460 €	20.958.127,00 €
2009	78.668.815,85 €	283.197.420 €	23.269.981,00 €
2010	81.462.644,87 €	283.197.420 €	20.221.757,00 €
TOTALES	197.618.204,29 €		83.202.973,00 €

FONDO ESPECIAL DEL ESTADO PARA LA DINAMIZACIÓN DE LA ECONOMÍA Y EL EMPLEO (PLAN E)

AÑO	CUANTÍA A REPARTIR	CUANTÍA ASIGNADA	Inversiones	Gastos Corrientes
2009	400.000.000 €	32.111.659 €	20.872.578 €	11.239.081 €



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE SANIDAD, POLÍTICA SOCIAL
E IGUALDAD

LEY DE LA DEPENDENCIA

CRÉDITOS DE LA AGE ASIGNADOS A LA COMUNIDAD DE MADRID

	NIVEL MÍNIMO	NIVEL ACORDADO	
AÑO	IMPORTE ABONADO	CUANTÍA A REPARTIR	CUANTÍA ASIGNADA
2007	928.829,33 €	220.000.000 €	23.403.847,00 €
2008	20.649.963,65 €	241.019.460 €	27.516.688,00 €
2009	73.431.483,34 €	283.197.420 €	29.722.849,00 €
2010	127.251.238,14 €	283.197.420 €	29.384.318,00 €
TOTALES	222.261.514,46 €		110.027.702,00 €

FONDO ESPECIAL DEL ESTADO PARA LA DINAMIZACIÓN DE LA ECONOMÍA Y EL EMPLEO (PLAN E)

AÑO	CUANTÍA A REPARTIR	CUANTÍA ASIGNADA	Inversiones	Gastos Corrientes
2009	400.000.000 €	37.974.704 €	24.683.558 €	13.291.146 €



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE SANIDAD, POLÍTICA SOCIAL
E IGUALDAD

LEY DE LA DEPENDENCIA

CRÉDITOS DE LA AGE ASIGNADOS A LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE MURCIA

NIVEL MÍNIMO

NIVEL ACORDADO

AÑO	IMPORTE ABONADO	CUANTÍA A REPARTIR	CUANTÍA ASIGNADA
2007	6.397.379,40 €	220.000.000 €	5.860.220,00 €
2008	13.806.714,01 €	241.019.460 €	6.886.740,00 €
2009	39.490.761,69 €	283.197.420 €	8.661.327,00 €
2010	66.485.111,88 €	283.197.420 €	8.464.220,00 €
TOTALES	126.179.966,98 €		29.872.507,00 €

FONDO ESPECIAL DEL ESTADO PARA LA DINAMIZACIÓN DE LA ECONOMÍA Y EL EMPLEO (PLAN E)

AÑO	CUANTÍA A REPARTIR	CUANTÍA ASIGNADA	Inversiones	Gastos Corrientes
2009	400.000.000 €	11.630.800 €	7.560.020 €	4.070.780 €



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE SANIDAD, POLÍTICA SOCIAL
E IGUALDAD

LEY DE LA DEPENDENCIA

CRÉDITOS DE LA AGE ASIGNADOS A LA COMUNIDAD FORAL DE NAVARRA

NIVEL ACORDADO

En virtud de sus singulares regímenes económicos, la participación económica de la Comunidad Foral de Navarra y de la Comunidad Autónoma del País Vasco en la financiación de este nivel de protección se calcula aplicando su correspondiente índice de imputación, sobre la cantidad consignada en el Marco de Cooperación Interadministrativa de cada ejercicio, objeto de reparto entre el resto de Comunidades Autónomas.

NIVEL MÍNIMO

En el caso de la Comunidad Foral de Navarra, desde el ejercicio 2008 el índice de imputación es el 1,60%, que aplicado a las cantidades repartidas en los diferentes ejercicios arroja la siguiente asignación de créditos.



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE SANIDAD, POLÍTICA SOCIAL
E IGUALDAD

AÑO	IMPORTE ABONADO	AÑO	CUANTÍA
2007	0,00 €	2007	3.223.905 €
2008	8.730.278,75 €	2008	3.856.311 €
2009	20.508.855,31 €	2009	4.531.159 €
2010	19.112.774,52 €	2010	4.531.159 €
TOTALES:	48.351.908,58 €		



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE SANIDAD, POLÍTICA SOCIAL
E IGUALDAD

FONDO ESPECIAL DEL ESTADO PARA LA DINAMIZACIÓN DE LA ECONOMÍA Y EL EMPLEO

(PLAN E)

AÑO	CUANTÍA A REPARTIR	CUANTÍA ASIGNADA	Inversiones	Gastos Corrientes
2009	400.000.000 €	5.802.045 €	3.771.329 €	2.030.716 €



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE SANIDAD, POLÍTICA SOCIAL
E IGUALDAD

LEY DE LA DEPENDENCIA

CRÉDITOS DE LA AGE ASIGNADOS A LA COMUNIDAD DEL

PAÍS VASCO

NIVEL ACORDADO

En virtud de sus singulares regímenes económicos, la participación económica de la Comunidad Foral de Navarra y de la Comunidad Autónoma del País Vasco en la financiación de este nivel de protección se calcula aplicando su correspondiente índice de imputación, sobre la cantidad consignada en el Marco de Cooperación Interadministrativa de cada ejercicio, objeto de reparto entre el resto de Comunidades Autónomas.

NIVEL MÍNIMO

En el caso de la Comunidad Autónoma del País Vasco, desde el ejercicio 2008 el índice de imputación es el 6,24%, que aplicado a las cantidades repartidas en los diferentes ejercicios arroja la siguiente asignación de créditos.



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE SANIDAD, POLÍTICA SOCIAL
E IGUALDAD

AÑO	IMPORTE ABONADO	AÑO	CUANTÍA
2007	0,00 €	2007	9.555.786 €
2008	33.403.079,86 €	2008	15.039.614 €
2009	80.970.524,56 €	2009	17.671.519 €
2010	68.006.633,56 €	2010	17.671.519 €
TOTALES:	182.380.237,98 €		



LEY DE LA DEPENDENCIA

CRÉDITOS DE LA AGE ASIGNADOS A LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE LA RIOJA

	NIVEL MÍNIMO	NIVEL ACORDADO	
AÑO	IMPORTE ABONADO	CUANTÍA A REPARTIR	CUANTÍA ASIGNADA
2007	113.592,50 €	220.000.000 €	1.633.434,00 €
2008	4.903.326,02 €	241.019.460 €	2.044.285,00 €
2009	18.260.801,12 €	283.197.420 €	2.739.770,00 €
2010	12.657.494,79 €	283.197.420 €	3.182.071,00 €
TOTALES:	35.935.214,43 €		9.599.560,00 €

FONDO ESPECIAL DEL ESTADO PARA LA DINAMIZACIÓN DE LA ECONOMÍA Y EL EMPLEO (PLAN E)

AÑO	CUANTÍA A REPARTIR	CUANTÍA ASIGNADA	Inversiones	Gastos Corrientes
2009	400.000.000 €	3.507.764 €	2.280.047 €	1.227.717 €



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE SANIDAD, POLÍTICA SOCIAL
E IGUALDAD

LEY DE DEPENDENCIA – CUANTÍAS ABONADAS NIVEL MÍNIMO DE PROTECCIÓN

CC.AA.	2007	2008	2009	2010	TOTAL
Andalucía	33.544.119,56 €	157.129.903,11 €	327.616.178,86 €	378.234.791,64 €	896.524.993,17 €
Aragón	2.565.498,55 €	25.203.552,29 €	47.760.425,00 €	62.614.570,37 €	138.144.046,21 €
Asturias (Principado de)	2.346.709,07 €	19.151.498,36 €	29.608.236,57 €	33.033.760,91 €	84.140.204,91 €
Balears (Illes)	546.444,05	6.342.802,76 €	19.241.845,23 €	25.298.811,42 €	51.429.903,46 €
Canarias	1.577.413,67 €	4.564.188,48 €	18.551.838,09 €	26.771.029,83 €	51.464.470,07 €
Cantabria	1.977.495,67 €	11.385.879,58 €	19.229.860,41 €	23.145.264,56 €	55.738.500,22 €
Castilla y León	0,00 €	32.545.069,10 €	99.898.790,29 €	111.865.896,43 €	244.309.755,82 €
Castilla-La Mancha	6.437.042,13 €	26.114.237,49 €	67.206.296,13 €	78.777.969,81 €	178.535.545,56 €
Cataluña	11.536.200,66 €	75.588.502,42 €	213.257.333,16 €	285.582.329,27 €	585.964.365,51 €
Comunidad Valenciana	4.583.656,14 €	22.328.614,52 €	45.688.418,80 €	81.792.310,39 €	154.392.999,85 €
Extremadura	2.363.586,09 €	9.700.211,58 €	34.170.741,74 €	37.685.305,86 €	83.919.845,27 €
Galicia	7.645.061,72 €	29.841.681,85 €	78.668.815,85 €	81.462.644,87 €	197.618.204,29 €
Madrid (Comunidad de)	928.829,33 €	20.649.963,65 €	73.431.483,34 €	127.251.238,14 €	222.261.514,46 €
Murcia (Región de)	6.397.379,40 €	13.806.714,01 €	39.490.761,69 €	66.485.111,88 €	126.179.966,98 €
Navarra (Com. Foral de)	0,00 €	8.730.278,75 €	20.508.855,31 €	19.112.774,52 €	48.351.908,58 €
País Vasco	0,00 €	33.403.079,86 €	80.970.524,56 €	68.006.633,56 €	182.380.237,98 €
Rioja (La)	113.592,50 €	4.903.326,02 €	18.260.801,12 €	12.657.494,79 €	35.935.214,43 €
TOTAL	82.563.028,54 €	501.389.503,83 €	1.233.561.206,15 €	1.519.777.938,25 €	3.337.291.676,77 €



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE SANIDAD, POLÍTICA SOCIAL
E IGUALDAD

LEY DE DEPENDENCIA – NIVEL ACORDADO

REPARTO DE CRÉDITOS DEL MARCO DE COOPERACIÓN INTERADMINISTRATIVA					
CC.AA.	2007	2008	2009	2010	TOTAL
Andalucía	36.246.571 €	42.207.117 €	55.912.452 €	61.329.121 €	195.695.261 €
Aragón	8.380.327 €	9.576.203 €	11.384.047 €	10.897.358 €	40.237.935 €
Asturias (Principado de)	7.171.802 €	8.037.961 €	9.099.628 €	8.163.418 €	32.472.809 €
Balears (Illes)	4.405.561 €	4.899.870 €	5.959.446 €	5.559.037 €	20.823.914 €
Canarias	7.709.605 €	9.140.979 €	9.791.944 €	8.789.127 €	35.431.655 €
Cantabria	3.384.476 €	3.654.416 €	4.558.344 €	5.004.026 €	16.601.262 €
Castilla y León	17.800.170 €	20.134.893 €	22.289.480 €	22.639.331 €	82.863.874 €
Castilla-La Mancha	11.644.977 €	13.523.226 €	16.517.424 €	15.818.447 €	57.504.074 €
Cataluña	32.393.438 €	39.332.134 €	47.450.632 €	49.390.225 €	168.566.429 €
Comunidad Valenciana	21.277.833 €	25.160.886 €	26.420.382 €	25.294.787 €	98.153.888 €
Extremadura	6.638.865 €	7.399.681 €	8.743.361 €	8.392.646 €	31.174.553 €
Galicia	18.753.108 €	20.958.127 €	23.269.981 €	20.221.757 €	83.202.973 €
Madrid (Comunidad de)	23.403.847 €	27.516.688 €	29.722.849 €	29.384.318 €	110.027.702 €
Murcia (Región de)	5.860.220 €	6.886.740 €	8.661.327 €	8.464.220 €	29.872.507 €
Navarra (Com. Foral de)	3.223.905 €	- €	- €	- €	3.223.905 €
País Vasco	9.555.786 €	- €	- €	- €	9.555.786 €
Rioja (La)	1.633.434 €	2.044.285 €	2.739.770 €	3.182.071 €	9.599.560 €
Ceuta y Melilla	516.075 €	546.254 €	676.353 €	667.531 €	2.406.213 €
TOTAL	220.000.000 €	241.019.460 €	283.197.420 €	283.197.420 €	1.027.414.300 €



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE SANIDAD, POLÍTICA SOCIAL
E IGUALDAD

RÉGIMENES ECONÓMICOS SINGULARES:

COMUNIDAD FORAL DE NAVARRA Y COMUNIDAD AUTÓNOMA DEL PAÍS VASCO

Las cuantías recogidas se refieren a las cantidades derivadas de la aplicación de los respectivos índices de imputación de la Comunidad Autónoma del País Vasco (6,24%) y de la Comunidad Foral de Navarra (1,60%) sobre el total de los créditos repartidos en cada ejercicio

CC.AA	2007 (*)	2008	2009	2010	TOTAL
Navarra	- €	3.856.311 €	4.531.159 €	4.531.159 €	12.918.629 €
País Vasco	-....€	15.039.614 €	17.671.519 €	17.671.519 €	50.382.652 €
TOTAL	-....€	18.895.925 €	22.202.678 €	22.202.678 €	63.301.281 €

(*) En el ejercicio 2007 tanto la Comunidad Foral de Navarra como la Comunidad Autónoma del País Vasco participaron en el reparto de créditos recogidos en el Marco de Cooperación Interadministrativa.



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE SANIDAD, POLÍTICA SOCIAL
E IGUALDAD

	AÑO 2007	AÑO 2008	AÑOS 2009 (*)	AÑO 2010	TOTAL
Andalucía	69.790.691	199.337.020	457.795.594	439.563.913	1.166.487.217
Aragón	10.945.826	34.779.755	74.381.175	73.511.928	193.618.684
Asturias	9.518.511	27.189.459	50.947.025	41.197.179	128.852.174
Balears	4.952.005	11.242.673	32.500.969	30.857.848	79.553.495
Canarias	9.287.019	13.705.167	41.245.735	35.560.157	99.798.078
Cantabria	5.361.972	15.040.296	29.809.719	28.149.291	78.361.277
Castilla y León	17.800.170	52.679.962	151.838.120	134.505.227	356.823.480
Castilla-La Mancha	18.082.019	39.637.463	105.140.674	94.596.417	257.456.574
Cataluña	43.929.639.	114.920.636	322.673.858	334.972.554	816.496.688
Comunidad Valenciana	25.861.489	47.489.501	108.207.461	107.087.097	288.645.548
Extremadura	9.002.451	17.099.893	53.917.419	46.077.952	126.097.714
Galicia	26.398.170	50.799.809	134.050.456	101.684.402	312.932.836
Madrid	24.332.676	48.166.652	141.129.036	156.635.556	370.263.920
Murcia	12.257.599	20.693.454	59.782.889	74.949.332	167.683.274
Navarra	3.223.905	12.586.590	30.842.059	23.643.933	70.296.487
País Vasco	9.555.786	48.442.694	98.642.044	85.678.153	242.318.676
La Rioja	1.747.027	6.947.611	24.508.335	15.839.566	49.042.538
TOTAL CANTIDADES TRANSFERIDAS A CC.AA.	302.046.954	760.758.635	1.917.412.568	1.824.510.505	4.804.728.662



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE SANIDAD, POLÍTICA SOCIAL
E IGUALDAD

IMSERSO Ceuta y Melilla	516.075	546.254	1.143.905	667.531	2.873.765
OTROS CONCEPTOS (***)	97.436.971	128.589.410	133.267.780	223.614.080	582.908.241
TOTAL	400.000.000	889.894.299	2.051.824.253	2.048.792.116	5.390.510.668

(*) Incluye Los créditos Fondo Especial del Estado para la Dinamización de la Economía y el Empleo,

(**) En aplicación de sus singulares regímenes económicos, las cantidades relativas a la Comunidad Autónoma del País Vasco y la Comunidad Foral de Navarra recogen las cifras en relación con el nivel acordado que le han correspondido en aplicación de sus correspondientes índices de imputación.

(***) Incluye fundamentalmente cuotas de Seguridad Social de cuidadores no profesionales



ANEXO III

CONSULTAS A COMUNIDADES AUTONOMAS

Comunidades Autónomas y Diputaciones que han cumplimentado el cuestionario de evaluación

Cuestionarios enviados a Comunidades Autónomas y Diputaciones Forales: Total 19	Cuestionarios recibidos
Andalucía	SI
Aragón	SI
Asturias	SI
<i>Illes Balears</i>	<i>NO</i>
Canarias	SI
Cantabria	SI
Castilla y león	SI
Castilla-La Mancha	SI
Catalunya	SI
Comunitat Valenciana	SI
Extremadura	SI
Galicia	SI
Madrid	SI
Murcia (región de)	SI
Navarra (Comunidad Foral)	SI
Diputación de Álava	SI
Diputación de Guipúzcoa	SI
Diputación de Bizkaia	SI
La Rioja	SI
Total respuesta	18



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE SANIDAD, POLÍTICA SOCIAL
E IGUALDAD

CUESTIONARIO A LAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS PARA LA EVALUACIÓN DEL SISTEMA DE AUTONOMÍA Y ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA

El cuestionario pretende recoger información sobre cuatro aspectos básicos del Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD):

- a) Acceso al sistema.**
- b) Programa Individual de Atención y las prestaciones de dependencia.**
- c) Gobernanza del SAAD y sistema de información.**
- d) Financiación del sistema.**

En los cuatro aspectos de la evaluación le solicitamos no solo la **información** disponible, además de normativa o documentación de interés, sino también las sugerencias de **mejoras y buenas prácticas** que puedan realizarse a nivel de Comunidad Autónoma y a nivel del conjunto del SAAD.

1. LA DEMANDA SOCIAL DE ACCESO AL SISTEMA DE AUTONOMÍA Y DEPENDENCIA

1.1 ¿Se corresponde el número de **solicitudes** a la demanda esperada o previsible?.

SI

No

Si la respuesta es "No" indique cuales son las principales causas de que dicha demanda haya sido menor o mayor o de la prevista:

a)

b)

c)

1.2. En relación con la **gestión de la valoración de la situación de dependencia** indique en el itinerario del proceso el tipo de profesionales que intervienen en el mismo.

	Tipo de profesional/es que interviene/n (especificar: médicos, psicólogos, trabajadores sociales, personal de enfermería, fisioterapeutas, otros, detallar)	Comunidad o Corporación Local
Solicitud		
Valoración		
Resolución y dictamen		
Elaboración del PIA		
Concesión definitiva de la prestación		
Tiempo medio de todo el proceso en meses		

NOTA: Adjuntar normativa sobre proceso de gestión de la demanda en pdf.

1.3 Especificar los **principales problemas** que se han planteado en la gestión del proceso de valoración en el período 2007 (Junio) a 2010 (Septiembre)

a)

b)

c)

1.4 ¿Se han aplicado **programas o prácticas de mejora o controles de calidad del proceso de valoración** como consecuencia de la gestión de la demanda social?:

No

SI (en este caso especificar):

1.5 En concreto, ¿existe algún **control de calidad del actual sistema de valoración**?

No

SI (especificar o adjuntar al cuestionario en papel o vía electrónica):

NOTA: adjuntar normativa existente sobre valoración y control de calidad de la Comunidad Autónoma.



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE SANIDAD, POLÍTICA SOCIAL
E IGUALDAD

2. PROGRAMA INDIVIDUAL DE ATENCIÓN Y LAS PRESTACIONES DE DEPENDENCIA.

2.1 El equipo profesional que decide el PIA pertenece:

- A la Comunidad Autónoma
- A los Ayuntamientos o Corporación Local
- A ambos

2.2 El equipo profesional que decide el PIA ¿ tiene conocimiento riguroso de los recursos disponibles para dar respuesta efectiva y planificada a la demanda?.

SI

No

2.3 ¿Existe adecuación de los recursos sociales disponibles a las necesidades que surgen de las valoraciones realizadas?.

SI

NO (indique las causas posibles):

1. Déficit de servicios sociales adecuados
2. Las limitaciones para invertir en servicios comunitarios
3. Preferencia de los beneficiarios por las prestaciones económicas
4. Otros (especificar):

2.4 Indique cuáles son los servicios o prestaciones de atención a la dependencia más deficitarios en la Comunidad Autónoma:

-
-
-

2.5 ¿Cuál es el peso y significado de las **prestaciones económicas vinculadas** al servicio?

2.6 En el caso de **necesidades de urgencia** donde no existen recursos disponibles en el momento a la hora de decidir un PIA ¿cuál es el procedimiento a seguir?.

2.7 En lo referente a la gestión de los servicios ¿se están aplicado **planes específicos de calidad?**. Si es así, señale o adjunte la **normativa** que se aplica.

2.8 ¿Existen en la Comunidad **planes de mejora o buenas prácticas** orientadas: a la mejora de la calidad de la atención y de la calidad de vida de las personas en situación de dependencia, y a la participación y cooperación de los agentes implicados en el SAAD?

2.9 ¿Se han desarrollado **programas de formación e información para los cuidadores no profesionales?**

SI

(especificar el desarrollo de los mismos. Adjuntar al cuestionario en papel o vía electrónica)

No



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE SANIDAD, POLÍTICA SOCIAL
E IGUALDAD

2.10 ¿Se realiza un **seguimiento de los cuidadores en el entorno familiar** para asegurar la calidad de la prestación económica?

SI (especificar la metodología. Adjuntar al cuestionario en papel o vía electrónica)

No

2.11 ¿Se desarrollan **programas de respiro familiar**?

SI (especificar el programa y la compatibilidad de las prestaciones. Adjuntar al cuestionario en papel o vía electrónica)

No

3. GOBERNANZA DEL SAAD Y SISTEMA DE INFORMACIÓN Y EVALUACIÓN

3.1 ¿Existe **coordinación entre la Comunidad Autónoma y las Corporaciones Locales** en la aplicación del SAAD?. Si es así especifique los instrumentos de coordinación

3.2 ¿Existen en la Comunidad **órganos consultivos** en los que participen los agentes sociales y económicos y organizaciones del Tercer Sector de Acción Social? Si es así, especifique los órganos y la participación de los agentes implicados.

3.3 ¿Existen algún sistema que de respuesta a las **quejas y reclamaciones** de las personas que solicitan la valoración o que están recibiendo prestaciones de dependencia?.

SI (especificar el sistema de recepción y de resolución)

No

3.3 bis ¿Ha realizado la Comunidad encuestas de satisfacción a las personas solicitantes de valoración o perceptoras de prestaciones de dependencia?

SI (especificar la periodicidad, resultados y las medidas o planes de mejora adoptadas. Adjuntar al cuestionario en papel o vía electrónica).

No

3.4 ¿Dispone la Comunidad de un sistema propio de gestión de la **información** o comparte el sistema general?

3.5 A lo largo de estos años ¿se ha creado en la Comunidad algún sistema de **evaluación** del SAAD en cuanto a procedimiento y resultados?. Si es así adjunte el protocolo o informe anual de dicha evaluación.

NOTA: adjuntar evaluaciones realizadas hasta el momento de la aplicación del SAAD en la Comunidad Autónoma



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE SANIDAD, POLÍTICA SOCIAL
E IGUALDAD

4. LA FINANCIACIÓN DEL SISTEMA:

Presupuestos finales en Dependencia, gasto en servicios y prestaciones económicas, otros gastos de gestión, compatibilidad de prestaciones y copago

Le rogamos cumplimente hasta donde sea posible los siguientes cuadros que se refieren a cinco aspectos de la financiación durante el período considerado:



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE SANIDAD, POLÍTICA SOCIAL
E IGUALDAD

Cuadro 1. COMUNIDAD AUTONOMA:

Presupuestos finales (en miles de euros)

<i>Presupuesto corriente</i>	2006	2007	2008	2009
Gasto capítulo I				
Gasto capítulo II				
Gasto aplicado en centros propios				
Gasto aplicado en conciertos				
Gasto capítulo IV				
Transferencias organizaciones				
Transferencias a familias				
TOTAL PRESUPUESTO CORRIENTE	0	0	0	0
Gasto capítulo VI				
Gasto capítulo VII				
Transferencias organizaciones				
Transferencias a familias				
TOTAL PRESUPUESTO INVERSIONES	0	0	0	0



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE SANIDAD, POLÍTICA SOCIAL
E IGUALDAD

Cuadro 2. COMUNIDAD AUTONOMA:

Evolución del gasto en las prestaciones de atención a la dependencia (en miles euros)

	2007		2008		2009	
	Gasto año	Promedio beneficiarios	Gasto año	Promedio beneficiarios	Gasto año	Promedio beneficiarios
SERVICIOS						
Residencias mayores						
Residencias grandes discapacitados						
Centros día mayores						
Centros de día personas con discapacidad						
SAD						
Teleasistencia						
Servicios prevención						
Otros servicios (especificar)						
PRESTACIONES ECONOMICAS						
Prestaciones económicas vinculadas						
Cuidados en el entorno familiar						
Asistencia personal						
TOTALES						

Cuadro 3. COMUNIDAD AUTONOMA:			
Otros gastos asociados a la gestión LAPAD (en miles de euros)			
	2007	2008	2009
GASTOS ASOCIADOS A LA GESTIÓN LAPAD			
Orientación , información, difusión			
Evaluación de los beneficiarios			
Gestión del PIA			
Informatización y gestión expedientes			
Gestión de los servicios			
Formación cuidadores			
Dirección y gestión LAPAD			
Otros			

TOTAL GASTOS GESTION PRESTACIONES			
INVERSIÓN			
Inversión nuevas plazas en residencia			
inversión nuevas plazas en centros de día			
Inversión en otros equipamientos (detallar)			
Ayudas para la rehabilitación de centros			
TOTAL GASTOS INVERSIÓN			

Cuadro 4. COMUNIDAD AUTONOMA:

Transferencias a las Corporaciones Locales (en miles euros)

	2007	2008	2009
SAD			
Número horas año			
Teleasistencia			
Promedio beneficiarios año			
TOTAL GASTO (SAD + Teleasistencia)			

Cuadro 5. COMUNIDAD AUTONOMA:
PRESTACIONES ECONÓMICAS (en euros mes)

Prestación económica vinculada				
Residencia	Centro día	SAD	Cuidados entorno familiar	Asistencia personal

	Importe inicial y final tramo	GRADO 3-2				
Tramo 1						
Tramo 2						
Tramo 3						
Tramo 4						
Tramo 5						
Tramo 6						

	Importe inicial y final tramo	GRADO 3-1				
Tramo 1						
Tramo 2						
Tramo 3						
Tramo 4						
Tramo 5						
Tramo 6						

	Importe inicial y final tramo	GRADO 2-2				
Tramo 1						
Tramo 2						
Tramo 3						
Tramo 4						
Tramo 5						
Tramo 6						

	Importe inicial y final tramo	GRADO 2-1				
Tramo 1						
Tramo 2						
Tramo 3						
Tramo 4						
Tramo 5						
Tramo 6						

ANEXO I: Relacionar la normativa aprobada para fijar las prestaciones económicas



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE SANIDAD, POLÍTICA SOCIAL
E IGUALDAD

Cuadro 6. COMUNIDAD AUTONOMA:

Copago usuarios de la LAPAD (en miles euros)

	2007		2008		2009	
	Ingresos año	Promedio beneficiarios	Gasto año	Promedio beneficiarios	Gasto año	Promedio beneficiarios
Residencias mayores						
Residencias grandes discapacitados						
Centros día mayores						
Centros de día personas con discapacidad						
Servicios prevención						
Otros servicios (especificar):						

ANEXO II: Relacionar la normativa relacionada con el cálculo del copago

Cuadro 7. COMUNIDAD AUTONOMA:

Compatibilidad entre prestaciones: Marcar en cada casilla "SI" o "NO" hay compatibilidad entre las dos prestaciones.

Año 2009						
	Centro día	SAD	Teleasistencia	Prestación vinculada	Cuidador entorno familiar	Asistencia personal
Centro de día						
SAD						
Teleasistencia						
Prestación vinculada						
Cuidador entorno familiar						
Asistencia personal						

Año 2008					
Centro día	SAD	Teleasistencia	Prestación vinculada	Cuidador entorno familiar	Asistencia personal

Centro de día					
SAD					
Teleasistencia					
Prestación vinculada					
Cuidador entorno familiar					
Asistencia personal					

NOTA. En caso de compatibilidad, describir las limitaciones entre las dos prestaciones.

5. VALORACIÓN GLOBAL DE LA APLICACIÓN DEL SAAD Y PROPUESTAS DE CAMBIO

5.1 Señale los **aspectos positivos o fortalezas** del SAAD en su Comunidad

5.2 Dificultades de todo tipo más importantes en el proceso de implantación del SAAD

5.3 Desde el punto de vista de la **creación de empleo** indique de manera aproximada el **empleo nuevo generado** en su Comunidad Autónoma entre 2007 y 2009:

- Volumen de empleo público _____

- Volumen de empleo privado _____

5.4 **Cambios y mejoras necesarios** a aplicar en los años venideros

Muchas gracias por su colaboración