

CUESTIONARIO

1. En estos primeros cuatro años de puesta en marcha del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD), las comunidades autónomas han avanzado a distinto ritmo en la verificación de la demanda y la producción de prestaciones y servicios. ¿Considera que, en cada una de estas dimensiones, en su comunidad se ha avanzado más, menos o aproximadamente igual que en otras? ¿Si existen diferencias respecto de otras comunidades, a qué se deben fundamentalmente?

2. El Libro Blanco sobre la Dependencia estimaba en algo menos de un millón las personas en toda España en situación de dependencia (total, severa o moderada), cifra que, al parecer, infraestima el número real. En el caso de su comunidad autónoma, ¿se ajustan aproximadamente los resultados que arroja hasta el momento el proceso de verificación de la demanda a las previsiones iniciales? En caso de que se haya producido una desviación significativa, ¿a qué factores obedece?

3. Centrando la atención en la gestión de la demanda,

a) ¿cuál es su opinión sobre el funcionamiento técnico del baremo de valoración y los equipos de valoración en su comunidad?

b) ¿considera que los procedimientos administrativos de valoración se han llevado a cabo con la suficiente agilidad?

c) ¿qué proporción aproximada de solicitantes ha sido ya valorada?

4. En cuanto a la oferta de prestaciones y servicios,

a) ¿qué porcentaje de la demanda acreditada se ha podido cubrir y qué tipo de prestaciones han predominado?

b) ¿dónde se han detectado las mayores lagunas para gestionar y satisfacer la demanda?

5. A propósito de la colaboración entre poderes e instituciones para el desarrollo del SAAD, desde la perspectiva de su comunidad autónoma,

a) ¿se ha conseguido avanzar satisfactoriamente hacia una coordinación efectiva entre las distintas administraciones públicas?

b) ¿se han cumplido los objetivos de colaboración con entidades e instituciones no públicas en la producción de los servicios?

6. El Libro Blanco definió la coordinación sociosanitaria como uno de los grandes retos para el desarrollo del SAAD. Esta coordinación se ha revelado como un objetivo complicado y de lento progreso. En una escala de cero a diez, donde cero significara ningún avance y diez todo el avance previsto, ¿cuánto diría que se ha avanzado en esta materia en su comunidad autónoma? ¿Dónde residen las principales dificultades?

7. ¿En qué medida cree que la crisis económico-financiera que ha coincidido con estos años de arranque del SAAD ha afectado y va a afectar a su desarrollo durante la próxima década?

8. Para finalizar, ¿podría enunciar una breve lista de prioridades en orden a impulsar el desarrollo del SAAD en su comunidad autónoma?

RESPUESTAS

Julio Coca Blanes

Secretario General para la Atención a la Dependencia, Consejería de Igualdad y Bienestar Social de la Junta de Andalucía (*)

1. Con datos del 1 de enero de 2011, Andalucía sigue figurando a la cabeza de España en la aplicación del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD). Nuestro liderazgo se refiere tanto a solicitudes (401.495) y valoraciones (364.749) como a personas beneficiarias (182.724) y prestaciones (239.407). En estos dos últimos parámetros, Andalucía consolida el 30 por 100 del total nacional, casi el doble de su peso poblacional (17 por 100). Entre los servicios que se prestan, destacan los de teleasistencia (53.398 beneficiarios; 62 por 100 del total nacional) y ayuda a domicilio (46.434 usuarios; 49 por 100 de España).

El Gobierno andaluz, a través de la Consejería para la Igualdad y Bienestar Social, se adelantó incluso a la entrada en vigor de la Ley en el año 2007, con una importante provisión de fondos a los ayuntamientos y diputaciones provinciales andaluzas para reforzar el personal de los servicios sociales comunitarios, que se constituye-

(*) Enero de 2011. Desde abril de 2011, Director Gerente de la Agencia de Servicios Sociales y Dependencia de Andalucía.

ron en la puerta de entrada del sistema de la dependencia en Andalucía. Así, se ha procedido a la contratación durante los últimos años de más de 1.400 profesionales, entre los que se incluyen 536 destinados a los servicios sociales comunitarios, y 615 correspondientes a los servicios de valoración de la Consejería para la Igualdad y Bienestar.

Esa cooperación con las administraciones locales y provinciales ha sido la fórmula que ha utilizado la Junta durante estos cuatro años con el objetivo de acercar los servicios a la ciudadanía, agilizar todo lo posible su prestación y aumentar su eficacia. Otro componente de esta consecución es, sin duda, la inversión económica destinada a que los andaluces y andaluzas que se encuentren en situación de dependencia puedan tener garantizada su atención y la promoción de su autonomía personal por la Administración pública de Andalucía mediante la producción de recursos.

Respecto a lo manifestado, la Consejería para la Igualdad y Bienestar Social consigna en su presupuesto de 2011 una dotación inicial de 850 millones de euros (un 7,5 por 100 más que el ejercicio anterior) para el desarrollo del SAAD en Andalucía, que se llevará a cabo de forma gradual hasta el año 2015. Son más de dos millones de euros diarios los que se destinan a la atención a la dependencia en Andalucía, una inversión que ha significado una mayor cohesión social y territorial, creando empleo estable y no deslocalizable, es decir, puestos de trabajo vinculados a territorios específicos y a personas concretas.

En síntesis, los componentes más destacables que han propiciado la culminación del SAAD en Andalucía son:

— La inversión en recursos humanos hecha para la puesta en marcha del Sistema ya desde su arranque en 2007.

— Los recursos económicos invertidos.

— El papel fundamental otorgado a los servicios sociales comunitarios de las corporaciones locales (en la implantación del SAAD en Andalucía partimos del sistema de servicios sociales configurado como un modelo de gestión con una puerta de entrada común, los servicios sociales comunitarios).

— La integración de las prestaciones y los servicios de dependencia en la red de servicios sociales de nuestra comunidad autónoma.

2. El número de solicitudes registradas a fecha 1 de enero de 2011 asciende a 401.495, por lo que las previsiones iniciales no sólo se han cumplido, sino que se han superado. El origen de esta desviación es evaluado positivamente por nuestra comunidad autónoma, puesto que esta demanda está motivada por la facilidad que tiene la ciudadanía para presentar una solicitud de reconocimiento de la situación de dependencia: solamente es necesario acudir con su DNI al centro de servicios sociales más cercano. Todas las solicitudes son gestionadas con celeridad, lo que ha incrementado la demanda. Además, desde el primer momento se realizó una amplia campaña de información, ya que uno de nuestros principales objetivos es que ningún ciudadano o ciudadana pueda quedar fuera del SAAD por falta de información.

3. a) Los equipos de valoración constituidos para efectuar las evaluaciones de la situación de dependencia de las personas solicitantes se caracterizan especialmente por ser suficientes y estar compuestos por profesionales debidamente formados para la aplicación del Baremo de Valoración de la Dependencia (BVD). En este sentido, para crear los recursos humanos que diesen respuesta a las necesidades de servicios derivadas de la aplicación de la Ley, tanto para la valoración y el reconocimiento de la situación de dependencia como para la coordinación de los servicios sociales comunitarios, la aprobación del Programa Individual de Atención y la materialización, seguimiento y control de los servicios y prestaciones económicas, se modificó la Relación de Puestos de Trabajo de la Consejería para la Igualdad y Bienestar Social con la creación de 615 nuevos puestos de trabajo, de los que 268 son los valoradores y valoradoras de la dependencia, uno por cada zona de trabajo social.

Los órganos de valoración, encargados de determinar el grado y nivel de dependencia, están formados por un equipo técnico multidisciplinar, perteneciente mayoritariamente a las áreas social o sanitaria, e integrado en la estructura administrativa de la respectiva delegación provincial de la Consejería para la Igualdad y Bienestar Social. En correspondencia con el BVD aprobado por el Real Decreto 504/2007, de 20 de abril (modificado recientemente por el Real Decreto 174/2011, de 11 de febrero), la principal dificultad respecto a los criterios de aplicación radicaba en que no estaban lo suficientemente cerrados, pudiendo dar lugar a distintas interpretaciones por parte del personal valorador. El principal objetivo del nuevo baremo es ajustar y mejorar la fiabilidad y la aplicabilidad del baremo al concepto y a la clasificación de las situaciones

de dependencia establecidas en la Ley, garantizando así una evaluación homogénea entre las comunidades autónomas.

b) y c) Con datos de fecha 1 enero de 2011 extraídos del Portal de la Dependencia del IMSERSO, en Andalucía han sido evaluadas 364.749 personas de las 401.495 que presentaron solicitud de reconocimiento de la situación de dependencia, apunte que muestra que el 90,85 por 100 de las personas solicitantes han sido efectivamente valoradas. Estas cifras corroboran con precisión que el proceso de valoración de la situación de dependencia gestionado por los servicios de valoración de la dependencia de las delegaciones provinciales de la Consejería para la Igualdad y Bienestar Social de la Junta de Andalucía es ágil y eficaz, lo que permite cumplir con el plazo de tres meses legalmente establecido en el que deberá dictarse y notificarse a la persona solicitante o a sus representantes legales la resolución del reconocimiento de la situación de dependencia.

4. a) Con datos de fecha 1 de enero de 2011, el total de personas beneficiarias con derecho a prestación (personas que tienen reconocido grado III y grado II) asciende a 232.046; las personas beneficiarias que tienen prestaciones son 182.724, y las prestaciones reconocidas arrojan un resultado de 239.407. Esta última cifra es superior al número de personas beneficiarias porque una misma persona puede disfrutar de más de un servicio y/o prestación económica.

En Andalucía, los servicios suponen algo más del 53 por 100 del total, de conformidad con la línea de favorecer los servicios sobre las prestaciones económicas. Cabe destacar que quizá sea la Comunidad que más ayuda a domicilio presta, concretamente a 43.334 personas, casi el 20 por 100 del total de servicios y prestaciones.

b) Respecto a las lagunas o dificultades surgidas en la gestión de las solicitudes de reconocimiento de la situación de dependencia y del derecho a las prestaciones del SAAD, habida cuenta de que la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, establece que el Programa Individual de Atención ha de elaborarse con la participación previa consulta y, en su caso, elección (entre las alternativas propuestas) de las personas interesadas y, en su caso, de sus familias o entidades tutelares que las representen, la realidad nos ha mostrado que lo que era excepcional en el espíritu de la Ley ha sido la opción más solicitada; opción coherente con nuestra cultura mediterránea, en virtud de la cual las personas

prefieren vivir en su casa siendo atendidas por familiares u otras personas de su entorno, cuidadores o cuidadoras elegidas por la propia persona en situación de dependencia, lo que no ocurre en el caso del cuidador profesional.

Con el objeto de solventarlo, la Consejería para la Igualdad y Bienestar Social decidió poner en marcha un plan estratégico sobre prioridad de los servicios en el SAAD; plan que se traduce en la marcada apuesta por el servicio de teleasistencia y por el servicio de ayuda a domicilio, y en el esfuerzo realizado para crear más centros de día y disponer de más plazas residenciales. Este plan pasa por la adecuada formación de los profesionales para evitar, entre otras cuestiones, que las personas que están siendo atendidas en un servicio salgan de él para acceder a una prestación económica para cuidados en el entorno familiar.

En algunas ocasiones, se han encontrado dificultades respecto a la ubicación del servicio de atención residencial, cuando no existen plazas disponibles en los lugares preferentes de las personas en situación de dependencia o de sus familiares. En la mayoría de las zonas de trabajo social de Andalucía hay oferta suficiente de servicios. Solamente en algunas es deficitario el número de plazas del servicio de atención residencial, ya que las plazas acreditadas corresponden a personas válidas y no a personas en situación de dependencia. En contraste con esta situación existen otras zonas donde la oferta es mayor a la demanda. De manera muy concreta, y con carácter residual, en el servicio de atención residencial tenemos la necesidad de contar en poco tiempo con disponibilidad de plazas en condiciones de acreditación adecuadas a grupos con problemas específicos en determinadas zonas de trabajo social.

5. a) y b) Es un objetivo prioritario en nuestra comunidad autónoma fomentar una mayor comunicación, coordinación y colaboración entre las administraciones públicas intervinientes en el procedimiento para el reconocimiento de la situación de dependencia y del derecho a las prestaciones, con el fin de agilizar la tramitación de éste y satisfacer, en un plazo razonable, las necesidades de las personas con la asignación de los recursos más adecuados. En este proceso se ha avanzado mucho con la mejora del sistema de información del SAAD y la incorporación de nuevas aplicaciones informáticas en la gestión del Programa Individual de Atención, desarrolladas por parte de la Junta de Andalucía.

Asimismo, se ha ido realizando una importante campaña de información y formación desde la puesta en marcha de la Ley para todo el personal implicado. Se han desarrollado planes de formación específicos para el personal valorador, al objeto de unificar criterios para la aplicación del BVD en todo el territorio andaluz, para el personal de los servicios sociales comunitarios que elabora las propuestas de programas individuales de atención, para el personal directivo y asistencial de los centros de atención residencial y de los centros de día, así como para el personal de las delegaciones provinciales de la Consejería para la Igualdad y Bienestar Social.

Con el desarrollo de estos proyectos, garantizamos la coordinación entre las administraciones públicas y la colaboración con entidades e instituciones no públicas en la producción de los servicios.

6. El 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, previó que se aprobaría una orden conjunta de las consejerías de Salud y para la Igualdad y Bienestar Social en la que se establecerían los procedimientos de coordinación sociosanitaria, y se crearían los órganos e instrumentos procedentes para garantizar una efectiva atención a las personas en situación de dependencia. Por ahora, el acuerdo adoptado entre ambas consejerías para que las personas solicitantes del reconocimiento de la situación de dependencia no tengan que aportar el informe de salud (ya que es esta Consejería la que lo solicita) está dando buenos resultados, siempre mejorables, sobre todo en lo que respecta a las personas con enfermedad mental.

Asimismo, hemos colaborado en la elaboración del Plan de Acción para los Menores de Tres Años en Situación de Dependencia, cuya atención temprana es fundamental, y en los pasos previos para disponer de un plan de promoción de la autonomía personal y prevención de la dependencia.

7. A pesar de la etapa de crisis económica que estamos atravesando, la aplicación de la Ley de Dependencia es el eje de los presupuestos de la Consejería para la Igualdad y Bienestar Social para 2011. Queda de manifiesto, a través de datos cuantitativos y cualitativos, que desde esta Consejería estamos intentando paliar este periodo de recesión realizando un gran es-

fuerzo presupuestario en relación con la promoción de la autonomía personal y la atención a la dependencia, ya que se destinarán 850 millones de euros (849.267.543 €) para continuar con el desarrollo de la Ley 39/2006 y para poder seguir haciendo efectivas las prestaciones por dependencia. Este interés y este compromiso quedan enunciados en el incremento presupuestario respecto del año anterior, que representa un aumento del 7,5 por 100.

Por tanto, a pesar de disponer de unos presupuestos austeros, los fondos destinados a la atención a la dependencia permiten desarrollar los proyectos fijados, y además se incrementa su partida para el año 2011, con lo que se extenderá la aplicación del SAAD en Andalucía. En el año 2011, el 63,82 por 100 del presupuesto de la Consejería va destinado a la atención a las situaciones de dependencia.

8. Entre las prioridades que permitirán impulsar el desarrollo del SAAD en la Comunidad Autónoma de Andalucía cabe destacar las siguientes:

- La información a la ciudadanía.
- El apoyo a las corporaciones locales.
- La implantación del SAAD desde el sistema de servicios sociales.
- La prioridad de los servicios frente a las prestaciones económicas.
- La coordinación entre los servicios sociales y sanitarios.
- La promoción de la autonomía personal.
- La implantación de sistemas de gestión de la calidad.
- El incremento de recursos económicos.
- El diálogo con los órganos de asesoramiento y participación de personas mayores y personas con discapacidad, con agentes sociales y económicos.
- La formación de los cuidadores, profesionales y no profesionales.
- La incorporación del enfoque de género.

Jesús Fuertes Zurita

Director General de Política Social
y Atención a la Dependencia,
Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades,
Junta de Castilla y León (*)

1. Si observamos las últimas estadísticas publicadas por el IMSERSO a la fecha de cumplimentación de este cuestionario, es evidente que el ritmo al que avanzan unas y otras comunidades es diferente; así, por ejemplo, en la emisión de dictámenes, que es el instrumento en el que se determina el grado y nivel de dependencia y, por tanto, conlleva el tratamiento previo de la solicitud, tanto en su parte administrativa como de valoración de la situación de dependencia, el abanico de dictámenes emitidos respecto del total de solicitudes presentadas se abre entre un 77,93 por 100 y un 99,55 por 100. En este aspecto, Castilla y León se sitúa por encima de la media nacional, con un 91,64 por 100, frente a un 90,99 por 100 de media.

Asimismo, de todas las personas evaluadas con derecho a prestaciones, un 87,68 por 100 ya tienen reconocida prestación, frente a un 72,84 por 100 de media nacional. Las causas de estas diferencias se pueden deber a múltiples factores, como el volumen de población destinataria, la dispersión geográfica, el sistema de organización de los órganos de valoración...

2. El *Libro Blanco sobre la Dependencia* estimaba en algo más de 53.000 las personas con discapacidad para alguna de las actividades básicas de la vida diaria (ABVD), en situación de discapacidad severa o total, en Castilla y León. A finales de 2010, estamos cercanos a las 52.900 personas en situación de «gran dependencia» y «dependencia severa»; es decir, que las estimaciones del *Libro Blanco* se acercaban bastante a la realidad, tomando los dos grupos de mayor dependencia en su conjunto.

Sin embargo, el reparto entre ambas categorías ha sufrido una importante desviación, y en el momento actual el número de personas valoradas en Castilla y León con un grado III de dependencia duplica las previsiones del *Libro Blanco*. En principio, parece que no es tanto un defecto de previsión como de clasificación en los distintos grupos, lo que lleva a pensar que el problema pueda estar en la configuración y aplicación del baremo. Aún estamos muy lejos del total de personas dependientes en cualquiera de sus grados y hasta que no esté totalmente implantado el sistema no po-

drán hacerse análisis rigurosos de la incidencia de los distintos grados de dependencia.

3. a) Como hemos indicado en la respuesta anterior, la aplicación del baremo en estos cuatro años ha revelado que las personas con el máximo grado de dependencia (grado III) superan en mucho las estimaciones que hizo el *Libro Blanco de la Dependencia*. Se han barajado distintos motivos para explicar esta desviación: que las estimaciones no fueran correctas, que el instrumento no sea adecuado para valorar la situación de dependencia y que el baremo no se aplique correctamente.

Dejando al margen el primero de los motivos, desde Castilla y León consideramos que el instrumento vigente es válido para determinar si una persona es dependiente o no, pero no lo es tanto para distribuir a las personas dependientes en los distintos grados y niveles, especialmente en el caso del baremo específico para discapacidad intelectual y enfermedad mental (DI/EM). El instrumento fue objeto de modificación por Acuerdo del Consejo Territorial en junio de 2010, y las modificaciones acordadas se recogerán en un Real Decreto.

Por lo que se refiere a la correcta aplicación del baremo, en Castilla y León siempre hemos abogado por una adecuada formación de los profesionales que lo aplican y hemos configurado unos equipos mixtos de valoración, integrados por profesionales de distintos perfiles y con participación de la Administración local, que garantizan la calidad de las valoraciones realizadas.

b) Por lo que se refiere a la agilidad del procedimiento administrativo de valoración, hay que tener en cuenta que el procedimiento creado por la Ley de Dependencia es complejo y muy garantista para el ciudadano; se requiere que la valoración se haga en el domicilio habitual del solicitante, con las exigencias que ello conlleva de desplazamiento de los profesionales por todo el territorio de la Comunidad. Aún así, y pese a que en Castilla y León convergen dos de las características que mayores dificultades ofrecen para llevar a cabo las valoraciones (extensión y dispersión geográfica), se han realizado los mayores esfuerzos para que el procedimiento de evaluación resultara lo más ágil posible. Así, se ha contado con la colaboración inestimable de los servicios sociales de base, aquellos que están más cerca del ciudadano.

c) De acuerdo con las últimas estadísticas publicadas por el IMSERSO (noviembre de 2010), en Castilla y León se han valorado el 91,64 por 100 de las solicitudes presentadas.

(*) Marzo de 2011.

4. a) y b) Según las últimas estadísticas publicadas, Castilla y León ha reconocido un 87,68 por 100 de prestaciones sobre el total de beneficiarios con derecho a prestación, lo que la sitúa 14,84 puntos por encima de la media nacional. De todas las prestaciones reconocidas, un 56,95 por 100 son servicios, y un 43,05 por 100 son prestaciones económicas. Y ello pese a que, con el actual sistema de financiación, el coste para la Administración autonómica es muy superior en el caso de servicios que en el de prestaciones económicas, ya que la mayor parte de las cuantías aportadas por el Estado a las comunidades autónomas se fijan en función del grado y nivel de dependencia, y no del servicio reconocido a la persona dependiente. Éste, sin duda, es el mayor escollo para atender la demanda de servicios.

Hay que indicar, por otro lado, que el índice de cobertura de servicios en Castilla y León es elevado; prácticamente no hay lista de espera en el servicio de ayuda a domicilio, y estamos en más de un 7 por 100 de cobertura de plazas de atención residencial en relación con la población mayor de 65 años.

5. a) Hasta fechas recientes, el Consejo Territorial del SAAD ha servido de cauce de coordinación entre las distintas comunidades autónomas. Sin embargo, el último acuerdo se adoptó sin el voto favorable de nueve comunidades de distinto signo político. Es de lamentar que el Gobierno no haya hecho el esfuerzo necesario para, como en ocasiones anteriores, lograr el consenso en el seno del Consejo Territorial para determinar los servicios y prestaciones que corresponden al grado I de dependencia.

b) La Junta de Castilla y León ha comprometido, para el periodo 2008-2015, la creación de 1.431 plazas residenciales en colaboración con entidades privadas, de las cuales 700 serán concertadas.

6. En Castilla y León se ha complementado el modelo preexistente de coordinación sociosanitaria con una serie de medidas adoptadas como consecuencia de la implantación de la Ley de Dependencia. Entre algunas de esas medidas cabe citar la aprobación de un modelo único normalizado de informe sobre las condiciones de salud, que se utiliza para el acceso a todas las prestaciones de servicios sociales; la implicación de los profesionales del sistema de salud en la valoración de la situación de dependencia de aquellos solicitantes que, por su situación y circunstancias, están incluidos en programas específicos del sistema sanitario (programa de inmobilizados); la participación en la valoración de los cuidados recibidos por las personas dependientes que están atendidas en su entorno fami-

liar, y el pilotaje sobre «consejos para el cuidador sobre cuidados a realizar a las personas dependientes». A todo ello debemos unir la implantación de un modelo integrado de atención a personas con discapacidad por enfermedad mental y la creación de equipos de coordinación de base, integrados por profesionales pertenecientes a equipos de atención primaria (EAP) y a centros de acción social (CEAS), para el trabajo conjunto en coordinación sociosanitaria.

A la vista de lo anterior, podemos puntuar con un siete los avances realizados.

Las principales dificultades con las que nos hemos encontrado derivan de tratar de coordinar dos sistemas de protección que, aunque actúan sobre la misma persona, lo hacen sobre necesidades diferentes y utilizan lógicas distintas; cada uno tiene su marco normativo, sus estrategias de atención, su cartera de servicios y su sistema de acceso.

7. La crisis económica que está padeciendo nuestro país en los últimos años tiene también su reflejo en el ámbito de la dependencia, por cuanto es un motivo más que incide en la voluntad de las personas en situación de dependencia a la hora de optar por un servicio que, como la propia Ley prevé, conlleva un copago del usuario o por una prestación económica que, además de no conllevar gasto, supone un ingreso. Esta tendencia es contraria a la priorización que hace la Ley de los servicios sobre las prestaciones económicas.

Otro aspecto importante en el que incide la crisis económica es el de la financiación insuficiente del sistema, que en tiempos de bonanza económica podría quizá replantearse; sin embargo, en la situación actual las comunidades autónomas no ven satisfechas sus demandas de revisión del sistema.

8. En Castilla y León estamos trabajando desde el primer momento en lograr que las personas en situación de dependencia puedan acceder a los servicios y prestaciones que les corresponden con todas las garantías y en el plazo más breve posible. Para ello, hemos adoptado una serie de medidas tendentes a agilizar el procedimiento, mejorar los canales de información a los usuarios, incrementar el número de profesionales y de servicios públicos ofertados y lograr el acceso unificado a los servicios sociales a través de una ventanilla única. Seguimos trabajando en el desarrollo y el perfeccionamiento de todos estos mecanismos, y seguimos insistiendo en que es necesaria la revisión del modelo de financiación para la sostenibilidad del sistema.

Junto a ello, es necesario que desde el Consejo Territorial se adopten acuerdos para alcanzar una regulación conjunta y coherente de las prestaciones para todos los grados de dependencia, unificar los procedimientos de valoración de la dependencia y discapacidad, revisar los criterios de acreditación e incorporar los productos de apoyo y eliminación de barreras como prestaciones del sistema.

Joaquín Martínez Gómez

Secretario Autonómico de Autonomía Personal y Dependencia,
Conselleria de Bienestar Social,
Generalitat Valenciana (*)

1. En la Comunitat Valenciana se ha avanzado muy rápidamente en el proceso de verificación de la demanda, especialmente en cuanto a la valoración del grado y nivel de dependencia de las personas solicitantes. Una vez realizada dicha valoración, la complejidad en la tramitación del expediente administrativo, unida a la necesidad de contar con información de otros organismos públicos para su confección, ha supuesto una dilación temporal hasta la aprobación del Programa Individual de Atención (PIA) correspondiente y el inicio en la recepción del servicio o prestación económica.

Por otro lado, el establecimiento de un procedimiento administrativo nuevo y específico, con mecanismos de acceso muy precisos (años de empadronamiento, calendario de incorporación progresiva, cuantías delimitadas y muy acotadas, necesidad de acceder a datos de carácter económico y fiscal...) ha planteado la necesidad de realizar un ejercicio previo de planificación y organización muy meticuloso mediante el diseño de un conjunto normativo de ámbito autonómico y protocolos de actuación interna.

La Comunitat Valenciana ha seguido, desde el inicio de la puesta en funcionamiento del sistema, una política de calidad, ofreciendo preferentemente a las personas el servicio de atención más adecuado y, de forma subsidiaria, una prestación económica. Este hecho ha supuesto que la Comunitat Valenciana presente una cartera de servicios y prestaciones en la cual el peso de los servicios, y más específicamente el de la atención residencial y atención diurna, duplica la media española siendo del 38,5 por 100, frente al 20,8 por 100, que es la media general española (situación a 1 de enero de 2011, según datos del IMSERSO).

(*) Febrero de 2011.

2. No se ajusta a las previsiones. Se ha producido una avalancha de solicitudes de personas no dependientes como consecuencia de que la Ley no ha previsto mecanismos de filtrado previos. Hasta 2010 se han evaluado un total de 16.247 personas que han resultado no dependientes con arreglo al baremo, lo que supone el 13,8 por 100 del total de valoraciones efectuadas. La propaganda realizada en relación con la efectividad del derecho y los efectos retroactivos ha provocado la presentación de solicitudes de personas con anterioridad a la fecha en que previsiblemente deberían haberla presentado según su grado y nivel de dependencia. Además, se ha observado una gran disparidad entre la distribución real de la población dependiente por grados y niveles y la prevista por el Libro Blanco. En este sentido, la «gran dependencia» tiene, en realidad, un peso muy superior a lo que inicialmente se previó, con los problemas de financiación que esto implica (cuadro n.º 1).

3. a) Los principales problemas que ha suscitado la aplicación del baremo han sido los siguientes:

— La ausencia del establecimiento de filtros previos por parte de la Ley.

— El encarecimiento y el retraso en la gestión del sistema por la exigencia de que los profesionales se desplacen a realizar la valoración en el domicilio de la persona dependiente, con carácter general.

— La falta de adecuación del baremo de valoración a determinadas situaciones sociosanitarias y perfiles de dependencia, especialmente para personas con discapacidad y enfermedad mental.

— La gestión excesivamente prolija y compleja por la intervención de, al menos, dos administraciones y un conjunto de organismos y entidades públicas.

b) La gestión de los procedimientos administrativos ha adolecido de una serie de problemas como conse-

CUADRO N.º 1

SOLICITUDES DE PRESTACIONES PARA PERSONAS EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA (COMUNIDAD VALENCIANA)

Grados	Previsión de personas según Libro Blanco (porcentaje)	Solicitantes efectivos (porcentaje)	Diferencial (porcentaje)
Grado III	34,7	53,4	+53,8
Grado II	65,3	46,6	-28,6

Fuente: Elaboración propia a partir de datos sobre valoraciones efectuadas en la Comunitat Valenciana a 1 de enero de 2011 y Libro Blanco: 733 (estimación 2010).

cuencia, básicamente, de la no previsión de un periodo de adaptación por parte de la Ley 39/2006 y su entrada en vigor de manera inmediata, que son los siguientes:

— La necesidad de diseñar y poner en funcionamiento procedimientos de gestión internos en las administraciones implicadas.

— La inexistencia de puestos de plantilla y personal entrenado para la gestión de un procedimiento administrativo nuevo e inédito en la Administración de la Comunitat Valenciana.

— La necesidad de adaptar los sistemas y programas informáticos de gestión y de realizar aquellos nuevos desarrollos necesarios para la gestión y comunicación con el resto de aplicativos de la Administración.

c) Hasta finales del año 2010, el total de solicitudes presentadas ha sido de 144.847, de las que quedan pendientes de valoración alrededor de 11.000, lo que representa el 7,5 por 100 de aquéllas.

4. a) El porcentaje de beneficiarios atendidos a 31 de diciembre de 2010 es de 37.220, lo que supone el 57,3 por 100 del total de beneficiarios valorados con derecho a servicio o prestación (64.916).

La distribución de servicios y prestaciones, a fecha 31 de diciembre de 2010, en la Comunitat Valenciana es la que recoge el cuadro n.º 2.

b) Los principales problemas que, en la práctica, han surgido para la atención de la demanda han sido los siguientes:

- La falta de recursos de atención suficientes en determinados segmentos de personas con discapacidad, y especialmente en el caso de la enfermedad mental crónica.

- La necesidad de adaptar, coordinar y compatibilizar la coexistencia del nuevo Sistema de Atención a la Dependencia con el ya vigente sistema de servicios sociales.

CUADRO N.º 2

DISTRIBUCIÓN DE SERVICIOS Y PRESTACIONES (COMUNIDAD VALENCIANA)

Servicio/Prestación	N.º beneficiarios	Porcentaje
Centros de día/noche	4.439	11,9
Atención residencial	9.908	26,6
Prest. ec. vinculada a servicio..	4.177	11,2
Prest. ec. cuidados familiares..	18.696	50,2
Total	37.220	100

- La no integración en el Sistema de Atención a la Dependencia de un conjunto de servicios dirigidos a personas en situación de dependencia que ya venían siendo prestados por la Comunitat Valenciana, tales como el SAD municipal, el servicio «Menjar a casa» o el servicio «Major a casa».

- La financiación del sistema, por un conjunto de razones, entre ellas:

— La insuficiencia general en el importe de los recursos que la Administración general del Estado transfiere a las comunidades autónomas.

— La no correlación entre los recursos aportados por el Estado y el coste del servicio recibido por la persona con dependencia (este importe únicamente depende de su grado y nivel de dependencia).

— La supeditación de la financiación a la existencia de créditos suficientes en los presupuestos anuales, no existiendo una fuente de financiación autónoma e independiente del ciclo económico.

— La incoherencia en el reparto de la carga financiera entre los agentes implicados en el sistema (beneficiarios, Estado, comunidad autónoma) y, en especial, el no cumplimiento por parte del Estado de la prescripción fijada en la Ley 39/2006 de cobertura del 50 por 100 del importe a financiar por las administraciones públicas.

5. a) La coordinación entre la comunidad autónoma y las entidades locales ha sido muy estrecha y fructífera, creándose una red territorial de atención a la dependencia en la Comunitat Valenciana. En este sentido, en 2011 existe un total de 118 servicios municipales de atención al dependiente mediante la creación de 233 puestos de trabajo en los propios ayuntamientos, ocupados por trabajadores sociales especialistas en dependencia y financiados íntegramente por la Generalitat. Estos servicios se coordinan en dos ámbitos simultáneamente: en cuanto a la gestión administrativa, a través de la Federación Valenciana de Municipios y Provincias, y respecto de la coordinación técnica, a través del Servicio de Valoración y Ordenación de la Dependencia de la Conselleria de Bienestar Social de la Generalitat.

b) Además de lo expuesto, se han creado una serie de mecanismos para promover la coordinación institucional y con los agentes económicos y sociales que interactúan en el Sistema de Atención a la Dependencia en la Comunitat Valenciana, que son los siguientes: el

Consejo Interterritorial de Servicios Sociales, Promoción de la Autonomía Personal y Atención a la Dependencia de la Comunitat Valenciana (creado en marzo 2007) y el Comité Consultivo Autonómico del Sistema Valenciano para la Autonomía y Atención a la Dependencia (creado en febrero 2010).

6. La coordinación sociosanitaria en el ámbito de la Comunitat Valenciana es un elemento que se viene ejerciendo desde hace ya largo tiempo con buenos resultados, por lo que se puede calificar de notable en una escala de 0 a 10. Desde la Generalitat se reconoce que se trata de una cuestión de la máxima importancia y se trabaja intensamente en ella, con un doble objetivo: por un lado, ofrecer la máxima calidad y atención a las personas beneficiarias y usuarios del sistema y, por otro, optimizar la gestión de los recursos públicos dedicados.

Como muestra de esta coordinación sociosanitaria, recientemente se ha aprobado una nueva regulación en cuanto a la dispensación de productos farmacéuticos en los centros de atención a personas con dependencia, que permitirá una mejor atención a las necesidades de sus usuarios mediante la contratación de profesionales farmacéuticos *in situ*, así como una racionalización en el gasto por este concepto.

Además, en la Comunitat Valenciana, todos los centros disponen de personal sanitario permanente (médico y de enfermería) y tienen acceso directo al sistema farmacéutico de la Agencia Valenciana de Salud.

Las principales dificultades para seguir avanzando en este campo son las siguientes:

— La heterogeneidad existente en los centros y recursos públicos y privados del área sanitaria y sociosanitaria.

— Las dificultades técnico-administrativas para la prestación de servicios del personal adscrito a cada una de las áreas en la otra.

— Las dificultades en la gestión presupuestaria de los organismos administrativos implicados.

7. La crisis económica no ha incidido significativamente en el arranque del SAAD en la Comunitat Valenciana por haber otorgado la Generalitat a este asunto un carácter estratégico y de compromiso claro con la atención a la dependencia para los ciudadanos de la Comunitat Valenciana. Además, la puesta en marcha del SAAD no se ha realizado *ex novo*, puesto que la

Comunitat Valenciana ya contaba con un sistema de servicios sociales y atención a las personas dependientes con gran tradición y muy ambicioso. Ello ha implicado que las principales dificultades en el arranque del sistema hayan venido por la parte de la gestión y la clarificación de criterios y procedimientos, y no por la parte de la financiación.

Sin embargo, y a pesar de lo manifestado, desde la Generalitat se es consciente de que la crisis económica va a tener una incidencia trascendental en el sistema en los próximos años. Ello se debe al sistema de financiación previsto por la Ley 39/2006, con cargo a los presupuestos anuales de las correspondientes administraciones públicas implicadas. Dicho sistema de financiación relega la existencia de fondos suficientes para la cobertura de un *derecho subjetivo* consagrado por la mencionada norma al presupuesto que anualmente confecciona cada administración, que, como resulta inevitable, estará claramente determinado por la situación económica general y las previsiones de ingresos de que disponga cada una de ellas.

Por tanto, y a falta de mecanismos que aseguren el «blindaje» de la financiación del Sistema (afectación de la recaudación de determinados impuestos, creación de fondos finalistas independientes del presupuesto u otros), resulta previsible que una situación de crisis económica como la que existe actualmente en España pueda acabar afectando a éste, a pesar de que la voluntad y el compromiso de la Generalitat es garantizar la atención a todas las personas con derecho a ella.

8. La Generalitat sigue trabajando intensamente en el desarrollo y la mejora del sistema en la Comunitat Valenciana. Para ello, se ha diseñado una serie de líneas de actuación de carácter estratégico en esta materia que pretenden establecer las áreas y las acciones prioritarias a realizar, con el objetivo de ofrecer cobertura al 100 por 100 de las personas con derecho a ella y garantizar altos niveles de calidad en los servicios que reciban.

Dentro de dichas áreas de actuación, las prioridades son las siguientes:

— La profundización en el desarrollo formativo en materia de procedimiento, compatibilidades y copago.

— La mejora continua en la agilidad en la gestión.

— La mejora continua en los niveles de calidad de los servicios a las personas dependientes.

- La coordinación sociosanitaria.
- La colaboración con el sector privado con o sin ánimo de lucro.
- La extensión y profundización de la estructura territorial del sistema.
- La colaboración con los agentes económicos y sociales.

Manuel Cid Gala

Coordinador Técnico de la Dirección Gerencia del Servicio Extremeño de Promoción de la Autonomía y Atención a la Dependencia ()*

1. En Extremadura, anteriormente a la entrada en vigor de la Ley 39/2006, la red de recursos y servicios de atención a la dependencia estaba bastante desarrollada. Las posibilidades que la Ley de Dependencia ofrece a las comunidades autónomas para poder definir ellas mismas cómo se promociona la autonomía y cómo se atiende a las personas en situación de dependencia, pueden originar que los modelos en cada territorio difieran ligeramente. Recordemos que se trata de una ley estatal que viene a organizar lo que, de una manera muy dispar, ya venía haciendo cada comunidad en materia de atención a la dependencia, lo que determina que los ritmos de adaptación entre esa nueva norma y las establecidas en cada comunidad repercutan en el desarrollo de la oferta según la cartera de servicios aprobada en la Ley 39/2006. Y la razón no es otra que el hecho de que las competencias en servicios sociales y atención a la dependencia ya estaban transferidas a las comunidades autónomas hacía años (en Extremadura, desde 1987).

Personalmente, creo que Extremadura siempre ha apostado por la especialización, y esto, relacionado con el número de personas a atender, la dispersión geográfica y la configuración de los sistemas de atención sociosanitaria en nuestro territorio, condiciona la definición de las prestaciones y los servicios que se ofrecen en relación con otras comunidades autónomas. Por ello, Extremadura configura una red de atención especializada basada en centros de día y centros residenciales específicos para personas con demencia degenerativa, enfermedad mental grave, discapacidad intelectual y personas mayores en situación de dependencia.

(*) Noviembre de 2010.

2. Las estimaciones que se realizaron para elaborar el *Libro Blanco* se basaron en dos fuentes de información fundamentalmente: la *Encuesta sobre Discapacidades* (EDDES), realizada en el año 1999, y una encuesta específica sobre dificultades en la realización de las actividades de la vida diaria. En segundo lugar, dichas estimaciones se efectuaron sin tener aún definido el baremo de valoración que actualmente se aplica; por otro lado, una vez obtenidos esos datos, y para darles mayor fortaleza, se compararon los totales con la población alemana dependiente, sabiendo que su sistema llevaba entonces ocho años de implantación. Con estos criterios, es razonable que las cifras que se ofrecían en ese importante documento no se correspondieran con la población que, desde el inicio de la implantación de la Ley, ha ido conformando parte del sistema en los distintos grados y niveles existentes.

Sin embargo, aun siendo conscientes de esas limitaciones, creemos que los datos que se aportaron en un principio fueron fundamentales para poder abordar cuestiones tan importantes como la configuración inicial de la estructura y los recursos de atención para poder dar una respuesta adecuada a la dependencia en España.

3. a) Los equipos de valoración en Extremadura están distribuidos por el territorio con criterios de población. Para ello, se dividió la comunidad en veinte zonas que denominamos «sociosanitarias», con el objeto de hacer accesible el derecho de las personas mediante el reconocimiento de su situación de dependencia y la mayor cercanía de los profesionales. En el baremo de valoración, cuya elaboración es de competencia estatal, se han realizado ciertos ajustes que permiten evaluar de manera más concreta las situaciones de dependencia. Es decir, dado que un instrumento de estas características debe efectuar la difícil misión de clasificar las distintas situaciones de dependencia que la Ley contempla, su validez y eficacia están siendo puestas a prueba todos los días al incorporar al sistema a las personas dependientes según la necesidad de ayuda existente.

b) Los procedimientos administrativos de valoración están condicionados en cada comunidad por dos variables clave: la dispersión de la población y los sistemas de información. Administrativamente, no es igual atender el mismo número de ciudadanos en una sola población que en diversas localidades rurales muy distantes entre sí. Esto es lo que sucede en Extremadura. En nuestra comunidad, con una extensión similar a la de Holanda (42.000 km²), existen censados en torno

a 1.100.000 habitantes. La solución a lo anterior no sería disponer de más personal valorador (algo poco eficiente para el sistema), aunque sí de unos sistemas de información más ágiles y cercanos a la población que no dependan del nivel de escolarización o cultural de las personas que han de emplearlo. Por otro lado, las revisiones de grado y nivel también influyen en la agilidad administrativa de la resolución de un caso, al tratarse de una circunstancia de muy difícil control. La heterogeneidad de las enfermedades que causan dependencia y la casuística familiar que puede originar un cambio en el modo de atención se deben a factores externos y de difícil control.

c) Sabiendo lo anterior, en nuestro territorio las valoraciones (sean estas revisiones o no) mantienen un ritmo muy adecuado a la demanda. A 12 de noviembre de 2010, se han realizado 38.872 valoraciones. Esto significa que el 85 por 100 de la población que ha solicitado que le sea reconocido su derecho ha sido valorada.

4. a) Hay que hacer, en primer lugar, una observación importante: la persona que solicita a través de la Ley que le sea reconocida la situación de dependencia, lo solicita porque hace uso del derecho que la Ley le otorga, y no porque no esté atendida. Es decir, la persona se encuentra atendida en su medio, tanto desde el punto de vista sanitario como del de dependencia, con los recursos y servicios comunitarios que existen en la red de nuestra comunidad. Por tanto, aunque existan personas a la espera de que les sea reconocida como tal la prestación que están recibiendo, dichas personas ya están siendo atendidas. A 12 de noviembre de 2010 se han concedido un total de 20.500 prestaciones según la cartera de servicios de la Ley. De éstas, un 36,24 por 100 corresponden a prestaciones económicas de ayuda en el entorno familiar, y el resto (63,76 por 100), a prestación de servicios profesionales.

b) Las mayores dificultades para cubrir la demanda se dan en casos que se pueden denominar extraordinarios por la prevalencia y las características particulares de las enfermedades que producen dependencia; por ejemplo, personas jóvenes con problemas importantes de la conducta, sea por enfermedad mental o daño cerebral sobrevenido, que en fase aguda ocasionan continuos ingresos hospitalarios, con co-morbilidad asociada y sin red social de apoyo, suelen precisar de algún tipo de recurso muy especializado que puede retrasar los trámites para atender de manera adecuada su situación de dependencia. No obstante, son pocos los casos que se encuentran en esta situación;

lo que ocurre es que, en estas contadas ocasiones no es posible ofrecer el recurso super-especializado necesario en esos momentos. Para el resto de colectivos (demencias, daño cerebral, enfermedad mental grave, discapacidad intelectual...), la red de atención ofrece la oferta especializada necesaria.

5. a) En 2007, el cambio de competencias en algunas consejerías de la Junta de Extremadura ocasionó que la atención sanitaria y la atención a la dependencia se ubicaran en una misma estructura: la Consejería de Sanidad y Dependencia. Esta decisión no fue producto del azar; se tomó teniendo conciencia de la necesidad de unir en un mismo organismo todo lo que suponía promoción, prevención y atención de la salud. De este modo, el Servicio Extremeño de Salud (SES) y el Servicio Extremeño de Promoción de la Autonomía y Atención a la Dependencia (SEPAD) son las estructuras centrales que hacen efectiva la coordinación sociosanitaria y la relación con el resto de instituciones a escala provincial (diputaciones) y local (ayuntamientos), a través de los instrumentos necesarios.

b) Algo parecido ocurre con entidades no públicas en el rol que desempeñan dentro del SAAD. Sea a través de convenios, órdenes de subvenciones o concursos públicos, las entidades no públicas forman parte de la red de atención bajo la planificación y el apoyo de la Consejería de Sanidad y Dependencia. De este modo, en 2006 se definió e implantó el Marco de Atención a la Discapacidad (MADEX), con el objetivo de regular y coordinar esta relación entre la Administración autonómica y las entidades, en el ámbito de la atención a este colectivo de personas.

6. En 2004, antes por tanto de la implantación de la Ley de Dependencia en 2007, ya existía en Extremadura el Plan Marco de Atención Sociosanitaria, un modelo eficaz, con dos años de implantación, que definía y hacía tangible la coordinación sociosanitaria en nuestro territorio. Este modelo rechazaba la creación de un tercer espacio sociosanitario, y desarrolló las estructuras y mecanismos necesarios para hacer efectiva dicha coordinación entre los espacios sanitario y social.

Uno de los aspectos fundamentales de los que se valió dicho plan fue (y ha seguido siendo) la definición e implantación de procesos intersectoriales de atención, uno de cuyos objetivos principales es *la continuidad de cuidados*. Siempre que se habla de coordinación sociosanitaria, se habla de profesionales, de

recursos, de programas, pero no se consigue insistir todo lo necesario en que todo lo que se implementa es con el empeño de conseguir la mencionada continuidad en los cuidados, primordial para cumplir con la atención integral e integrada de personas con algún estado de salud alterado; es decir, crear el escenario más adecuado para la atención a personas con distintas necesidades y para la optimización de los recursos del sistema. Y esto, en Extremadura, se encuentra funcionando desde entonces con planes sociosanitarios específicos, como es el caso del Plan Integral de Atención Sociosanitaria al Deterioro Cognitivo en Extremadura (PIDEX).

7. Afecta como a todos los demás ámbitos de la sociedad y, ante la incertidumbre del tiempo que habrá de pasar hasta que la situación pueda volver a normalizarse, habrá que tomar decisiones basadas, sobre todo, en garantizar lo que se ha conseguido hasta aquí. Ahora hay que crear menos recursos y servicios y, por ende, dedicarse a mantener y afianzar los que ya existen con el objetivo de conseguir la mayor calidad de atención posible y no retroceder en todos los avances que se han originado en años anteriores. No obstante, el presupuesto contemplado en Extremadura para atención a la dependencia tiene como característica principal el concepto de ampliable, lo que permitirá asegurar la cobertura de necesidades de las personas clasificadas en grado I, nivel 2, que se incorporarán al sistema.

8. En realidad, son bastantes los cambios introducidos desde 2007 hasta ahora, con el único objetivo de impulsar la atención a los ciudadanos a través de la Ley 39/2006. Entre otras cosas, se ha creado un centro de llamadas específico, se ha contratado a más profesionales para las tareas de valoración y definición de los Programas Individuales de Atención (PIA), se ha aumentado el número de camas residenciales para personas en situación de dependencia, tanto concertadas como públicas (estas últimas mediante la creación de tres centros residenciales para personas con demencia degenerativa, con 300 camas).

De todas formas, si hubiera que optar por determinar alguna prioridad, quizá sería la de continuar reduciendo los tiempos de resolución del procedimiento administrativo de reconocimiento de la situación de dependencia, ya que la atención está garantizada. Durante 2011, ya hay previstos algunos cambios importantes a introducir que, sobre todo, van orientados a acortar determinadas actuaciones administrativas en el modo de funcionamiento actual.

Miguel Ángel García Martín

Director General de Coordinación de la Dependencia, Comunidad de Madrid ()*

1. Las diferencias que pueden existir en la aplicación de la Ley de Dependencia entre las distintas comunidades autónomas, que no siempre son las que se reflejan en las estadísticas del IMSERSO, y que casi nunca son bien entendidas ni explicadas, se deben fundamentalmente a que la situación de partida no era homogénea.

La Comunidad de Madrid, en el momento de puesta en marcha de la Ley, disponía de una de las mayores redes de servicios sociales y lideraba los índices de cobertura de todos los servicios de atención a las personas mayores en situación de dependencia, o de atención a las personas con algún tipo de discapacidad. A modo de resumen, la Comunidad de Madrid tenía una red de la que formaban parte más de 45.000 plazas de residencia y centros de día, amén de los más de 60.000 usuarios que eran atendidos con servicios de atención domiciliaria. Asimismo, de forma específica, la Comunidad de Madrid contaba, y cuenta hoy, con una de las redes de centros de atención a la discapacidad más especializadas de España, donde además los usuarios no participan en la financiación del coste de los servicios.

Este factor contribuye a explicar, por ejemplo, por qué en la Comunidad de Madrid hay menos solicitudes que en otras comunidades autónomas en relación con la población total. Y es que si una persona ya está recibiendo la atención que necesita, lógicamente no precisa «solicitar el reconocimiento de la situación de dependencia». Es verdad que esta baja proporción de solicitudes se explica también por una serie de factores socioeconómicos que ya se tenían en cuenta en las previsiones del *Libro Blanco*; por ejemplo, una población más joven que en otras comunidades autónomas, más urbana, etcétera.

De la misma forma, la existencia de una amplia red de centros y servicios, unida a esos otros factores socioeconómicos, hace que en la Comunidad de Madrid exista proporcionalmente más atención en centros residenciales y de día que en la mayoría de las comunidades, y menos prestaciones económicas para cuidados en el entorno familiar y apoyo a cuidadores no profesionales. Y, lógicamente, el acceso a estos recursos, de mayor coste, pero financiados por el Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD) es,

(*) Noviembre de 2010.

en ocasiones, más lento que la gestión de las prestaciones económicas.

Pero también es cierto que algunas de las diferencias que existen en la aplicación de la Ley se están debiendo al propio «rigor» con el que en cada una de las comunidades se está aplicando el baremo, se están revisando las valoraciones, se están comprobando los requisitos para poder ser beneficiario de una prestación, etcétera.

2. Según las previsiones del *Libro Blanco de Atención a la Dependencia*, la Comunidad de Madrid se situaba en una buena posición de partida en el arranque de la Ley de Dependencia, máxime cuando las previsiones de la *Encuesta sobre Discapacidades* (EDDES), en la que se basaban los estudios del *Libro Blanco*, establecían una prevalencia inferior en la Comunidad de Madrid que en otras regiones. Estos datos debieran tener necesariamente un reflejo en el gasto que cada comunidad autónoma destina en sus presupuestos para la atención a la dependencia y en el número de solicitudes y beneficiarios que se reflejan en las estadísticas del Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia.

Así, el propio *Libro Blanco*, elaborado en diciembre de 2004 a partir de los datos de la EDDES de 1999, establecía que la Comunidad de Madrid estaría muy por debajo de la media en solicitudes y beneficiarios de la Ley, y que Galicia, Extremadura y Andalucía serían las comunidades autónomas con más prevalencia, y que tendrían, por tanto, el doble de solicitudes y beneficiarios en relación con su población. Tanto en el *Libro Blanco* como en las estadísticas del INE, nos encontramos con unos parámetros sociales que no son comparativamente homogéneos desde el punto de vista del número de población dependiente.

Si bien el *Libro Blanco* ya preveía una prevalencia inferior de solicitudes en Madrid que en otras comunidades autónomas, en la práctica ha sido aún algo menor. Esto sólo es posible explicarlo por lo apuntado anteriormente; es decir, porque muchas personas consideran que ya estaban siendo atendidas y no tienen ningún incentivo para solicitar el reconocimiento de la situación de dependencia, al contrario que en aquellas comunidades donde partían de una red menos desarrollada y ahora presentan un mayor número de solicitudes y, también, de prestaciones económicas.

De la misma forma, sí ha habido desviaciones en las previsiones del conjunto de personas en situación de dependencia en toda España respecto de la «estra-

tificación» de la dependencia, ya que, mientras el *Libro Blanco* preveía una mayor prevalencia de la dependencia moderada, algunos factores han propiciado que el resultado real sea el de una pirámide invertida, con mucha mayor prevalencia de la «gran dependencia» de la que cabía esperar. Esas desviaciones son debidas a una confluencia de factores, seguramente con pesos diferentes según la comunidad autónoma a la que nos refiramos, entre los que cabría mencionar: la aplicación del baremo, la composición de los equipos de valoración (que, en general, ha estado formada más por profesionales de perfil social que sanitario), la propia graduación de las prestaciones en función del grado y nivel de dependencia (que crea «presiones» del propio entorno del solicitante para obtener un grado de dependencia mayor) o la forma de financiación (que sigue estando ligada al grado y nivel, y no al servicio o a la prestación establecidos en el Programa Individual de Atención).

3. a) Independientemente de la opinión personal que yo tenga sobre el baremo, debo decir que, junto con la red de centros y servicios, la forma en que se está llevando a cabo la valoración de la dependencia en la Comunidad de Madrid es uno de los aspectos destacados de la aplicación de la Ley de Dependencia en esta comunidad; contamos con unos equipos de valoración claramente multidisciplinares, compuestos por médicos, psicólogos, terapeutas ocupacionales, trabajadores sociales y diplomados en enfermería.

Esta composición multidisciplinar del equipo de valoración nos permite la aplicación del baremo con el máximo rigor. En primer lugar, permite hacer un «despistaje» previo de las solicitudes en función de las patologías recogidas en los informes de salud, que hace que, si bien algunos casos pueden ser valorados por cualquier perfil profesional, hay otros muchos casos que conviene asignar a valoradores con un perfil concreto; por ejemplo, los trastornos mentales o del comportamiento deben ser valorados por psicólogos; las secuelas de intervenciones quirúrgicas o de otras lesiones conviene que sean valoradas por diplomados en enfermería; las malformaciones congénitas o enfermedades raras suelen ser valoradas por médicos, etcétera.

Otro aspecto destacable es que revisamos el 100 por 100 de las valoraciones por el equipo técnico, de forma que hay muy pocos errores en los grados y niveles de dependencia finalmente reconocidos. Y es a continuación de esta revisión cuando, además, el equipo técnico de la Dirección General codifica las patologías que ocasionan la dependencia siguiendo la Clasifica-

ción Internacional de Enfermedades en su 10ª edición (CIE- 10), aspecto éste en el que también Madrid es una de las comunidades pioneras. En Madrid hemos sido plenamente conscientes de que el conocimiento exacto de los problemas que presentan las personas en situación de dependencia es el punto de partida para poder especializar y adaptar aún más nuestra oferta de recursos: no es irrelevante conocer cuántas personas padecen Alzheimer para saber de cuántas plazas residenciales específicas para la atención a estas personas necesitamos disponer. Y quien dice Alzheimer dice Parkinson, lesiones medulares, daño cerebral sobrevenido, autismo, esclerosis múltiple, etc., patologías todas que requieren unos cuidados y una atención muy especializados.

Además, en la Comisión Técnica de Valoración de la Dependencia están representados todos los perfiles profesionales que participan en la valoración, siendo este órgano muy proactivo en la aprobación de criterios técnicos de aplicación del baremo, que garantizan la calidad y la consistencia de las valoraciones que se están llevando a cabo en la Comunidad de Madrid. Por otro lado, es este mismo órgano el que se encarga de planificar y organizar la formación de los valoradores, no sólo inicialmente en la formación específica sobre el baremo (BVD), sino periódicamente, con cursos sobre patologías asociadas a la dependencia, ayudas técnicas y productos de apoyo, etcétera.

b) y c) En la actualidad, se han valorado aproximadamente el 95 por 100 de las solicitudes que tienen su documentación completa, y ha sido posible concertar una cita en el domicilio, aunque como seguramente ocurra en todas las comunidades autónomas, dado el sector de población al que nos referimos, no siempre es fácil que los solicitantes comprendan y respondan ágilmente a los requerimientos que les hacemos, que nos comuniquen cambios de teléfonos y/o de domicilio, u otras circunstancias que, en un momento dado, impiden que se lleve a cabo la valoración (hospitalizaciones, intervenciones quirúrgicas, accidentes, etc.). Es quizás en estos aspectos donde el procedimiento administrativo para la valoración se vuelve más «denso», y lo que lleva a que, a veces, la valoración se dilate en el tiempo más de lo deseable.

Para conseguir evaluar rápidamente a los solicitantes, hemos puesto en marcha un sistema de «geoposicionamiento» de las solicitudes, que hace que podamos optimizar al máximo las rutas de los valoradores, disminuyendo así los tiempos de desplazamiento y, lógicamente, los costes de la valoración en el entorno. Asimismo, todos los valoradores cuentan con un kit

de movilidad que les permite consultar *on-line* toda la documentación asociada a la solicitud de dependencia (informe social, informe de salud...) y enviar de forma remota el resultado de la valoración para su revisión por la Comisión Técnica.

4. a) En la actualidad, en la Comunidad de Madrid podemos decir que el 80 por 100 de los solicitantes que han sido reconocidos en situación de dependencia dentro del calendario de aplicación de la Ley, y que nos han aportado completa toda la documentación necesaria, disponen ya de un servicio o de una prestación del catálogo. Y si bien esto es cierto, seguimos teniendo una importante bolsa de ciudadanos a los que no es posible tramitarles prestación alguna. Tanto es así que hemos tenido que poner en marcha un plan, que podemos llamar «de acompañamiento administrativo», para intentar agilizar toda esta gestión mediante la emisión de repetidas llamadas telefónicas y la creación de puestos de «entrega rápida de documentación». Hacemos, como se puede observar, bastante más de aquello a lo que el procedimiento administrativo nos obliga, ya que somos plenamente conscientes de que tratamos con personas que muchas veces están en una situación de necesidad, y para las cuales no resulta sencillo comunicarse con la Administración.

b) Las mayores lagunas para satisfacer la demanda las hemos tenido quizás en la provisión de los servicios de atención domiciliaria (ayuda a domicilio y teleasistencia), ya que hemos tenido que adaptar los convenios que tradicionalmente firmábamos con los ayuntamientos para la prestación de los servicios de atención domiciliaria al nuevo marco jurídico surgido con la puesta en marcha de la Ley de Dependencia. Así, no sólo hemos adaptado todos los convenios, sino que, por una parte, hemos instalado un sistema informático a través del cual intercambiamos información y agilizamos la puesta en marcha de estos servicios a los beneficiarios que los tienen reconocidos en el PIA; por otra parte, hemos firmado un convenio de colaboración con la Federación Madrileña de Municipios para la gestión de un fondo adicional de dependencia, financiado íntegramente por la Comunidad de Madrid y destinado a prestar los servicios de atención domiciliaria a aquellas personas en situación de dependencia allí donde se han acabado las disponibilidades horarias de los convenios con los ayuntamientos.

En relación con este asunto de la gestión de la demanda, y para agilizar en este caso la adjudicación de plazas residenciales públicas y concertadas a personas en situación de dependencia, hemos puesto en marcha otra herramienta informática *on line* mediante la

cual las propias residencias nos informan directamente de las vacantes que se van produciendo, en el mismo momento en que se producen, lo que nos permite realizar una gestión eficaz en el proceso de adjudicación. Esta aplicación se va a extender más adelante a los centros de día públicos y concertados, y a las residencias y centros de día de carácter privado, para facilitar, en este caso, la gestión de las prestaciones económicas vinculadas al servicio.

5. a) y b) En la respuesta anterior, ya he mencionado la coordinación existente en la actualidad entre la Administración autonómica y las entidades locales para la gestión de los servicios de atención domiciliaria, así como la coordinación con las residencias y centros de día (públicos, concertados y privados). Esta misma coordinación ha sido efectiva entre las comunidades autónomas y la propia Administración general del Estado. Hoy por hoy, podemos decir que se ha avanzado bastante en la coordinación y en la colaboración, pero que no ha sido fácil, y aún quedan muchas cosas por hacer.

6. En algunos ámbitos, como el de la enfermedad mental, se ha avanzado mucho en la necesaria coordinación sociosanitaria, si bien es cierto que nos queda mucho camino por recorrer. Nuestra vocación es prestar una atención integral, especializada, digna y de calidad a todos los ciudadanos que son usuarios de nuestros centros y servicios, con especial vigilancia no sólo de sus condiciones y necesidades sociales, sino también de salud, máxime cuando hoy las residencias y los centros de día, de forma especial, cuentan con un importante número de personas cuya dependencia funcional está acompañada o coincide con una importante inestabilidad clínica y con una diversidad de patologías, lo que debe motivar una necesaria coordinación sociosanitaria.

En el ámbito de la valoración de la dependencia, en la Comunidad de Madrid, desde mayo de 2010, disponemos de informes de salud emitidos por el sistema público, por los centros de salud, que nos dan realmente información relevante para la valoración de la situación de dependencia. Hemos tratado de incorporar, y lo hemos conseguido, información que, en muchos casos, el sistema público sanitario ya tenía, pero que no estaba integrada en los sistemas de información de servicios sociales. Ahora disponemos de escalas como el Barthell, el Lawton-Brody o el minimental, que nos proporcionan una información muy valiosa para saber ante qué situación de dependencia nos encontramos cuando nuestros valoradores acuden a un domicilio. Nos incorporan además información sobre

diagnósticos, necesidad de cuidados, etc., que no sólo es relevante para valorar, sino incluso para establecer prioridades en la valoración, y que llevarán, sin duda, a que la atención a los casos más graves se realice con mayor agilidad.

Por otro lado, hemos llevado a cabo actuaciones en coordinación con la Consejería de Sanidad para valorar y adjudicar plazas residenciales a personas ingresadas en hospitales de larga estancia y que, por las razones que fuera, no podían regresar a su domicilio.

Pero, quizá, donde más debemos insistir en la coordinación sociosanitaria es en el tema de la prevención, ya que, si bien en los distintos ámbitos de actuación hay programas y medidas que intentan prevenir futuras situaciones de dependencia o que se agraven las ya existentes, no existen aún planes de actuación conjunta que estructuren y creen las sinergias necesarias entre todo lo que ya se viene haciendo.

7. La reducción de los ingresos de las administraciones públicas motivada por la crisis económica actual ha dificultado la progresiva implantación de la Ley de Dependencia y ha motivado que el propio Gobierno de España haya realizado algunos ajustes y recortes importantes. Así, el Real Decreto-Ley 8/2010 elimina los efectos retroactivos de las prestaciones económicas de dependencia para aquellas solicitudes posteriores al 1 de junio de ese año, y posibilita el aplazamiento del pago de los atrasos hasta en cinco años para las solicitudes anteriores a esta fecha.

Además, todas las comunidades autónomas hemos cuestionado el modelo de financiación del SAAD en un doble sentido: en primer lugar, porque la financiación recibida no tiene en cuenta el tipo de servicio o prestación reconocido/a a cada beneficiario, sino el grado y nivel de dependencia, lo que está provocando que, en algunas comunidades, las prestaciones económicas representen más del 70 por 100 del total de prestaciones y servicios otorgados; en segundo lugar, porque la Administración general del Estado no aporta el 50 por 100 de la financiación de los servicios y prestaciones, una vez descontada la aportación del usuario, tal y como manda la Ley. En el caso de la Comunidad de Madrid, el presupuesto regional financia el 70 por 100 del coste de los servicios, el usuario el 10 por 100, y la Administración general de Estado, el 20 por 100 restante.

8. La primera prioridad para impulsar el desarrollo del SAAD en Madrid y en todas las comunidades autónomas es modificar la financiación estatal, ya que

no tiene ningún sentido ligar la cuantía que el Estado aporta al grado y nivel de dependencia del solicitante, y no al servicio o prestación con el que va a ser atendido. Nada tiene que ver el coste de una prestación económica, que puede oscilar entre los 300 y los 500 euros, con el de un servicio altamente especializado para la atención de una persona con algún tipo de discapacidad, que puede superar los 3.000 euros mensuales. Sin embargo, por ambos servicios, las comunidades autónomas recibimos la misma financiación del que se denomina nivel mínimo de la Administración general del Estado: entre los 70 euros de un grado II, nivel 1, y los 263 euros de un grado III, nivel 2.

El consenso y el espíritu con los que nació la Ley nos deben servir ahora de ejemplo y estímulo para todos los que trabajamos en la construcción y el desarrollo de este nuevo modelo, superando las dificultades encontradas en aras a consensuar un sistema nacional e igual para todos. Tras casi cuatro años de implantación de la Ley, y una vez adaptado nuestro ordenamiento al nuevo marco jurídico, el reto de las Administraciones Públicas es consolidar el sistema, desarrollar el catálogo de servicios de prevención y promoción de la autonomía personal, buscar espacios de coordinación socio-sanitaria, aplicar los beneficios de la Ley a los nuevos ciudadanos reconocidos en grado I, o dependencia moderada, y consensuar, con lealtad y rigor, una financiación que sea adecuada y suficiente para garantizar a todas las personas beneficiarias de la Ley una atención especializada y de calidad a su situación de dependencia.

No obstante, lo más importante será mantener y desarrollar la red de atención a la dependencia que, en el caso de nuestra región, se ha consolidado gracias al esfuerzo presupuestario y a la vocación de servicio de la Comunidad de Madrid, pero también a la implicación de las entidades locales, el tejido asociativo, las empresas y entidades del sector y, de forma principal, de todos los trabajadores y profesionales de los servicios sociales, de los centros públicos y privados y de los servicios de atención domiciliaria.

Miguel Ángel Miralles González-Conde

Director-Gerente del Instituto Murciano de Acción Social (IMAS) ()*

1. En nuestra comunidad se ha avanzado, siempre a tenor de los datos del IMSERSO, por encima de la

media nacional, tanto en la valoración del grado de dependencia —aspecto respecto al cual hemos sido de las comunidades más avanzadas— como en el de la producción de prestaciones y servicios, situándonos como la octava comunidad autónoma en porcentaje de población atendida.

2. Las previsiones del *Libro Blanco* infraestimaron los datos de las personas dependientes, de tal manera que en nuestra región predecían un número aproximado de 5.500 personas valoradas como «grandes dependientes» (grado III) y ya han sido reconocidas 27.328 con este grado, estando activas 18.162 personas valoradas en grado III. Es decir, se han triplicado las previsiones del IMSERSO, lo que ha supuesto que todas las comunidades autónomas, sobre todo en los dos primeros años, hayan tenido que ir tomando medidas en la gestión de la tramitación para poder dar respuesta a la avalancha de solicitudes y de personas dependientes con grado protegible.

El exceso se debe a dos factores; el primero, a que el resultado de la aplicación del baremo aprobado por Real Decreto no responde a la definición de persona dependiente establecida en el *Libro Blanco*; el segundo, a que, en el mismo Real Decreto, se permitió la pasarela para poder resolver el grado de dependencia sin aplicar el baremo, de tal manera que las personas con grado de discapacidad mayor de 75 y baremo de ayuda de tercera persona obtuvieran, según la puntuación, grado de dependencia protegible.

3. a) En nuestra comunidad funciona perfectamente, desde un punto de vista técnico, manteniendo una constante auto-evaluación que nos permite saber en cada momento los problemas o las mejoras a las que tenemos que atender.

b) Tanto la asignación de valoración como la visita de evaluación, la intervención del equipo que la realiza y el análisis de los informes sanitarios y sociales se desarrollan con suficiente agilidad.

c) A fecha de 1 de febrero de 2011, y según los datos que se publican en la página web de la Consejería de Política Social, Mujer e Inmigración, de las 65.562 solicitudes recibidas desde el comienzo de la aplicación de la Ley, se han resuelto un total de 60.515, es decir, el 92,30 por 100 de todas las solicitudes presentadas.

4. a) Se ha podido cubrir toda la demanda, pero, debido al sistema de subvención y convenio para obtener los servicios necesarios establecidos en nuestra Comunidad, anterior a la Ley de Dependencia, y al

(*) Marzo de 2011. Desde julio de 2011, Director de la Oficina para la Dependencia de la Consejería de Sanidad y Política Social.

principio solidario de proteger primero a las personas dependientes que no estaban siendo atendidas por ningún servicio, comenzamos con más del 92 por 100 de las prestaciones económicas para cuidados en el entorno familiar (junio 2008), y a fecha de 1 de febrero de 2011 —según datos del IMSERSO— llegamos al 70 por 100, una reducción de más del 22 por 100, y seguirá bajando en beneficio de los servicios. Murcia es la comunidad autónoma que, en el año 2010, más bajó porcentualmente en la prestación de ayuda en el entorno.

b) El problema está siendo el cambio de todas las subvenciones y convenios con las ONG y corporaciones locales, a contratos con ONG y nuevos convenios con ayuntamientos que posibilitan asignar todas estas plazas como plazas públicas de la red de servicios de atención a la dependencia. En nuestra comunidad, lo más importante es que las personas dependientes siempre han estado, y están siendo, atendidas en estos servicios de centro de día, ayuda a domicilio o residencias. El vuelco del SAAD consiste en ir pasando estos servicios a la red de dependencia y aumentando en servicios y plazas según las necesidades que vayan surgiendo, aumentos que ya están previstos en los planes de desarrollo de la red pública.

5. a) La colaboración en nuestra comunidad autónoma es básica; se está trabajando para poder desarrollar de manera efectiva un sistema coordinado que nos permita dar respuestas rápidas, eficaces y administrativamente legales, conectando técnicamente a las corporaciones locales con la comunidad autónoma, unificando expedientes, desarrollando experiencias piloto en las posibilidades de seguimiento, etcétera.

b) La colaboración con otras entidades es indispensable. Prueba de ello es el acuerdo con el CERMI en cuanto a la producción de los servicios; acuerdo que refleja los tipos de servicios para los distintos tipos de personas con discapacidad, especificando programas de intervención, plantillas y precio de los mismos.

6. Valorar con una puntuación el avance de coordinación sociosanitaria en una comunidad autónoma es muy difícil, teniendo en cuenta que esta coordinación no tiene límites. Lo que sí podemos decir es que en esta comunidad autónoma existe una comisión permanente entre la Consejería de Sanidad y la de Política Social que está elaborando un Plan Regional de Coordinación Sociosanitaria. En dicho Plan se incluyen todos los programas de coordinación que se vienen desarrollando, como por ejemplo el programa de coordinación sociosanitaria para mayores de 65 años

por áreas de salud, con los correspondientes pilotajes, los protocolos de actuación para enfermedades raras, el programa de pilotaje en residencias de personas mayores de farmacias que dependen del hospital de referencia, el programa de derivación de hospitales a servicios residenciales para personas con dependencia, los protocolos de atención a personas con discapacidad intelectual en internamientos hospitalarios, etcétera.

Las principales dificultades residen en las grandes diferencias entre ambos modelos. El modelo sanitario lo gestiona una única Administración; en el modelo social intervienen tres administraciones. El modelo sanitario es universal y gratuito, mientras que el modelo social es de copago, en base a ingresos. En cuanto a la puerta de entrada, en el modelo sanitario es a través de urgencias o de atención primaria, es decir, decide el facultativo; en cambio, en el modelo social hay distintas puertas, ya que la Administración local o autonómica deciden el cumplimiento de las condiciones establecidas de acuerdo con el baremo (es decir, un procedimiento administrativo). La derivación directa de un facultativo sanitario al servicio o a la prestación económica de servicios sociales, y viceversa, es sobre el papel imposible. Por tanto, requiere de constante protocolización de itinerarios entre ambos sistemas, con el fin de que el ciudadano no pase períodos sin ser atendido por ninguno de ellos.

7. Desde esta comunidad autónoma se ha manifestado, tanto en los consejos territoriales como en aquellos foros sobre dependencia donde ha participado, así como en los medios de comunicación, que el sistema de financiación de la Ley no está consolidado, que a la Ley hay que dotarla de una financiación estable en el tiempo que permita la supervivencia del sistema. Las comunidades autónomas no pueden asumir el coste total de la gestión y la mayor parte del coste de las prestaciones. La crisis simplemente ha agravado esta situación; todos los informes de expertos y estudios coinciden con esta exposición.

8. El desarrollo del SAAD en nuestra comunidad ya está impulsado; en efecto, la aplicación de la Ley es una prioridad del Gobierno regional. Trabajamos para mejorar la calidad de la aplicación en cuanto a transparencia y acceso de los ciudadanos a sus expedientes, para mejorar los sistemas informáticos y la coordinación con las entidades locales, para fomentar la participación de los representantes de los colectivos implicados y el progreso continuo de la red pública de centros y servicios, y nuevos planes de formación para profesionales. Asimismo, concedemos especial

importancia a los familiares cuidadores e impulsamos programas de coordinación socio-sanitaria y programas de prevención de la dependencia. Por otra parte, en la implantación de los servicios de promoción de la autonomía hemos sido pioneros en España, con la acreditación del primer servicio de promoción de la autonomía a escala nacional.

Begoña Rodríguez Marcos

Directora Gerente de la Agencia Navarra para la Dependencia, Gobierno de Navarra ()*

1. Es evidente que la incorporación del Sistema Nacional de Dependencia en la política social de las distintas comunidades autónomas marca un nuevo tiempo en la dimensión de los servicios sociales, y no sólo porque se establece como un derecho, sino porque, como consecuencia de ello, es necesario articular un nuevo modelo de atención a las personas y un sistema de gestión.

Me gustaría, como primer elemento, exponer el modelo de atención a la dependencia que hemos constituido en Navarra, y que, de alguna manera, refleja los avances en las distintas dimensiones a las que hace referencia la pregunta.

El sistema de protección y atención a la dependencia en Navarra se nutre de dos ambiciosas normas que sustentan el actual sistema: la Ley Foral 15/2006, de Servicios Sociales, y la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en situación de Dependencia. Navarra, en el ejercicio de sus competencias exclusivas en materia de servicios sociales, aprobó la Ley Foral 15/2006, de 14 de diciembre, de Servicios Sociales (en adelante LFSS), norma que no sólo establece el derecho subjetivo de las personas dependientes a los servicios sociales, sino que lo extiende, por primera vez en España, al resto de colectivos objeto de nuestra atención, como son las personas mayores, las personas con discapacidad o con enfermedad mental que no están en situación de dependencia, las personas en situación de exclusión social o riesgo de estarlo, los menores en situación de desprotección o conflicto social o en riesgo de estarlo y las víctimas de la violencia de género. Pasamos, de este modo, de un sistema social asistencialista, en el que la atención dependía de la consignación presupuestaria, a un sistema de garantía

de derechos, en el que se establecieron de forma clara los derechos y sus condiciones para estos colectivos y las obligaciones que asumía esta Administración, la del Gobierno de Navarra.

Al mismo tiempo, se aprobó en el ámbito estatal la 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), que regulaba el derecho de las personas dependientes a ser atendidas, lo que ocasionó que integráramos los principios de ésta dentro de nuestra propia norma foral. Esta circunstancia ha sido muy importante para nuestra comunidad, no sólo porque nos puso a la cabeza de España al aprobar una ley de cuarta generación, sino porque nos permitió ir adelantando parte de los instrumentos y procedimientos necesarios para la aplicación del nuevo sistema de garantía de derechos y, consecuentemente, aplicar en Navarra estas normas con antelación.

De esta forma, desde finales de 2006 ya pudimos ponernos en marcha para desplegar nuestra propia normativa, que integra la LAPAD y sus normas de desarrollo. Prueba de ello es que pusimos en marcha las ayudas económicas en el entorno familiar desde el 1 de enero de 2007.

En este sentido, en la Comunidad Foral de Navarra hemos ido desarrollando diversos instrumentos que ya han sido aprobados y entrado en vigor, y que concretan la política social de esta comunidad, también la concerniente a dependencia. Entre ellos, cabe destacar la Cartera de Servicios Sociales, aprobada mediante Decreto Foral 69/2008, de 17 de junio, que es el instrumento en que se concreta el derecho enunciado por la LAPAD y por la LFSS en servicios y prestaciones económicas concretos y, por tanto, la verdadera garantía del derecho subjetivo de las personas dependientes a recibir la atención requerida.

La Cartera no sólo especifica los servicios y las prestaciones económicas a las que tienen derecho las personas dependientes de conformidad con lo dispuesto en el catálogo incluido en la LAPAD, sino que, además, recoge mejoras sustanciales con respecto a los mínimos aprobados por el Estado. La Cartera de Servicios Sociales contiene 140 prestaciones, de las cuales 90 son garantizadas y 50 no garantizadas. En el área de dependencia, contamos con 24 prestaciones garantizadas. De cada una de ellas se especifican los requisitos de acceso, la intensidad del servicio, el plazo obligado de la Administración para conceder el recurso, si existe copago o no, etcétera.

(*) Marzo de 2011. Desde el 5 de julio de 2011 ocupa este cargo Dña. Concepción Puyo.

Por otro lado, el I Plan Estratégico de Servicios Sociales, aprobado por unanimidad por todas las fuerzas políticas con representación en el Parlamento de Navarra, es un instrumento que debe servir eficazmente para la consecución de los objetivos marcados tanto en la LAPAD como en la LFSS, coordinando y ordenando los recursos para lograr una plena aplicación de ambas normas.

Para terminar de enmarcar el contexto normativo que hemos desarrollado en Navarra, es preciso hacer una referencia a otras normas ya disponibles, como son el primer Plan de Calidad de Servicios Sociales, el decreto de acreditación (homologación en nuestra comunidad) de los centros y servicios, y el nuevo sistema de copago y determinación de la capacidad económica, de acuerdo con la normativa estatal.

Cuando hablamos del «modelo navarro», nos referimos, por tanto, al modelo por el que hemos optado en esta comunidad; un modelo político de atención y protección a las personas dependientes que cumple con lo establecido en las leyes anteriormente citadas, pero que responde a una decisión y a una voluntad clara del Gobierno de Navarra en cuanto a cómo debemos atender a nuestras personas dependientes. Bajo este prisma, el Gobierno de Navarra está basando toda su política social, y consecuentemente la de atención a las personas dependientes, en dos principios que consideramos fundamentales y que están guiando nuestras actuaciones: en primer lugar, desarrollar todos los servicios, recursos y ayudas económicas que determinan las leyes con la mayor calidad; y en segundo lugar, respetar la capacidad de elección de la persona usuaria (dependiente) sobre cómo quiere ser atendida. Conjugar estos dos principios es la clave del modelo navarro.

Al mismo tiempo, hemos diseñado un sistema que permite la compatibilidad, de manera que generamos distintas respuestas a iguales necesidades en función del deseo de la persona dependiente. Las ayudas económicas son compatibles con prestaciones como el centro de día o la atención diurna, el servicio telefónico de emergencia o el servicio de atención a domicilio. Así, una persona dependiente puede elegir acudir a un centro de día, utilizando el servicio de transporte adaptado y asistido, y percibir al mismo tiempo la parte proporcional de la ayuda económica para cuidados en el entorno familiar o la parte proporcional del servicio de atención a domicilio. Esta fórmula facilita, de forma mucho más clara que la fórmula de servicios y prestaciones por separado, la conciliación de la vida personal, familiar, social y laboral de la familia cuidadora, en el caso de que la persona dependiente resida

en el domicilio. Con la compatibilidad de los distintos servicios, se facilita a la persona una atención personalizada y adecuada a cada caso concreto, aunque también es cierto que esta fórmula exige un mayor esfuerzo y compromiso por parte de la Administración, al tratarse de un proceso más complejo que la mera provisión de una ayuda económica.

Por todo lo anteriormente expuesto, y con base en las competencias exclusivas de la Comunidad Foral en materia social y en la propia normativa reguladora, Navarra fue la primera comunidad en poner en marcha lo que establecía la LAPAD. Nos adelantamos al desarrollo y a la aplicación de la propia Ley, y ya el 1 de enero de 2007 el Gobierno de Navarra puso en marcha las ayudas para cuidados en el entorno familiar de las personas dependientes y el apoyo a las personas cuidadoras de éstas. Por otro lado, otra característica importante del sistema navarro de atención a la dependencia es que hemos dotado a estas ayudas de cuantías importantes, las mayores de todo el Estado, y hemos establecido unos mínimos dignos.

2. Los datos del *Libro Blanco* no se ajustan a la realidad, que ha sido superada ampliamente. Los datos así lo demuestran y las razones son las siguientes:

— La generación de expectativas que provocó esta Ley y la información irreal que se transmitió sobre qué era la dependencia supusieron en las comunidades autónomas una demanda masiva de solicitudes de valoración. Ello provocó un importante atasco en los equipos de valoración, que tuvieron que dar respuesta a una avalancha de inicio importante.

— El hecho de que a muchas de estas personas no se les reconociera un alto grado de dependencia (aún no tenían derecho a prestaciones) supuso una importante demanda de solicitudes de revisión de la valoración diagnosticada.

— Los datos recogidos en la memoria económica de la Ley no se correspondían ya con los recogidos en el *Libro Blanco de la Dependencia*, lo que indicaba asimismo que se iba a producir un importante desfase.

3. a) El Baremo de Valoración de Dependencia (BVD) se ha mejorado sobre el anterior, sobre todo en lo que se refiere al criterio técnico de «frecuencia». No obstante, nos gustaría añadir que el equipo de valoración de Navarra ha sido el más activo en los trabajos desarrollados para la generación del baremo actual. De hecho, ha propuesto mejoras sobre varios ámbitos cuyo propósito ha sido siempre objetivar al máximo

los distintos ítems que lo componen. El equipo de valoración de la dependencia en Navarra está formado por un/a médico/a, un/a psicólogo/a, nueve terapeutas ocupacionales, un diplomado universitario en enfermería y un diplomado universitario en fisioterapia.

b) Este equipo, que ha sido una importante referencia a escala nacional, ha establecido una serie de procedimientos de trabajo que han permitido desarrollar su tarea de manera eficaz. Además, se han puesto en marcha muchos procedimientos de mejora que han ayudado a agilizar los procesos de valoración. Así, por ejemplo, se han impulsado y promovido actividades de formación con el objetivo de profesionalizar al máximo el equipo de valoración y dotar a sus integrantes de herramientas para dar mejor respuesta a la valoración de las personas, en función de su diagnóstico, su perfil y su edad, desde 0 a 75 años. Con ello se ha conseguido un mejor conocimiento sobre las características funcionales de los grupos de personas con dependencia. Por otra parte, se ha diseñado y aplicado un instrumento de medida que permite establecer una indicación de la conveniencia de incorporar productos de apoyo y/o medidas de mejora de la accesibilidad del entorno entre los cuidados que pueda requerir la persona en situación de dependencia. Además de establecer mecanismos de coordinación sociosanitaria, se han desarrollado experiencias de buenas prácticas e intercambio de experiencias con otras comunidades autónomas y se han incorporado los criterios de interpretación y de aplicación de los baremos que sean consensuados en el seno de la Comisión Técnica de Aplicación del BVD. Periódicamente, se evalúa la correcta aplicación del baremo mediante la revaloración de una muestra significativa de entre las valoraciones efectuadas en un periodo anual.

Asimismo, se ha acortado el plazo de resolución de los expedientes tramitados con arreglo a la normativa de desarrollo de la Ley 39/2006 de 14 de diciembre. El plazo de valoración de la situación de dependencia se estableció, mediante la Cartera de Servicios, en tres meses; en la actualidad se ha reducido a un mes. En el caso particular de situación de discapacidad del hijo o menor, a los efectos de la ampliación del permiso de maternidad o paternidad y, en su caso, de acceso a los correspondientes subsidios, en Navarra se ha establecido un procedimiento —tras reunión con el Servicio de Neonatología del Complejo Hospitalario— para que la prestación o el servicio se resuelva en menos de un mes.

c) Por último, en relación con la proporción aproximada de personas que han sido valoradas, a 31 de

diciembre de 2010 se habían recibido 34.075 solicitudes de valoración, de las cuales se habían valorado 33.697, es decir, el 98,83 por 100.

4. a) En relación con el porcentaje de la demanda, y desde 2008, mantenemos un porcentaje de atención estable en torno al 85 por 100. En primera instancia, las prestaciones predominantes fueron las ayudas económicas; sin embargo, esta circunstancia ha ido cambiando paulatinamente hacia la demanda de servicios.

También es importante destacar que la compatibilidad en las prestaciones ha generado una amplia demanda de ayudas económicas para la permanencia en el domicilio junto con servicio de día y/o servicio de atención en domicilio. En la actualidad, la demanda de servicios, sobre todo en situaciones de alta dependencia, ha crecido de forma importante.

b) Teniendo en cuenta las conclusiones de nuestro Plan Estratégico, se detectó que los servicios mejorables en la Comunidad Autónoma de Navarra eran los de atención residencial de discapacidad intelectual y los de atención residencial de enfermedad mental. En dicho Plan, y en el ámbito de las carencias mencionadas, se planteó la necesidad de abordar nuevas plazas residenciales para discapacidad intelectual y para enfermedad mental. Surgen así en el Plan de Inversiones 2012 del Gobierno de Navarra la construcción de un nuevo Centro de Atención Integral a la Discapacidad (el CAIDIS Las Hayas), la ampliación y mejora del CAIDIS Oncineda y la construcción de tres residencias hogar para enfermedad mental. Una de ellas, la Residencia Hogar «Félix Garrido», ya ha sido inaugurada; una segunda, en Pamplona, ya ha visto iniciar las obras, y una tercera funcionará en Estella. La puesta en marcha de estos dispositivos está permitiendo disponer de los servicios necesarios para el conjunto de la comunidad.

Es importante añadir que, en el ámbito de la atención residencial de personas mayores dependientes, hemos puesto en marcha un programa específico que nos ha permitido ampliar en un 67 por 100 el número de plazas concertadas en residencias de mayores. Gracias a este programa, que ha supuesto la concertación de plazas con 40 nuevas residencias en todo el territorio de Navarra, se ha establecido un marco de colaboración público con entidades no públicas.

5. a) En relación con la primera cuestión, y respecto a la coordinación efectiva entre las distintas administraciones, cabe señalar la ya establecida como «buena práctica» consistente en el establecimiento de

un procedimiento de trabajo para la elaboración del Plan Individual de Atención (PIA) entre las entidades locales y la Administración regional.

b) En cuanto a la colaboración con instituciones no públicas, es oportuno llamar la atención sobre el programa CONERDEP, destinado a personas con alta dependencia, puesto en marcha en 2009 por el Gobierno de Navarra, por el cual éste asume el coste de plazas residenciales, costeando los usuarios los servicios en función de su capacidad económica.

6. No es fácil determinar un indicador en esta escala, ya que la coordinación sociosanitaria ha evolucionado de manera distinta y con intensidades diversas en función de unas áreas u otras.

Así, en materia de trastorno mental grave (TMG) se ha producido un avance relevante (entre 8 y 9) en esta coordinación, que ha permitido el diseño de un plan sociosanitario del TMG y, en su desarrollo, un reordenamiento adaptado a las nuevas realidades y con nuevos recursos sociales que dan respuesta a éstas (por ejemplo, la continuidad, evolución y creación de las prestaciones sociales vinculadas con este colectivo). Recursos como los centros ocupacionales, los centros de rehabilitación psicosocial, los equipos de incorporación sociocomunitaria y las nuevas residencias hogar suponen desplegar el conjunto de prestaciones para enfermedad mental en nuestra comunidad.

Asimismo, en el área de atención temprana se empieza a consolidar una coordinación sociosanitaria que mejora los procesos de atención de niñas y niños de 0 a 3 años.

Es evidente que sigue siendo un gran reto para ambas áreas, la social y la sanitaria, el establecimiento de procesos concretos de coordinación y que, además, la atención a la dependencia es un buen ámbito de enlace. Todo apunta a que los esfuerzos que hay que realizar para ello suponen una importante transformación de las estructuras, las plantillas y los procedimientos. Ésta es quizás una de las principales dificultades. No obstante, es necesario avanzar en esa dirección y desarrollar la coordinación sociosanitaria con un prisma de optimización de servicios y de gasto público.

7. El establecimiento de prestaciones garantizadas por derecho obliga a las administraciones a dar respuesta a las demandas de la población dependiente, que deben ser cubiertas mediante la consignación presupuestaria necesaria. De hecho, la LAPAD incorpora un sistema de financiación entre la Administración

general del Estado, las comunidades autónomas y las personas beneficiarias. Sin embargo, este principio, que debe ser el aval de funcionamiento del Sistema para la Autonomía y de Atención a la Dependencia (SAAD), no ha funcionado así desde el inicio. La financiación de la LAPAD por parte de Estado no se ha cumplido. Las comunidades autónomas no han hecho sino asumir el peso económico de la aplicación de esta Ley, aportando la parte más importante de su financiación.

La crisis económica abre un nuevo frente en cuanto a la sostenibilidad del SAAD y amplía el problema inicial. Es evidente que, de cara a la próxima década, el esfuerzo de la Administración general del Estado en relación con la financiación del SAAD debe incrementarse de forma adecuada. De otra manera, la sostenibilidad del sistema descansará en los compromisos económicos de cada comunidad autónoma.

8. El Gobierno de Navarra ya se ha dotado de los instrumentos fundamentales para el desarrollo del Sistema. De hecho, hoy podemos decir que las bases del Sistema Navarro para la Atención a la Dependencia ya están articuladas y en fase de consolidación. Hay que generar el despliegue completo del calendario de la LAPAD y, como consecuencia, la puesta en marcha de todas las prestaciones garantizadas del catálogo del SAAD. Ello no obstante, parece evidente que, ante el deseo de las personas por mantenerse en su domicilio y en su entorno, debemos apostar por nuevas fórmulas, nuevos instrumentos y nuevos proyectos cuyo objetivo sea la generación de nuevos servicios de apoyo y ayuda a las personas dependientes y sus familias en el entorno habitual.

En relación con el empleo, es evidente que está siendo un buen momento para que, de manera global, se proceda a la ordenación del sector de los servicios sociales. Así, la LFSS establece los cauces, los principios de actuación, las competencias, los derechos y los deberes tanto del Departamento de Asuntos Sociales como de las personas beneficiarias de sus políticas. También se han identificado, pautado, visibilizado y ordenado los recursos que engloba el área de servicios sociales (Cartera de Servicios Sociales). Lógicamente, se ha planteado la estrategia de actuación a medio y largo plazo del Departamento mediante la elaboración del Plan Estratégico de Servicios Sociales. Por otra parte, se ha diseñado un método de trabajo que modeliza las exigencias técnicas y económicas en el ámbito de la contratación, por parte de la Administración, de los servicios necesarios (pliegos y condiciones) y se han iniciado los trabajos necesarios para la obtención de la acreditación necesaria, así como de las condicio-

nes de calidad de los servicios (Plan de Calidad, Red de Centros Acreditados).

Con todo ello dispondremos, en un plazo de dos a tres años, de los elementos necesarios para apuntalar

el sector y, en consecuencia, ordenarlo. Se trata, en definitiva, de poner en marcha un sector de actividad económica que regule las condiciones del mercado, las condiciones laborales, los perfiles profesionales, la formación y la actividad profesional.