

**INFORME FINAL DEL GRUPO DE
EXPERTOS PARA LA EVALUACIÓN
DEL DESARROLLO Y EFECTIVA
APLICACIÓN DE LA LEY 39/2006 14 DE
DICIEMBRE DE PROMOCIÓN DE LA
AUTONOMÍA PERSONAL Y ATENCIÓN A
LAS PERSONAS EN SITUACIÓN DE
DEPENDENCIA**

**Primera parte:
Valoración**

Septiembre de 2009

Miembros del Grupo de Expertos:

Montserrat Cervera Macià

José A. Herce San Miguel

Guillem López Casasnovas

Gregorio Rodríguez Cabrero

Simón Sosvilla Rivero

El 16 de octubre de 2008, el Pleno del Congreso de los Diputados aprobó una Moción en la que se instaba al Gobierno a crear un Grupo de Expertos para realizar una evaluación del desarrollo y efectiva aplicación de la Ley 39/2006 de 14 de diciembre de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia (LAPAD). La Ministra de Educación, Política Social y Deportes dictó Resolución por la que se creaba dicho Grupo de Expertos con fecha 20 de noviembre de ese mismo año y el 27 de enero de 2009 la Directora General del IMSERSO convocó a las personas designadas en dicha resolución para constituir formalmente el Grupo de Expertos e iniciar sus trabajos. El Grupo de Expertos ha estado formado por las siguientes personas:

- Montserrat Cervera Macià
- José A. Herce San Miguel
- Guillem López Casasnovas
- Gregorio Rodríguez Cabrero
- Simón Sosvilla Rivero

El trabajo del Grupo de Expertos ha consistido en recabar y consultar documentación oficial y académica, conducir entrevistas y pulsar la opinión de diferentes agentes sociales e institucionales acerca del desarrollo del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD) y elaborar sus propias síntesis, conclusiones y recomendaciones. El resultado de estos nueve meses de trabajo se contiene en el presente informe, que, tras unas breves consideraciones generales sobre el SAAD, presenta una valoración global en distintos aspectos clave (proceso de entrada; servicios y prestaciones; cooperación, información, coordinación e integración; y financiación) y ofrece al final un resumen ejecutivo de los principales puntos analizados.

ooOoo

El Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD) cumple en este inicio del otoño de 2009 dos años de aplicación efectiva si tenemos en cuenta que el período comprendido entre enero y septiembre de 2007 fue una fase de desarrollo normativo del sistema en su conjunto y de puesta en marcha de los respectivos sistemas autonómicos de autonomía y dependencia.

El SAAD constituye una pieza clave del sistema de protección social existente en nuestro país. Un rasgo especialmente favorable del mismo, y frente al que deberán medirse los logros alcanzados en su desarrollo, es el amplio respaldo político y social con el que nació. No será fácil colmar las expectativas de todos los agentes, pues el SAAD es un sistema complejo tanto en el plano competencial como en el institucional y operativo.

En el plano competencial, en cuanto que se trata de un sistema que conjuga la competencia del Estado, para garantizar las condiciones básicas que garanticen la igualdad de todos los ciudadanos en el ejercicio de un nuevo derecho subjetivo, con la competencia exclusiva que en materia de servicios sociales tienen las Comunidades Autónomas. Estas competencias autonómicas, en concreto, se expresan en materia de planificación general del SAAD, gestión de la dependencia (valoración, plan individual de atención, prestaciones), inspección y evaluación.

En este modelo de competencias la Administración General del Estado se reserva un núcleo básico de acción así como la garantía de la financiación de un mínimo que garantice la igualdad, mínimo no prefijado en la Ley y, por lo tanto, abierto a un debate muy intenso. Por su parte, la competencia de las Comunidades Autónomas en la materia, emergida en el sustrato de sistemas de servicios sociales con más de treinta años de desarrollo, da lugar a inevitables modelos diferenciados de atención a la dependencia que se reflejan en la planificación, gestión y financiación del sistema. Es aquí, justamente, donde la función del Consejo Territorial deviene especialmente relevante, como espacio institucional central de articulación de las distintas competencias y de gestión política de las diferencias para ponerlas al servicio de un sistema común que, no obstante, no puede ser del todo homogéneo.

Por otra parte, como se comentaba, desde el punto de vista institucional, el SAAD se incardina en los sistemas de servicios sociales existentes que se ven obligados, no sólo a integrar las nuevas prestaciones, sino también a redefinir el conjunto del sistema de servicios sociales, lo que provoca inevitables y variadas tensiones organizativas. Si, además, el SAAD está ineludiblemente llamado a coordinarse con el sistema sanitario en aras de una óptima gestión de la valoración de las situaciones y de las prestaciones de dependencia, la consecuencia es que el SAAD en cada Comunidad Autónoma afronta un reto de forzosa complejidad que sólo puede superarse en el marco de una leal cooperación entre todas las administraciones implicadas y con la creación y difusión de una cultura institucional (y ciudadana) de buenas prácticas en materia de promoción de la autonomía personal y atención a la dependencia. En este contexto de complejidad, la intervención de prestadores privados, sociedades mercantiles y organizaciones del tercer sector, es otro factor a considerar en la medida en que su papel en la oferta de servicios profesionalizados de calidad y en la gestión de prestaciones es central para un desarrollo amplio y capilar del SAAD.

La puesta en marcha del SAAD, por otra parte, se da en paralelo a un proceso de cambios profundos en la sociedad, la organización de los hogares y el ciclo de vida de los individuos. La definición de un modelo residencial aceptable para las familias y compatible con su apuesta por la atención a las personas con dependencia en el domicilio hasta donde sea posible es una de las primeras urgencias de esta confluencia de procesos sociales e institucionales. En esta urgencia, la dotación de las infraestructuras necesarias es una de las principales cuestiones a resolver mediante el concurso de los agentes públicos y privados. Las deficiencias en esta materia, por una parte, y una cierta preferencia social, por otra, completadas por la evidente facilidad de gestión, se ha traducido hasta ahora en una mayor presencia de prestaciones económicas que de servicios profesionalizados en la oferta del SAAD dado el bajo nivel de oferta de este tipo de servicios aún existente en el conjunto del Estado.

A las puertas del inicio del ejercicio de evaluación estatutaria del SAAD que la Ley mandata, pero al cabo de apenas dos años de su efectiva puesta en marcha, este Grupo de Expertos constata que, a fin de colmar eficientemente las expectativas levantadas por la aprobación de la Ley, el SAAD tiene todavía por delante arduas tareas de definición, coordinación y de despliegue material que contribuyan a perfeccionar el nuevo sistema: la potenciación de una red de servicios profesionales que hagan posible una atención de calidad, una financiación equilibrada, una distribución homogénea de la oferta territorial, un entorno de progresiva colaboración y coordinación entre los sistemas sanitario y de servicios sociales, una robusta estructura de colaboración institucional en el conjunto del Estado, incluyendo las Corporaciones Locales cuya presencia formal no se corresponde con su papel efectivo en el sistema de servicios sociales.

En sintonía con lo que se señala en la Memoria del Consejo Económico y Social de 2008, hay que valorar el esfuerzo institucional realizado hasta la fecha para poner en marcha el SAAD pero al mismo tiempo hay importantes aspectos a subsanar los próximos años.

De forma inmediata, los beneficiarios deben percibir que el SAAD es un sistema de protección que cubre a todos por igual independientemente de la Comunidad Autónoma en la que residan, para lo cual es preciso que las bases normativas y las estadísticas del Sistema de Información del SAAD (SISAAD) reflejen el fruto de un mayor y mejor esfuerzo de coordinación en el despliegue territorial del sistema y, en definitiva, una mayor lealtad institucional entre todos los agentes implicados. Asimismo, se hace necesaria la corrección de las ineficiencias en la gestión de las peticiones de los ciudadanos y del reconocimiento de sus derechos, que en algunos casos son demasiado destacables.

A medio plazo, el fuerte sesgo actual hacia las prestaciones económicas, que la propia LAPAD considera como excepcionales, en detrimento de la prestación de servicios, debería corregirse si la promoción de la autonomía personal y la atención a la dependencia han de llegar a colmar las expectativas levantadas.

Con ello se impulsaría también la creación de empleo que forzosamente ha de ser de calidad. Estas prestaciones económicas son ciertamente a corto plazo menos costosas que los servicios profesionalizados y las estructuras auxiliares, aunque en su forma actual no contribuyen a fundar un sistema moderno de atención a la dependencia, pero revelan también una oferta claramente insuficiente de dichos servicios y, a la vez, un fallo de coordinación público-privada. Igualmente, la coordinación socio-sanitaria y la dependencia es un tema de primera magnitud para un desarrollo eficiente (de resultados a bajo coste) del SAAD y la mejor definición de la oferta de servicios y del ámbito (residencial, hospitalario, comunitario, domiciliario) de prestación de los mismos.

A más largo plazo, la financiación del SAAD debe quedar mucho mejor asegurada de lo que se encuentra en la actualidad, cuando todavía se cuestionan las aportaciones de unos y otros agentes institucionales, se encuentran indefinidos los límites de la contribución económica de los propios beneficiarios (el llamado co-pago) y apenas se han desarrollado los instrumentos financieros específicos para el sistema de la dependencia que habrán de soportar un gasto destinado a crecer de forma relevante con la consolidación plena del sistema y su posterior operación regular.

Resumiendo lo anterior, y para finalizar este preámbulo a nuestro informe, el Grupo de Expertos aprecia el gran esfuerzo realizado en tan poco tiempo por la Administración General del Estado y las Comunidades Autónomas en la puesta en marcha de un sistema tan complejo como el esbozado más arriba. Este nuevo pilar de nuestro sistema de protección social aún no ha alcanzado ni su velocidad de crucero ni su madurez institucional. Igualmente, el Grupo de Expertos estima que la evaluación institucional a realizar en 2010 es una gran oportunidad para impulsar una mejora de lo hecho, subsanar las deficiencias de todo tipo constatadas y aportar un impulso decisivo para que el SAAD alcance su plena madurez en el año 2015, año final para el despliegue del sistema de autonomía personal y dependencia.

Será fundamental para tal tarea un sistema de información de calidad que permita analizar en profundidad la estructura, cobertura y desarrollo del SAAD. Dicha madurez debe suponer un esfuerzo institucional y presupuestario en favor de un sistema en el que predomine la prestación de servicios profesionalizados, que favorezca el desarrollo de un enfoque comunitario, preferido por la inmensa mayoría de las personas en situación de dependencia, con una financiación suficiente y equilibrada entre Administraciones y, finalmente, que se oriente a la creación de un sistema de atención coherente y coordinado que respete el actual sistema de competencias y sin menoscabo de las distintas tradiciones existentes en el sistema de servicios sociales.

1.1. NORMATIVA DEL PROCEDIMIENTO DE ENTRADA AL SAAD Y DEFINICIÓN DEL PROGRAMA INDIVIDUAL DE ATENCIÓN

El reconocimiento de la situación de dependencia y del derecho a las prestaciones del SAAD se regula en el Capítulo IV del Título I de la LAPAD en dos artículos de los que son clave: el 28 y 29. Regulan el acceso al sistema reconociendo la situación de dependencia y la asignación de la consiguiente prestación social adecuada a dicha situación. Se trata de dos procedimientos distintos pero profundamente interrelacionados entre sí, lo que supone que entre ambos hay que examinar el curso temporal y su adecuación, puesto que en la práctica son dos fases de un mismo proceso único de reconocimiento del derecho subjetivo.

El reconocimiento de la situación de dependencia, a instancia de la persona afectada o de quien la represente, es un proceso que resuelve la Comunidad Autónoma a partir de la valoración que resulta al aplicar un baremo único de la situación de dependencia (RD 504/2007), aprobado por el Consejo Territorial del SAAD (Acuerdo de 22 de enero de 2007, BOE de 7 de Junio de 2007). En dicha normativa se plantea a su vez la homologación de reconocimientos anteriores a la ley (las denominadas “pasarelas”), las competencias de los órganos de valoración, los criterios comunes de su composición y los criterios básicos para el desarrollo del procedimiento de valoración.

Una vez reconocida la situación de dependencia se inicia la segunda fase del proceso de reconocimiento del derecho que consiste en la asignación de las prestaciones “adecuadas a las necesidades” según grado y nivel. A dicho efecto, la Ley reconoce explícitamente la “participación previa, consulta y, en su caso, elección entre las alternativas propuestas, del beneficiario y/o de su familia o entidades tutelares que le representen” (Art. 29.1).

Tres aspectos cabe destacar de este resumen normativo:

- a) El proceso de reconocimiento del derecho, en su doble dimensión de valoración y asignación de prestaciones, es resuelto por las Comunidades Autónomas.
- b) El derecho reconocido tiene validez en todo el territorio del Estado.
- c) La participación activa y la libertad de elección entre prestaciones por parte de la persona afectada o sus tutores, es una pieza central del sistema de gestión de la demanda que se reconoce en la Ley.

1.2. ANÁLISIS DE SITUACIÓN

La puesta en marcha del modelo de acceso al sistema descrito, no ha sido, sin embargo, tan sencilla como pudiera parecer. De hecho, la implantación de la Ley tiene en la gestión de la demanda de los ciudadanos, que ejercitando el derecho subjetivo que se les reconoce, solicitan el acceso y la protección del sistema, uno de sus pilares fundamentales. Aunque la Ley sólo menciona la valoración y el establecimiento por los servicios sociales de cada Comunidad Autónoma del Programa Individual de Atención, es un proceso más complejo en el que se pueden identificar distintos momentos:

- La solicitud de acceso al sistema
- La valoración de la dependencia y la consiguiente resolución de grado y nivel
- La formulación del Programa Individual de Atención, incluyendo la identificación de los recursos requeridos para su implantación con la participación previa, consulta y, en su caso, elección por el beneficiario entre las alternativas propuestas
- El seguimiento de la evolución de la situación de cada persona reconocida
- La gestión de la información

El desarrollo de este proceso requiere además de la implicación de actores diversos y de la utilización de recursos y herramientas de gestión que lo hagan posible, que en cada Comunidad Autónoma se están aportando según criterios, posibilidades, y voluntades propios.

Esta diversidad condiciona las muy diversas respuestas que se ofrecen a las demandas de los ciudadanos y conlleva una enorme variabilidad en el recorrido y el tiempo de trámite de los “expedientes” (solicitudes, valoraciones, programas individuales de atención) a través de los que la administración gestiona el ejercicio del derecho de los ciudadanos.

Aunque esta variabilidad no tendría que ser *per se* negativa, siendo como es resultado de una escala diversa de madurez en la gestión de la demanda, está muy condicionada por tres aspectos clave. Por una parte, el grado de desarrollo de los servicios sociales existente en cada Comunidad Autónoma previo a la aparición de la Ley. Por otra, el modelo de intervención definido y adoptado para desarrollar la Ley en cada territorio. Y finalmente por la voluntad política de su extensión y aplicación.

El primer aspecto tiene que ver con la existencia de herramientas y recursos para la gestión, con la cultura de la protocolización y la calidad en la prestación de los servicios sociales. El segundo, entre otras cosas, con la ejecución de procesos adecuados o de procesos innecesarios y poco ágiles, en buena parte burocratizados; con la alineación y colaboración de la Administración Local y la Autonómica o de los servicios de salud y los servicios sociales. El tercero como es evidente, con una determinación propia de quienes tienen en sus manos la aplicación de la Ley.

A partir de la observación de la realidad actual del proceso de reconocimiento del derecho, evidenciada en la consulta realizada a las Comunidades Autónomas, agentes sociales y económicos y entidades sociales; realizamos nuestro análisis de la situación actual.

1.2.1 La solicitud de acceso al sistema

La información al ciudadano sobre la vía de acceso al SAAD es considerada en general positiva por las entidades sociales que representan a los diversos colectivos de ciudadanos con derecho a ser beneficiarios de la Ley, si bien tanto sindicatos como organizaciones empresariales y algunas Comunidades

Autónomas señalan diversas deficiencias en la información ofrecida sobre la cobertura, requisitos y servicios/prestaciones. Del análisis de la opinión de las distintas partes implicadas cabe resaltar dos observaciones a tener en cuenta: se han creado expectativas a veces excesivas respecto a la realidad concreta de un sistema en fase de despliegue y, en segundo lugar, no siempre los colectivos de personas a las que se dirige la Ley llegan a tener una información suficientemente precisa. De ahí que muchas entidades y agentes sociales estén implicados en esta actividad, colaborando con la Administración Pública de manera indirecta o directa mediante convenio en el proceso de información, tramitación de solicitudes y, a menudo, prestando su apoyo con relación a los recursos interpuestos por el desacuerdo que ocasiona el grado y el nivel reconocidos.

Desde el punto de vista del inicio del procedimiento, que es a instancia del interesado o de quien ostente su representación (Art. 28.1), se han observado en la fase inicial de aplicación de la Ley diferencias provocadas por la instancia de oficio en algunas Comunidades Autónomas en relación con personas que viven en residencias asistidas y otras situaciones, que deberán ser objeto de corrección o, en su caso, de posterior perfeccionamiento normativo para adaptar el procedimiento a las distintas situaciones de la demanda social. Por su importancia, debe igualmente aplicarse una regulación adecuada del silencio administrativo que en algunas Comunidades Autónomas no se ajusta a norma adecuada.

1.2.2 La valoración de la dependencia y la consiguiente resolución de grado y nivel

En cuanto al reconocimiento de la situación de dependencia, destacamos cuatro grandes cuestiones:

- la idoneidad del baremo
- el propio proceso de valoración
- las diferencias observadas en el proceso de valoración y sus plazos de resolución
- el incumplimiento de las previsiones de personas reconocidas como dependientes.

En cuanto a la *idoneidad del baremo*, las organizaciones sociales de la discapacidad expresan que el actual baremo tiene algunas limitaciones para captar la dependencia causada por la discapacidad intelectual, la enfermedad mental, los problemas cognitivos-conductuales y las enfermedades orgánicas que generan episodios de gran dependencia. Esta opinión contrasta en parte con la necesidad de ponderar de manera diferente los apoyos para actividades de la vida diaria. La necesidad de ajuste en la aplicación del baremo en base a la experiencia de dos años de implantación del SAAD es una opinión común y ello no tiene por qué suponer una extensión de la población que accede al sistema si al mismo tiempo dicho ajuste delimita con mayor precisión otras situaciones de dependencia.

Por otra parte, respecto al *proceso de valoración*, hay que señalar que existe un proceso previo a la tramitación de la solicitud que se desarrolla en el ámbito municipal y que integra la información a los potenciales destinatarios, el apoyo para cumplimentar la solicitud y, sobre todo, la elaboración del informe social que debe acompañar a la solicitud. Igualmente hay que adjuntar un informe médico que casi siempre lo elabora el médico de atención primaria. Precisamente la ausencia del informe médico que debe contener el diagnóstico que mejor explique la situación de dependencia es una de las debilidades del proceso. Hasta ahora dichos informes no suelen dar cuenta de la situación de dependencia sino de las enfermedades que requieren tratamiento. De ahí, que cabe recomendar una mejora articulación del sistema sanitario en los diagnósticos de la situación de dependencia, lo que supone necesarios avances en la coordinación sociosanitaria, a los que nos referimos en la Parte III de este informe.

En el proceso de valoración se pueden diferenciar tres fases:

- o La primera, es la valoración en el domicilio de la persona solicitante por un valorador de los equipos existentes con formación suficiente para medir la capacidad funcional y la necesidad de apoyo para realizar las actividades de la vida diaria. En este sentido cabe preguntarse si el perfil

- del trabajador social es el adecuado o, por el contrario, el perfil adecuado es del personal de enfermería o de terapia ocupacional;
- o la segunda fase es el análisis de la propuesta por los órganos de valoración que no existen en todas las Comunidades Autónomas y que son los que deben realizar la propuesta de grado y nivel de dependencia; estos órganos deberían estar compuestos de equipos multidisciplinares que deberían recoger competencias profesionales de un médico, un personal de enfermería, un psicólogo, un trabajador social, un terapeuta ocupacional y un fisioterapeuta;
 - o la última fase es la elaboración de la resolución de grado y nivel y su envío a la persona solicitante en la que debe indicarse siempre la fecha de efecto del derecho que se le reconoce, que no siempre se especifica.

En tercer lugar, constatamos *diferencias importantes en el desarrollo del proceso de valoración y en los plazos de resolución del mismo*. Ello afecta al principio de igualdad de los ciudadanos que persigue la Ley y al propio desarrollo conjunto del proceso de reconocimiento y, por tanto a la definición del PIA que, además, se realiza con ritmos temporales realmente dispares.

- Hay varias razones que explican estas diferencias. Obviamente, en un sistema competencial como el actual no cabe exigir una igualdad de plazos reales en la resolución de los expedientes salvo lo que se refiere a la regulación de los mismos por la Ley de Régimen Jurídico y Procedimiento Administrativo Común. Pero hay otras razones, entre las que destacamos: estructuras de servicios sociales basadas en tradiciones y competencias distintas, como ya hemos mencionado anteriormente; diversidad en el papel atribuido a la Administración Local; indefinición o imprecisión de los perfiles profesionales que deben componer los equipos de valoración; disposición de herramientas y definición de procesos de gestión dispar; y la existencia o no de sistemas de supervisión y control de calidad.

Parece oportuno pues, que el Consejo Territorial del SAAD promueva las mejores prácticas en materia de plazos en las que probablemente

influyen diversas de las razones comentadas, sin menoscabo de las competencias de las Comunidades Autónomas, a la vista de los resultados de la evaluación que permite realizar el periodo de dos años en la gestión de la aplicación de la Ley.

- En relación con la naturaleza de los servicios de valoración de la situación de la dependencia, la ley señala que se “efectuará directamente por las Administraciones Públicas no pudiendo ser objeto de delegación, contratación o concierto con entidades privadas” (Art. 28.6). La realidad es que en algunos casos se ha realizado la contratación de organizaciones privadas (empresas mercantiles y sector no lucrativo) para el trabajo de campo que requiere la valoración (visitas y exámenes para la baremación de la dependencia). En nuestra opinión esta situación debería dar pie a una reflexión, y en su caso revisión, de los términos que recoge la Ley en aras a una adecuación de éstos a la realidad, persiguiendo siempre la adopción de las mejores prácticas demostradas en los diversos modelos que se aplican sobre la base de los resultados que serán objeto de evaluación institucional en 2010.
- Los equipos de valoración (tamaño, composición y perfil profesional) muestran una amplia variedad. Si ello puede introducir distorsiones en la aplicación del baremo, como así parece haber sucedido en función del mayor o menor peso de los profesionales de la sanidad o de los servicios sociales, es también relevante por el hecho de que, en algunas Comunidades Autónomas, los equipos de valoración y de asignación de recursos son los mismos lo que puede tener, según los casos, efectos negativos. Parece razonable establecer la diferenciación entre equipos de valoración y equipos de asignación de recursos, como vía de control y de eficiencia del propio sistema.
- La homologación de las llamadas “pasarelas” (reconocimiento de situaciones de dependencia previa como, por ejemplo, la gran invalidez) se ha realizado de modo distinto en las diversas Comunidades Autónomas. No parece razonable que esto ocurra cuando se trata de

reconocer derechos comunes, introduciendo efectos diferenciales. En este sentido la legislación es muy precisa: el RD 5047/2007 regula con detalle las pasarelas, regulación reforzada por el RD 99/2009, de 6 de febrero que modifica el RD 614/2007, de 11 de mayo sobre nivel mínimo de protección del SAAD por la Administración General del Estado. El Consejo Territorial debe adoptar las medidas necesarias para el cumplimiento de dicha legislación.

- Se constata una amplia diversidad de plazos en la resolución de la valoración de la situación de dependencia que no sólo supone una conculcación del principio de igualdad sino que introduce distorsiones en la propia cadena del procedimiento. Además, se constatan plazos a veces extremadamente largos: 6 meses puede ser excesivo para una persona que atiende a menudo con una alta impaciencia, la resolución de un derecho reconocido, por más que se le reconozca desde el momento que lo solicitó. Es destacable mencionar la existencia de personas que han fallecido a la espera de este reconocimiento. Por ello, es necesario velar por el cumplimiento de la legislación del procedimiento administrativo común y promover la mejora continua sobre la base las mejores prácticas que consiguen los más elevados resultados de eficiencia.

Finalmente, en parte como consecuencia directa del modo de valoración y en parte como resultado de unas proyecciones aparentemente bajas de personas dependientes del Grado III, se ha producido *un incremento notable de las personas calificadas en este grado* y, dentro de este, elevada concentración inicial en el Nivel II de dicho grado (49 por ciento), que actualmente se está reduciendo a medida que la entrada en el sistema tiende a equilibrar progresivamente lo que a finales de 2008 era una pirámide invertida.

Cómo y por qué se ha producido este hecho deberá ser objeto de consideración en la evaluación institucional de 2010. Sin embargo queremos destacar:

- a. el bajo número de solicitudes que se han desestimado o rechazado, en torno a un diez por cien, medido como la diferencia entre solicitudes y valoraciones realizadas, lo que supone una aplicación laxa del baremo;
- b. la utilización de procedimientos de homologación precedentes o pasarelas que puede haber contribuido a este crecimiento de los dictámenes en la medida en que hayan tenido lugar convalidaciones automáticas;
- c. un control de calidad deficiente y variable entre Comunidades Autónomas que puede esconder detrás la utilización de una importante diversidad de criterios en la aplicación del baremo.

1.2.3 La formulación del Programa Individual de Atención, incluyendo la identificación de los recursos requeridos para su implantación

Una vez que la persona solicitante ha sido valorada y entra en el calendario de aplicación de la ley, la segunda fase del procedimiento del reconocimiento del derecho es la asignación de prestaciones adecuadas a la situación de necesidad a través de la formulación del Programa Individual de Atención.

Es una competencia de los servicios sociales de las Comunidades Autónomas, que algunas veces realizan directamente, y otras veces a través de quienes han llevado a cabo la valoración o a través de los equipos de atención social básica dependientes de los Ayuntamientos. Proponen los modos de intervención y las prestaciones económicas o servicios que conformarán el Programa Individual de Atención.

Definir el Programa Individual de Atención requiere conocer bien la situación de la persona valorada, la disponibilidad de recursos y servicios existentes, y respetar siempre la elección de quién recibirá atención entre las alternativas que se propongan.

Si bien en el apartado siguiente del presente informe se entra de lleno en el análisis de la asignación de prestaciones sociales a las situaciones de dependencia, es preciso indicar que la definición del Programa Individual de Atención supone conjugar la excepcionalidad de las prestaciones económicas

(Art. 14), la imperativa consulta y elección de la persona valorada (Art. 29.1) y los recursos realmente disponibles en cada territorio autonómico. Estos supuestos básicos no siempre se dan. En algunas Comunidades se da la paradoja de que quién debe definir el Programa Individual de Atención (especialmente cuando son los equipos de atención social de la Administración Local) no tiene información respecto a la disponibilidad de recursos existentes.

Los principales problemas que se plantean en esta segunda fase del procedimiento son, a nuestro entender, los siguientes:

- La definición del Programa Individual de Atención en algunos territorios se realiza por los mismos equipos que valoran la situación de dependencia, que ya antes hemos mencionado, lo que puede provocar distorsiones en la asignación de los recursos.
- Plazos de resolución con amplia variabilidad en las distintas Comunidades que pueden alcanzar hasta los 6 meses, lo que sumado a los amplios plazos en la valoración (en torno a otros 6 meses) que se dan en algunas de ellas, puede ocasionar que el trámite completo dure un año o incluso más. Ello, relacionado con el perfil de elevada edad y alta fragilidad de muchas personas solicitantes, ocasiona a menudo la no materialización de este derecho a causa de la muerte acaecida a lo largo de este tiempo.

1.2.4 El seguimiento de la evolución de la situación de cada persona reconocida

Finalmente, la materialización del seguimiento de las situaciones de dependencia de las personas, que por definición son dinámicas, cierra el ciclo de la valoración. En muchos casos, modificar la valoración y, consecuentemente, el Programa Individual de Atención es objeto de un recorrido completo de la nueva petición de las personas, y por tanto sometido a unos trámites y unos tiempos claramente abusivos. La gestión del caso que debería asumir proactivamente la modificación, no se observa como una función normalizada en la mayoría de las Comunidades Autónomas.

1.2.5. La gestión de la información

Independientemente del proceso descrito y valorado, la construcción de un sistema lleva implícita la generación de información y la transparencia en la transmisión y el análisis de la misma por y para los implicados en su gestión, los que deciden y los que financian.

La actual divergencia en la recogida de datos y su posterior volcado en el SISAAD (sistema unificado de gestión propuesto por el Instituto de Migraciones y Servicios Sociales- IMSERSO- y usado por algunas comunidades) hace imposible un conocimiento transparente y real de la información que genera la actividad que se realiza en el marco general del sistema.

Algunas Comunidades Autónomas aducen que el SISAAD no es más que un sistema de control enfocado a la contabilización de actividad como justificación para establecer la aportación económica de la Administración General del Estado. Sin entrar en la veracidad de esta percepción, lo que parece claro es que genera una desconfianza importante entre agentes, lo cual no lleva más que a una confusa recogida de información.

Quizás por ello o por otras razones, hay Comunidades que cuentan con un sistema propio de gestión que incluye la recogida y el procesamiento de la información de un modo singular. Otras lo están preparando, otras han empezado a iniciarlo y otras han optado por el ofrecido por el IMSERSO (que recientemente ha sido objeto de una auditoria de la propia Administración General del Estado de la que se desconoce su resultado).

La recogida uniforme de datos debería superar esta variabilidad en origen si partiera del acuerdo en los criterios de volcado de la información que se recoge, algo que hoy en día no es un problema, siempre que exista voluntad. En este sentido es necesario que todas las Comunidades Autónomas asuman el compromiso de informar de todas las fases del proceso y con transparencia. En la actualidad sólo se cuenta con información de todas las fases en el caso de las Comunidades Autónomas que utilizan la aplicación informática del

IMERSO. La información que debe recibir el SISAAD debe ser sobre todas las fases, desde la solicitud hasta la aprobación del Programa Individual de Atención, lo que no sucede en todos los casos.

Mención específica merece el constatar que, en pocas Comunidades, el funcionamiento del SAAD se ha iniciado contando con un sistema de información capaz de facilitar la gestión de los expedientes. Así, el desconocimiento de la información relativa a la situación de los expedientes de solicitud de valoración por parte de los Ayuntamientos, punto de referencia clave para las personas por su proximidad y accesibilidad, es algo que es necesario enmendar.

En todo caso el reciente acuerdo de junio de 2009 de la Comisión Delegada del Consejo Territorial del SAAD sobre objetivos y contenidos comunes de la información del sistema de información del SAAD, que aprobará el Consejo Territorial, ha abierto la vía para la construcción de un sistema de información que recoja los datos básicos a transferir por las Comunidades Autónomas sobre solicitantes y la red de centros y servicios así como datos relativos al funcionamiento del Sistema. Lamentablemente, en su redacción actual, dicho acuerdo se refiere exclusivamente a datos sobre la demanda (cuantificación y caracterización) y las propuestas de servicios (PIAs), no incluyéndose datos relativos a la gestión. Si estos datos fueran incorporados al SISAAD podrían recogerse una valiosa información en pro a construir un verdadero sistema.

1.3. CONSIDERACIONES A EFECTOS DE ESTABLECER LAS RECOMENDACIONES OPORTUNAS

El análisis de situación de la entrada en el SAAD por parte de las personas que solicitan el reconocimiento de su situación de dependencia nos lleva a proponer una serie de recomendaciones que pueden mejorar la aplicación de la LAPAD en cuanto a la gestión de la demanda y el reconocimiento del derecho subjetivo. La aplicación de estas recomendaciones debe suponer una mejora de los procesos técnicos y administrativos del SAAD en las distintas Comunidades Autónomas bajo el liderazgo del Consejo Territorial en cuanto instrumento de cooperación para la articulación del sistema. Las mejores

prácticas en este ámbito deben ser difundidas a través del Consejo Territorial con el fin de perfeccionar el SAAD en el acceso al sistema. Después de dos años de valoración y asignación de prestaciones cabe construir códigos comunes basados en las mejores prácticas.

De manera concreta se realizan las consideraciones respecto a las posibles mejoras en esta área:

1.3.1. La reforma del baremo debe ser abordada en 2010 con ocasión de la evaluación del SAAD con el fin de recoger y ponderar de manera rigurosa las discapacidades cognitivas, la enfermedad mental y las enfermedades orgánicas que generan episodios de gran dependencia. En este sentido hay que valorar positivamente las conclusiones del Grupo de Trabajo de Directores Generales del SAAD, de mayo de 2009, que fijan las Bases de la propuesta de nuevos acuerdos del Consejo Territorial del SAAD en materia de valoración mediante los que se pretende mejorar el actual baremo, ajustar la pasarela de ATP, establecer un mínimo de coordinación sociosanitaria y la acreditación previa de los profesionales de la valoración.

1.3.2. Ante la amplia diversidad e, incluso, excesivos plazos de tiempo en la resolución de la valoración y la definición del Programa Individual de Atención, se recomienda acortar tiempos en la resolución de la valoración y asignación de prestaciones con el fin de favorecer una efectiva materialización del derecho subjetivo a la promoción de la autonomía y la atención a la dependencia. La difusión y adopción de las mejores prácticas en la materia puede ser una buena manera de conseguirlo.

1.3.3. Con toda seguridad lo más importante para la gestión de una demanda transparente y sometida a mecanismos de control de calidad sea una composición profesional de los equipos de valoración equivalente, con cualificaciones similares, no necesariamente idénticas, así como la realización de un control de calidad sistemático por parte de comisiones *ad hoc*. En este punto hay que recordar que, aunque el Consejo Territorial tiene competencia para acordar las características comunes del órgano de profesionales que

procedan al reconocimiento de la situación de dependencia y los criterios comunes de composición y actuación de los órganos de valoración de las Comunidades Autónomas, en la práctica la regulación ha sido de mínimos, dando lugar a la actual diversidad y, por consiguiente, a resultados diferentes en composiciones de órganos e instrumentos de control de la calidad. Cabe esperar que el mencionado acuerdo sobre bases de la valoración contribuya a la mejora de la actuación de los órganos que se ocupan de ella.

1.3.4. En relación con las denominadas “pasarelas” y ante la constatación de su muy diversa utilización por parte de las Comunidades Autónomas se propone que el Consejo Territorial defina, sobre la base de un consenso técnico y político, los sistemas concretos de transición entre sistemas de valoración, de modo que se facilite a las personas los trámites de acceso a los diversos sistemas de protección que estas valoraciones suponen.

1.3.5. A la luz de la evolución estadística de personas valoradas y beneficiarias se recomienda una revisión en profundidad de las previsiones de la población en situación de dependencia, particularmente del Grado III, así como de las causas que han producido hasta recientemente una pirámide invertida dentro de dicho Grado, si bien las nuevas entradas en el SAAD están contribuyendo a que la pirámide de población esté entrando en una nueva fase de construcción.

1.3.6. Se recomienda una clara diferenciación entre el equipo de valoración y el equipo de asignación de recursos. Mantener la valoración al margen de la asignación de recursos es una garantía de su independencia y una facilidad para un mayor rigor de su resultado.

1.3.7. La libertad de elección de la persona a la que se ha reconocido una situación de dependencia, su participación en la asignación de las prestaciones, es una norma central de la LAPAD. Cómo conciliar esta libertad con los recursos limitados y la excepcionalidad de las prestaciones económicas no tiene por qué ser la cuadratura del círculo, sino una interrelación en la que se conjuguen, de manera eficaz, las opciones de la persona afectada y un mínimo seguimiento de la eficacia en la intervención social cuando el derecho

se concreta por la vía de la prestación económica estableciendo controles sobre su aplicación, tal como se indica más adelante en este Informe.

1.3.8. Mejora en el trámite de acceso a los recursos en las situaciones de transición entre la espera de concesión de un recurso solicitado previamente a la valoración y la asignación definitiva del Programa Individual de Atención, de forma que no se produzcan distorsiones ni exclusiones que perjudiquen a la persona afectada.

1.3.9. La eficacia de la atención de las personas beneficiarias exige un seguimiento de su evolución concreta a lo largo del tiempo así como de los posibles cambios que se puedan producir en su grado y nivel de dependencia y ajuste entre ésta y las prestaciones que recibe por parte del SAAD. Ello exige la extensión normalizada en el conjunto del sistema del gestor del caso.

1.3.10. Se recomienda que el Consejo Territorial impulse el acuerdo antes mencionado, de junio de 2009, sobre los objetivos y contenidos de la información del Sistema de Información del SAAD o SISAAD de modo que los ritmos en la gestión de los expedientes, la transparencia de la misma y la comparabilidad entre Comunidades Autónomas sean una realidad. En este sentido, el SISAAD debe generar información sobre el movimiento natural de la población en situación de dependencia reconocida (altas y bajas), así como diferentes indicadores de actividad, de gestión y de impacto del sistema sobre las situaciones de dependencia.

1.3.11. Debe tenerse en cuenta el coste de las herramientas y procesos de gestión de la valoración y definición del Programa Individual de Atención y, en general, el coste de gestión del SAAD con el fin de que sea un elemento a considerar en la financiación del sistema.

2.1. REGULACIÓN DE LAS PRESTACIONES Y SERVICIOS DEL SAAD

Los servicios y prestaciones que se concretan en cada uno de los planes individuales de atención, es al fin la materialización de los derechos que la LAPAD reconoce a las personas para la promoción de su autonomía personal y la atención a su situación de dependencia. Es pues un elemento clave para el análisis de la implantación de la Ley. En ello influyen desde la oferta de servicios existente, su regulación, y calidad, hasta los procesos que se llevan a cabo para tramitar el acceso a la misma.

Tiene además otra importante y destacable dimensión: la actividad que genera la prestación de los servicios desde un punto de vista económico. En las estimaciones iniciales hechas sobre la repercusión económica de la implantación de la Ley, se habló de la creación de miles de puestos de trabajo, consecuencia del incremento de servicios que la Ley debía impulsar (263 mil empleos netos en 2010, según el Libro Blanco, y 169 mil, según FEDEA).

Por ambas razones le hemos dedicado un capítulo del presente informe.

La LAPAD tiene en la asignación de servicios/recursos de atención a las personas beneficiarias su principal objetivo, estableciendo las prestaciones económicas como la excepcionalidad en el caso de que la prestación no sea posible por falta de oferta (Art. 13.4). Dicha asignación se regula en el Capítulo II, Arts. 13 al 25 (prestaciones, intensidad y red de servicios sociales), y se completa con las menciones a la calidad del empleo asociado a la red, regulado en los Capítulos I y II del Título II, Arts. 34 y 35, y, de manera concreta, en el Art. 32.2 (calidad en el empleo) y en el Art. 35.3 (profesionalidad y formación).

La Ley a su vez, da una especial relevancia a la voluntad y la elección de la persona en la configuración de su plan de atención individual (Art. 29.1). Este mismo reconocimiento se da en las nuevas leyes de servicios sociales de las

diversas Comunidades Autónomas, en el marco de las cuales se aplica el sistema de protección que la LAPAD regula, reforzando así la importancia de la decisión personal en el momento de concretar qué atención recibir.

Puesto que es la LAPAD basa su despliegue en la asignación de servicios, plantea una cartera concreta dirigida a los diversos perfiles de necesidad que la misma Ley reconoce. Sin embargo, su enunciado tiene un marcado carácter generalista, refiriéndose más a recursos que a servicios. Así, mencionar plazas residenciales, centros de día, horas de ayuda a domicilio o servicios de prevención sin especificar los contenidos en cada uno de ellos, es hablar de recursos, los cuales incluyen en su carta particular los servicios tales como: apoyo para la realización de las actividades básicas de la vida diaria, estimulación cognitiva, rehabilitación, acompañamiento, etc.

La realidad es que los perfiles de necesidad de las personas que acceden al sistema son variados y por más que exista la distinción entre grado y nivel, quienes elaboran los planes de atención saben que deben hacer uso de un escalonado de servicios incluidos en una “plaza”, que no para todos debe ser igual. Más real se hace esta afirmación cuando la dependencia la ocasiona una disfunción psíquica o mental. Para atenderla son necesarios servicios que en nada coinciden con los que necesita una persona mayor cuya dependencia obedezca a causas de deterioro físico.

Por otra parte, se trata de un catálogo cerrado que no deja abierta la puerta a combinaciones cambiantes y adaptables de servicios, a la innovación y al desarrollo de nuevas iniciativas. En cierto modo es inercial con los servicios existentes y no aporta, en general, nuevo valor añadido.

2.2. ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN ACTUAL

Este planteamiento tan general de la cartera de servicios que recoge la Ley, tiene en la aplicación concreta en cada Comunidad (y, en el caso de la ayuda a domicilio, incluso a nivel de municipio) una variabilidad importante. Sin embargo, no es objeto de este informe realizar un análisis exhaustivo de ello (en el ANEXO I se da cuenta de la información obtenida al respecto de las

Comunidades Autónomas y los Ayuntamientos consultados por el grupo de autores).

Salvando estas diferencias, una valoración global de lo que se está dando, permite afirmar que:

- El modelo de atención que se está implantando a raíz de la aplicación de la LAPAD sigue siendo el tradicional: la combinación de residencia (19,4 por ciento de las prestaciones identificadas en PIAs) y cuidados familiares (51,5 por ciento). En los tres años transcurridos desde su inicio, la LAPAD no ha propiciado un cambio de tendencia que haya permitido incrementar la atención formal a las personas con dependencia frente a la atención informal. Ello va en detrimento del modelo comunitario de servicios que propugna la Ley y que debería suponer una oferta amplia de los servicios menos desarrollados tales como los servicios domiciliarios (actualmente sólo el 10,4 por ciento de las prestaciones identificadas en PIAs) o los centros de día/noche (únicamente el 5).

Ciertamente el SAAD está en fase de extensión y cabe esperar un mayor desarrollo de estos servicios en los próximos años, así como su adecuada relación con los grados de dependencia y las necesidades específicas de las personas a las que se dirige. Para ello será sin duda oportuno un mayor grado de definición de los servicios a prestar y de las condiciones en las que deberán ser prestados.

Hay Comunidades Autónomas en las que no se contempla la compatibilidad en el uso a la vez de diversos servicios que se prestan desde distintas estructuras de producción cuanto menos con la intensidad necesaria para cubrir las necesidades de quienes los reciben. Así, a alguien que permanece en su domicilio, no se le permite compatibilizar la ayuda a domicilio en la intensidad adecuada con la asistencia al centro de día, de la que además no puede escoger ni días ni horas porque debe someterse a un horario y a unas condiciones de acceso que a menudo no se adaptan a su necesidad. En otras Comunidades Autónomas esta compatibilidad se

permite total o parcialmente pero en casi todas, la afectación a nivel económico que conlleva (copago por ayuda a domicilio más copago por centro de día) la hacen inviable.

- Las nuevas prestaciones, las más innovadoras, como son los servicios de prevención de la dependencia y de promoción de la autonomía, tienen una presencia marginal en la estadística del SISAAD. Así, el asistente personal se da en el 0,10% de las resoluciones, los servicios de prevención y promoción de la autonomía personal en el 0,39 (datos a 1 de septiembre del 2009). La escasez de conocimiento y la baja experiencia acumulada pueden ser razones que provoquen este déficit, que de todos modos debería ser objeto de un análisis en profundidad.

Sin embargo, nos parece oportuno resaltar que en el caso de las acciones de prevención probablemente hay una razón atribuible a que quienes realmente actúan en tareas de prevención, hoy por hoy, son los servicios más generalistas y no los especializados a los que se refiere la actual cartera; es decir, los servicios sociales de base en manos de los Ayuntamientos y los servicios de atención primaria de salud. Ellos son quienes detectan las necesidades de la población que atienden y llevan el peso de la intervención en la comunidad, marco ideal para el desarrollo de las acciones de prevención.

En el caso de las acciones de promoción de la autonomía personal, probablemente porque la ley nació muy dirigida al colectivo de personas mayores con dependencia y posteriormente abrió su espectro de protección hacia el colectivo de personas menores de 65 años tales como personas con dependencia causada por discapacidad o enfermedad mental, que son las que mayoritariamente reclaman y necesitan apoyo para conseguir la autonomía necesaria que les permita llevar a cabo su proyecto de vida.

- En los planes individuales de atención predomina de un modo destacado la concesión de la prestación económica para los cuidados familiares en

el domicilio. Factores como su bajo coste, una gestión administrativa relativamente rápida y barata, una oferta insuficiente de servicios y el respeto a la libertad de elección que tiene un peso creciente en el Programa Individual de Atención, han hecho de la excepción la regla dominante. En cualquier caso, parece determinante como causa de esta realidad que para ser beneficiario de un servicio prestado desde cualquiera de los recursos que contiene la cartera (especialmente centros residenciales o centros de día), resulta necesaria una aportación económica importante por parte del usuario o la familia. En contraposición, la prestación económica significa un ingreso más en la economía familiar.

- Esta realidad (predominio de prestación económica frente a servicios) preocupa de una manera especial a quienes prestan los servicios desde la iniciativa privada por cuanto afecta de una manera directa a la limitación de su actividad económica. Al fin, la implantación de la Ley no está suponiendo hoy por hoy una presión sobre la falta de oferta de servicios más allá de la que en su caso pudiera existir de antemano en algunas Comunidades, algo que parecía a priori un efecto directo a esperar de la implantación de la Ley.
- El único servicio en el que parece observarse la presión de la demanda es en el servicio de ayuda a domicilio que prestan los Ayuntamientos. En un contexto de desarrollo de la Ley en el que los Ayuntamientos prácticamente no tienen voz reconocida, resulta contradictorio que sean quienes tienen la responsabilidad de prestar el servicio con mayor crecimiento solicitado.
- No existe en la cartera o en la organización para su prestación ninguna referencia a la coordinación sociosanitaria de los servicios de atención. Personas que requieren a la vez de servicios sociales y servicios sanitarios, deben hacer gestiones a menudo duplicadas para acceder a los mismos en cada uno de los sistemas que los prestan: Aún hoy las puertas de entrada marcan los circuitos asistenciales (y financieros).

- No siempre, quienes elaboran los Programa Individual de Atención tienen un conocimiento real de la situación de la oferta en el territorio de referencia, lo que implica que la prescripción se haga en abstracto y que posteriormente, el trámite de acceso a los servicios prescritos pueda llegar a ser imposible por falta de los mismos. El hecho de que en muchos casos sea la atención básica (o primaria) social de los Ayuntamientos quien tiene la responsabilidad de elaborar el Programa Individual de Atención sin tener acceso a la información real de la oferta de servicios especializados, propicia esta situación.
- La regulación que rige la prestación de los servicios y el control de su calidad es muy diversa, atendiendo al grado de madurez y de desarrollo de la oferta existente en cada Comunidad. Ciertamente esta afirmación tiene importantes matices. Por una parte ya existen unos mínimos comunes acordados por el Consejo Territorial (criterios comunes de acreditación de centros y servicios, así como de planes de calidad, Acuerdo de noviembre de 2008), que en algunas comunidades se superan claramente por la propia regulación. Lo que sí es común es el vacío existente en el desarrollo y regulación de la cartera de servicios que incluye la ayuda a domicilio.
- El empleo en los servicios para la atención a la dependencia es un factor crucial para la calidad del servicio que se presta. Además supone aproximadamente el 67 por ciento del empleo total en el sector de los servicios sociales. Aún sin datos concretos, la opinión general recogida remite a una gran preocupación por parte de todos los agentes para con las actuales condiciones de empleo en este sector. Aspectos básicos como las ratios de plantilla de atención directa, las calificaciones y titulaciones profesionales, las condiciones contractuales para la estabilidad de las plantillas, etc. hacen que se espere con impaciencia el compromiso sobre los criterios de calidad en el empleo que debería ver la luz próximamente y que deberá ver su materialización posterior en la correspondiente negociación colectiva del

sector, única manera de asegurar estabilidad y en definitiva calidad en la prestación de los servicios.

Al fin la realidad observada parece indicar que la oferta de servicios ni se ha desplegado en lo tocante a las nuevas prestaciones, ni ha impulsado un cambio de tendencia en la proporción de cuidados formales-cuidados informales, ni ha tenido impacto aparente en la extensión de la red.

Cabe pensar que se ha utilizado la red preexistente de servicios, que la inversión pública nueva ha sido muy limitada y que la extensión de los conciertos con la iniciativa privada de todo tipo con la puesta en marcha del SAAD no ha supuesto un incremento real de servicios prestados a la población dependiente, más allá de la retribución al cuidado informal, predominante en el actual modelo.

2.3. CONSIDERACIONES A EFECTOS DE ESTABLECER LAS RECOMENDACIONES OPORTUNAS

A la vista de lo expuesto estimamos oportuno realizar las siguientes consideraciones:

2.3.1. Atendiendo al respeto de la voluntad de las personas que es imprescindible mantener y teniendo en cuenta el importante peso que están adquiriendo las prestaciones económicas, consideramos necesario adoptar medidas que preserven la dedicación de los recursos económicos que se perciben al verdadero objeto al que deben ser destinados.

Así, con el fin de mantener el respeto al espíritu de una ley que pretende ser de servicios, en el contexto descrito en el que esta evoluciona, creemos imprescindible adaptar la cartera y la forma de prestación de los servicios a esta realidad. En este sentido, parece óptimo incluir en la modalidad de “cuidador informal”, servicios directos al cuidador (apoyo, formación, respiro, etc.) y ejercer a la vez un control real y directo de la situación en la que se encuentra quien recibe el cuidado. En este punto aparece de nuevo un papel determinante del gestor del caso.

2.3.2. Es oportuno hacer aflorar la ocupación irregular a la que en la mayoría de los casos se remunera con la prestación familiar, con incentivos de formación y contratación de personas en situación de paro del sector servicios. Un plan con medidas específicas a tal fin debe permitir la mejora de las condiciones de trabajo y el reconocimiento oficial de los cuidadores informales en los sistemas de seguridad social, una vez homologada su situación. Ignorar esta realidad es dar la espalda a algo que cada vez se extiende más: la atención a las personas dependientes en el hogar a través de cuidadores sin contrato y con nula o muy baja formación. .

2.3.3. El modo en el que está establecido el actual catálogo de servicios de la ley es demasiado generalista y no responde a los diversos perfiles de personas a los que se dirige, para los que no parecen haberse establecido opciones de atención posibles (que por otra parte facilitaría el cálculo de los costes de la atención por perfil de necesidad).

Es necesario desarrollar con más precisión los catálogos de servicios sobre la base de las necesidades de apoyo que las personas requieren y de la voluntad de cómo ser atendido que manifiestan. Por tanto, ofreciendo una variabilidad de oferta y de posibles combinaciones de servicios a las personas en función de su situación de necesidad, de las posibilidades reales de atención que presenta su entorno y de las formas de organización que estos servicios toman para su prestación desde diversos tipos de recursos.

En un momento en el que la prestación de servicios sociales ha superado la fase del crecer por crecer y debe asumir la calidad y la especialización para dar respuestas adecuadas a cada situación de necesidad, no sirve hablar exclusivamente de recursos (“plazas residenciales”) y se hace necesario desmenuzar las carteras actuales, incluyendo la especialización por servicios en la definición de los recursos que esta cartera incluye.

Cada persona debe recibir los servicios que mejor solucionan sus necesidades de apoyo, combinando y compatibilizando todos los que sean necesarios y oportunos. Por eso, parece oportuno hacer compatibles los servicios que no

son excluyentes entre si, en la medida en que de dicha combinación surgen unas opciones de atención completas que permiten conseguir una mayor calidad de vida; y aplicar, en su caso, unas normas de copago que no penalicen esta posibilidad.

A esta lógica hay que añadirle la necesaria evolución y ampliación de la cartera actual de recursos. Más allá de centros residenciales, centros de atención de día o centros de atención de noche, y viendo la voluntad manifiesta de las personas de permanecer en entornos comunitarios, parece oportuno explorar y desarrollar una más amplia gama de recursos alternativos al hogar en este entorno comunitario (en línea con lo que existe en otros países europeos) y flexibilizar los servicios ofrecidos en los ya existentes.

2.3.4. Viendo como crece la demanda de ayuda a domicilio, conociendo las preferencias de las personas por recibir atención en su propio hogar, atendiendo a las tendencias internacionales más innovadoras en los programas de atención a la dependencia, es oportuno recomendar el desarrollo, la regulación y la correcta financiación de la prestación de ayuda a domicilio que hoy ofrece una variedad de regulaciones, muchas de ellas locales, con respecto a profesionales, carteras de servicios, exigencias de calidad, etc. y naturalmente una gran diversidad de costes y tarifas. Aunque las Comunidades Autónomas son quienes deben liderar este proceso, los Ayuntamientos, responsables de esta prestación, deben tener un papel importante en él. Y puesto que el servicio se incluye en la cartera de la Ley, también en este marco su papel debe ser activo.

2.3.5. Los Ayuntamientos deben ver reconocido el papel central que desempeñan como gestores de la Ley y en la promoción y desarrollo de la oferta de servicios sociales. Los servicios sociales de base tienen que contar con suficientes recursos (humanos, tecnológicos y económicos) para que ello sea posible. Su papel es determinante en tanto prestadores de información y orientación, en tanto gestores del caso y responsables del Programa Individual de Atención, y en tanto gestores de la oferta de servicios, especialmente en los servicios de prevención y ayuda a domicilio.

2.3.6. Si el SAAD actúa con la intención de ser un verdadero sistema de promoción de la autonomía de las personas, es necesario que se desarrollen los servicios de promoción de la autonomía personal, especialmente dirigidos a los colectivos de personas con discapacidad y personas con enfermedad mental y los servicios de prevención de la dependencia, dando un papel relevante a los servicios sociales de base y a los servicios de atención primaria de salud en este cometido.

2.3.7. Observando la necesidad de atención a la salud y de atención social que conllevan las situaciones de dependencia, es imprescindible reconocer la componente socio-sanitaria que debe incluir la oferta de servicios de atención a la dependencia y propiciar la evolución de las actuales redes hacia un modelo mucho más coordinado/integrado de atención.

3.1. NORMATIVA

La LAPAD, en su exposición de motivos, reconoce expresamente que la propia naturaleza de su objeto requiere un compromiso y una actuación conjunta de todos los poderes e instituciones públicas, por lo que la coordinación y la cooperación deben ser elementos fundamentales del SAAD.

En este sentido, el Artículo 6.2 establece que el SAAD se configura como una red de utilización pública que integra, de forma coordinada, centros y servicios, públicos y privados.

La Ley establece una serie de mecanismos de cooperación entre la Administración General del Estado y las Comunidades Autónomas, entre los que destaca la creación del Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia como instrumento de cooperación para la articulación del SAAD (Art. 8). Dicho Consejo está constituido por:

- a) el titular del Ministerio que asume las competencias (actualmente el Ministerio de Sanidad y Política Social),
- b) por un representante de cada una de la Comunidades Autónomas, y
- c) un número de representantes de los diferentes departamentos ministeriales.

Así pues, se establece expresamente que en la composición tendrán mayoría los representantes de las Comunidades Autónomas, de modo que el gobierno compartido del sistema queda, en todo caso, subordinado a la decisión eventualmente mayoritaria de las Comunidades Autónomas, si bien en términos prácticos ello no se producirá dados los distintos tipos de gobierno autonómico existentes (más bien tendrá lugar la formación de coaliciones cambiantes de intereses según los temas objeto de decisión). La función de la Administración General del Estado reside en la financiación básica del sistema,

coordinación general, garantizar la información y comunicación del conjunto del sistema y, en general, velar por la igualdad en el ejercicio del derecho.

Sin perjuicio de las competencias de cada una de las Administraciones Públicas integrantes, en el seno del Consejo se desarrollan, a través del acuerdo entre las administraciones, las funciones de acordar un marco de cooperación interadministrativa (Art. 10), la intensidad de los servicios del catálogo, las condiciones y cuantía de las prestaciones económicas, los criterios de participación de los beneficiarios en el coste de los servicios o el baremo para el reconocimiento de la situación de dependencia, aspectos claves en el despliegue y funcionamiento del SAAD. Así pues, la fórmula instrumental en la que se concreta el juego cooperativo creado entorno al Consejo Territorial es el convenio interadministrativo que puede ser anual o plurianual, lo que abre la posibilidad de que una determinada Comunidad no firme el convenio con la Administración General del Estado y se autoexcluya institucionalmente, si bien hasta el presente no ha sucedido, lo que es un indicador de un elevado nivel de consenso en el desarrollo del SAAD.

La Ley deja en el ámbito de las Comunidades Autónomas la coordinación de los aspectos sociales y sanitarios de la atención, dado que se trata de aspectos organizativos de su exclusiva competencia. No obstante, el Art. 11 insta a las Comunidades Autónomas a establecer los procedimientos de coordinación sociosanitaria, creando, en su caso, los órganos de coordinación que procedan para garantizar una efectiva atención. Así mismo, el Art. 21 establece la necesidad del desarrollo coordinado, entre los servicios sociales y de salud, de actuaciones de promoción de condiciones de vida saludables, programas específicos de carácter preventivo y de rehabilitación dirigidos a las personas mayores y personas con discapacidad y a quienes se ven afectados por procesos de hospitalización complejos, encaminados todos ellos a la prevención de las situaciones de dependencia.

Por último, el Art. 37 establece la necesidad de un Sistema de información del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SISAAD) que garantice la disponibilidad de la información y la comunicación recíproca entre

las Administraciones Públicas, así como la compatibilidad y articulación entre los distintos sistemas. Tras acordar, en el seno del Consejo Territorial los objetivos y contenidos de la información, la Orden TAS /1459/2007, de 25 de mayo, establece dicho SISAAD y crea el correspondiente fichero de datos de carácter personal, proporcionando a las entidades involucradas en la gestión de las prestaciones y servicios del SAAD, la infraestructura necesaria para el mantenimiento y gestión de la información relativa a los beneficiarios del SAAD, así como a la red de centros y servicios y a los profesionales que contribuyen a su prestación.

En resumen, la Ley trata de desarrollar, a partir del marco competencial, un modelo integrado, basado en la cooperación interadministrativa y en el respeto a las competencias de cada una de las administraciones implicadas. Se trata pues de un equilibrio complejo entre la competencia de la Administración General del Estado para regular las condiciones básicas que garanticen la igualdad de todos los españoles en el ejercicio de los derechos (Art. 149.1.1ª de la Constitución Española) y la competencia exclusiva de las CCAA (Art. 148.1.20 de la Constitución Española) en materia de asistencia social y servicios sociales.

3. 2. ANÁLISIS DE SITUACIÓN

3.2.1. Cooperación

El modelo de cooperación que define la LAPAD atribuye competencias propias al Consejo Territorial del SAAD que reducen la capacidad de intervención unilateral de la Administración General del Estado a la vez que modulan, e incluso limitan, las competencias exclusivas de las Comunidades Autónomas en materia de servicios sociales. Este ámbito propio de competencia tiene que ser consensuado y se traduce normativamente (i) en su función preceptiva de ser oído antes de aprobarse un Real Decreto y (ii) en la capacidad de adoptar acuerdos sobre aspectos comunes, en este caso relativamente vinculantes que, si bien no imponen la homogeneidad (por otra parte no deseable), tienden a crear espacios necesarios de aproximación y armonización.

El objetivo del Consejo Territorial es robustecer la coordinación en un sistema descentralizado y, como tal, hay que contemplar su desarrollo en el futuro de forma que el SAAD no sea un conjunto de diecinueve subsistemas, sino un único sistema, coherente en su diversidad, que garantice en todo el territorio los principios básicos de la ley: universalidad, igualdad, transparencia, cooperación y eficacia. En este sentido, sería deseable el perfeccionamiento de los mecanismos de un gobierno cooperativo que conjugue diversidad y armonización en aras de la creación de un marco global de acción integrada.

Por el contrario, los acuerdos bilaterales entre la Administración General del Estado y las Comunidades Autónomas de tipo anual suponen un coste elevado tanto político como administrativo. Es por ello que sería muy deseable que estos acuerdos tuviesen un carácter plurianual, lo que además redundaría positivamente en el desarrollo de la inversión e innovación al fijar horizontes temporales más amplios que los agentes económicos públicos y privados incorporarían a sus decisiones estratégicas, algo ampliamente demandado por dichos agentes.

La cooperación no sólo debe realizarse entre los distintos niveles de gobierno, sino que entendemos debe darse también entre oferta pública y privada, y entre el sector público y el tercer sector. Dicha cooperación constituye un elemento crucial para garantizar tanto un elevado nivel de calidad en la prestación de servicios como un uso eficiente de los recursos que garantice una adecuada continuidad de la atención en el tiempo. Asimismo, con el concurso del sector privado y de las organizaciones no gubernamentales pueden acometerse la provisión de servicios múltiples y se abre la posibilidad de ofrecer servicios en respuesta a nuevas necesidades. La iniciativa privada puede promover, a través de la competencia, la viabilidad económica de los servicios de dependencia, así como su calidad.

3.2.2. El intercambio de información.

La información disponible en el SISAAD no es suficiente en cantidad ni calidad para el conocimiento del funcionamiento real del sistema, para el ejercicio de comparabilidad entre Comunidades Autónomas, para avanzar en la

transparencia y para el análisis social y económico. Tampoco es aceptada por todas las Comunidades Autónomas la participación en el sistema central de información proporcionado por el SISAAD, a pesar de que existe compatibilidad entre el protocolo del SISAAD y los de las Comunidades Autónomas que no lo han adoptado.

En este sentido cabe proponer, sobre la base de la experiencia pasada, un Acuerdo del Consejo Territorial que determine las bases de un sistema de flujo de información a desarrollar por todas las Comunidades Autónomas con los mismos procedimientos y calidad. En este modelo deben incluirse aspectos como la intensidad de los servicios, el movimiento natural y desplazamientos geográficos de la población en situación de dependencia, el empleo en el sistema (diferenciando el empleo asistencial del de coordinación y gestión), el tipo de proveedores y las tipologías de familias cuidadoras, entre otros.

La información sobre el gasto público es aquí importante a efectos de comparación entre los niveles de gobierno. Todas las Comunidades Autónomas deberían tener un programa específico (algunas ya lo tienen) en el que se visualicen los ingresos y gastos destinados a la dependencia. Ello supone transitar desde los programas presupuestarios tradicionales (personas, mayores, discapacitados, rentas mínimas, etc.) a otro en el que incluyan todas las prestaciones de dependencia.

Estas prestaciones deberán perfilarse con más precisión en el futuro, pero sería bueno que, cuanto antes, se creasen los marcos de coordinación socio-sanitaria que permitiesen una mejor eficiencia en el uso de los recursos, la evaluación del coste de los servicios y, en definitiva, la emergencia de un sistema de dependencia desligado de las bases tradicionales (servicios sociales ofertados tradicionalmente por los municipios) en las que ha tenido que apoyarse el SAAD para cumplir, hasta donde ha podido, con una normativa ambiciosa a cuya altura no han podido estar los recursos desplegados para impulsarla. Este es uno de los problemas nucleares con los que se encuentra a los dos años de su aprobación la LAPAD. Obviamente en este desarrollo el protagonismo de las entidades locales debe ir creciendo en los años venideros.

3.2.3 Coordinación e integración

La ley de Dependencia no crea, salvo conceptualmente, una red nueva o paralela de servicios sociales, sino que ha acabado por integrar sus prestaciones en el sistema de servicios sociales existentes. Ello explica las dificultades de las Comunidades Autónomas para articular la red anterior a la LAPAD con las nuevas prestaciones. Dicho esto, cabe señalar que esta integración genera dos efectos:

- por una parte, potencia el desarrollo conjunto del sistema de servicios sociales, y
- por otra parte, puede provocar una no deseable absorción de recursos de otros ámbitos de los servicios sociales distintos de los de la dependencia.

Como todo proceso de transición requiere tiempo, ordenación de servicios y prestaciones y, sobre todo, constituir la red de utilización pública que integre la oferta pública y privada. Sin embargo, ahora, la construcción del SAAD no debe suponer la creación de una red nueva de servicios sociales, sino el crecimiento de las prestaciones de dependencia dentro de la trama actual de servicios sociales, eso sí, considerablemente reformada, evitando al mismo tiempo la reducción del amplio conjunto de los servicios sociales al sistema de dependencia. En este sentido, la coordinación e integración de redes y servicios en sus aspectos territoriales y administrativos es un elemento destacable que presenta facetas múltiples. Esto requiere, entre otras acciones, un conjunto de medidas de ordenación normativa y de reorganización funcional y territorial.

La coordinación sociosanitaria constituye uno de los principios básicos de organización que se mencionan en la LAPAD. Sin embargo, el desarrollo de la coordinación sociosanitaria no ha sido objeto de regulación en la ley. En este punto es preciso señalar dos aspectos:

- En primer lugar, es necesario observar que las previsiones legales de la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Sanitario de 2003 en materia de prestaciones sociosanitarias no se han desplegado.

- En segundo lugar, siendo materia competencial de las Comunidades Autónomas, la coordinación sociosanitaria es materia objeto de interés y de acuerdo en el ámbito del Consejo Territorial. A día de hoy únicamente la ley vasca de servicios sociales regula la coordinación sociosanitaria. Ello quiere decir que existe un campo de desarrollo futuro importante en el que debe enfatizarse la posibilidad de planes y programas conjuntos para el desarrollo tanto de las prestaciones sociosanitarias como para la coordinación y la cooperación.

En un sistema como el SAAD, de base completamente descentralizada, en el que directa o indirectamente intervienen numerosos actores procedentes de redes de atención distintas (servicios sociales y servicios de salud), y de administraciones diversas (Estado, Comunidades Autónomas, Administración Local), parece imprescindible plantear la coordinación entre todos ellos como un elemento básico.

Y puesto que hablamos de un sistema que presta atención a personas con dependencia cuyas necesidades son a la vez de atención social y de atención a la salud, que debe estar lo más cerca posible de las personas, en la práctica esta coordinación es lo que entendemos como un modelo sociosanitario de base territorial.

Existe mucha y muy variada información basada en el análisis de la implantación de modelos internacionales con características similares, en los que la coordinación o la integración es el eje de su desarrollo. De su análisis comparativo se extraen recomendaciones aplicables, cuyas ventajas dejan huella tanto en beneficios monetarios como en beneficios no monetarios en los sistemas que los asumen.

En cualquier caso, de todos ellos conocemos que los actores que intervienen sean de procedencia administrativa, territorial o de sistemas distintos, comparten visión y estrategia, imprescindibles para la concreción del modelo y las políticas que lo sostienen y se dotan de herramientas de desarrollo común y compartido tales como los equipos multiprofesionales o la gestión

integrada de presupuestos. Todo ello produce confusión en la prestación de servicios de una u otra índole y dificulta la correcta asignación de recursos.

Un modelo sociosanitario de base territorial incluirá un punto de entrada único, realizará las valoraciones de necesidad y las propuestas de atención a través de equipos multidisciplinares, y prestará la atención desde los servicios de salud y los servicios sociales simultáneamente, incluso de manera integrada, gestionando conjuntamente la disponibilidad y el gasto que generan. Los diversos agentes asumirán sus responsabilidades de financiación y en él estarán implicados los niveles políticos, los gestores y los asistenciales o clínicos.

En la actualidad, ni el propio planteamiento de la LAPAD ni los modelos vigentes en las distintas Comunidades Autónomas, consolidan esta situación que entendemos la más adecuada.

La LAPAD enumera en sus principios la necesidad de la integración de servicios en un acertado planteamiento. Sin embargo, ello no se traduce en el dispositivo consiguiente que debería estar presente en el catálogo de servicios, en el planteamiento de la valoración de necesidades y, por supuesto, en la formulación del plan de atención. Con todo, hay que tener en cuenta la enorme complejidad de un sistema que implica la estrecha colaboración de las tres Administraciones Públicas con competencias en servicios sociales, pero que también ha de coordinarse con otras áreas de las políticas públicas, en particular las de atención sanitaria y, para los casos de infancia y juventud, educación y empleo.

Las Comunidades Autónomas, unas de un modo tímido y otras de un modo más decidido, empiezan a asumir esta realidad. Así nos encontramos con modelos en los que el desarrollo de la Ley se sitúa en un marco administrativo en el que la integración (o la coordinación) parecen más garantizadas porque comparten un único Departamento o Consejería (Extremadura y Castilla La Mancha). En otras, como es el caso, por ejemplo, de Catalunya, País Vasco, Valencia o Cantabria, existen actuaciones o programas que se basan en esta

lógica de la coordinación o actuación conjunta. Pero mayoritariamente, la integración está en un horizonte lejano. En este sentido, la reciente creación del Ministerio de Sanidad y Política Social puede ser un paso que facilite el camino hacia la necesaria conjunción del sistema de salud y el sistema de servicios sociales en la atención a las personas con dependencia.

Observamos que existe una diversidad importante para desarrollar un modelo de base territorial. En casi todas las Comunidades Autónomas, la puerta de entrada al sistema (peticiones de valoración) se encuentra en los Ayuntamientos bien de modo exclusivo, bien de modo compartido con la administración autonómica. En unos casos, el papel de la administración local sigue siendo importante en todo el proceso de tramitación, asumiendo posteriormente el papel determinante de gestor del caso. En otros, quizás de menor volumen y por tanto de mayor proximidad entre el nivel autonómico y la población, desaparece una vez se ha tramitado la petición inicial. En el País Vasco rige un acuerdo para la asunción de responsabilidades de los distintos niveles de la administración (territorio foral y municipio) respecto a la atención a las personas mayores: las diputaciones forales se hacen cargo de la atención a la dependencia y los ayuntamientos de la prevención y atención a las personas frágiles.

En cualquier caso, los equipos de atención social de la administración local, de una manera especial en las grandes ciudades, se han visto desbordados por la demanda que ha generado la Ley y por las continuas peticiones de información de los ciudadanos que han hecho la solicitud pertinente para beneficiarse de la misma. Y ello ha conllevado a menudo, que la actividad que estas peticiones generan ahogue otras actividades propias de los servicios sociales, lo cual constituye un importante problema ya que los servicios sociales no solamente deben atender la dependencia.

Una coordinación más estrecha entre la atención a la dependencia y la atención a la salud redundaría en una mejora de la eficiencia y una mejor relación calidad-precio. Cabe señalar a este respecto que existen considerables ganancias derivadas de aspectos tales como la coordinación

entre servicios múltiples, entre proveedores de servicios y entre agentes públicos y privados, que permita alcanzar un elevado nivel de calidad y un uso eficaz de los recursos en atención a la dependencia en un entorno institucional o comunitario. Para garantizar un elevado nivel de calidad, las medidas deben incluir la aplicación de normas uniformes y mecanismos de acreditación de la calidad asociados a métodos de evaluación de cumplimiento legal. Otro aspecto, este de la acreditación de suma importancia.

En este sentido, sería interesante concebir la atención a la dependencia como un proceso continuo, que integra elementos de otras políticas de salud pública tales como las medidas preventivas, el envejecimiento activo, la promoción de la autonomía y la capacidad de decisión de la persona dependiente, la asistencia social, la asistencia sanitaria, la rehabilitación (cuando sea posible) y los cuidados paliativos. Obviamente, las estructuras oportunas para que una tal gama de servicios de fronteras tan difusas pueda prestarse en una base territorial sumamente descentralizada no son fáciles de diseñar ni mantener en operación eficiente sin un sólido compromiso de coordinación..

La atención adecuada a la alta dependencia hace posible la combinación de varios recursos (residencias, centros de día y de noche, atención en domicilio y teleasistencia) que han de estar perfectamente coordinados para que la atención que reciben las personas dependientes sea la adecuada. Asimismo, sería necesario el reconocimiento de la compatibilidad de servicios de dependencia que se complementen entre sí para poder atender debidamente a la persona dependiente. Para dependencias medias y moderadas es posible combinar varias intensidades y recursos, con resultados de atención integral de la persona y un coste asumible por la administración y las familias.

3.3. CONSIDERACIONES A EFECTOS DE ESTABLECER LAS RECOMENDACIONES OPORTUNAS

A la vista de lo expuesto estimamos oportuno realizar las siguientes consideraciones:

3.3.1. Reforzar el Consejo Territorial del SAAD como mecanismo cooperativo que conjugue diversidad y armonización en aras de la creación de un marco global de acción integrada entre las distintas administraciones públicas involucradas en la atención a dependencia. En este sentido, habría que dotarlo de estructura técnica suficiente para afrontar adecuadamente el despliegue del SAAD en sus diferentes aspectos: desarrollo normativo, gestión de prestaciones, seguimiento, gestión de la información, etc. Asimismo, es necesario reforzar la capacidad regulatoria e integradora del Consejo Territorial en cuanto a la garantía de que los convenios serán firmados en todo caso, lo que supondría una seguridad protectora para los ciudadanos afectados así como el establecimiento de sanciones a las Comunidades Autónomas que se nieguen a la cooperación. El Comité Consultivo puede cumplir el papel moderador de las tensiones entre la Administración General del Estado y Comunidades Autónomas y entre estas mismas pero ello no es suficiente si no existen reglas claras que penalicen a los agentes que alteren la regla básica del sistema que es la garantía de que ningún ciudadano quedará sin protección ya que hablamos de un derecho social subjetivo.

3.3.2. Necesidad de que tanto el Consejo Territorial del SAAD, como el Consejo Interterritorial de Salud acuerden criterios comunes de coordinación que puedan servir de base para regulaciones posteriores de las Comunidades Autónomas.

3.3.3. Establecer convenios plurianuales de colaboración público/privado para la provisión de servicios de atención a la dependencia y con organizaciones no gubernamentales, con foros en los que se intercambien experiencias y se establezcan directrices comunes de buenas prácticas que garanticen la calidad de los servicios prestados.

3.3.4. Avanzar en la construcción de estadísticas, bases de datos y encuestas que permitan caracterizar y estudiar la oferta y la demanda en tiempo real, que hagan posible disponer de información territorializada, que permitan estudiar cuáles son los deseos y esperanzas de los dependientes, que posibiliten las opciones e inquietudes de los oferentes y que, en definitiva, permitan, tanto al

gestor como al investigador, tomar decisiones o analizarlas, según sea el caso, tan fundamentadas como sea posible.

3.3.5. Promover e impulsar un modelo de base territorial de proximidad, con modulación en función de cada realidad en cada Comunidad Autónoma, basado en la coordinación. Entendemos aquí por *coordinación* la articulación de recursos concretos en los casos atendidos dentro de cada ámbito asistencial; por *integración*, a la de servicios (sanitarios, sociales y sociosanitarios existentes) en un único sistema. El balance asistencial (evolución del indicador de dependencia de cada beneficiario como señalizador de la adecuación de los recursos que requiere) constituiría en este sentido el paradigma de la gestión coordinada del caso. La configuración de un Departamento administrativo único con autoridad y 'potestas' en el ejercicio competencial y en su financiación, sería paradigma de la integración. La integración garantizará una mejor coordinación, al coste de unos incentivos menos eficientes; una coordinación con incentivos descentralizados fuertes, en caso de alcanzarse, puede resultar superior. Con el fin de promover las mejores prácticas de coordinación sería de interés poner en marcha un programa piloto de coordinación integral en algunas Comunidades Autónomas a cargo del nivel acordado.

3.3.6. Es necesario clarificar los papeles de los diversos niveles profesionales que intervienen (especialmente de los equipos territoriales de servicios sociales de base) y dimensionar sus efectivos de acuerdo a la actividad real que deban realizar. No hacerlo produce unos efectos de colapso que repercuten en una clara falta de calidad de las actuaciones profesionales. Tal como se ha señalado en la Parte I hay que delimitar con mayor precisión técnica el perfil de los profesionales de la valoración y el de los componentes de los órganos de valoración.

3.3.7. Este modelo debe quedar contemplado en la financiación territorial (autonómica) y local, y en los aspectos organizativos e institucionales (Departamento/s responsable/s), contando con palancas explícitas de cambio a la vista de las disfunciones detectadas.

Ambas perspectivas cuentan con aspectos que alcanzan factores inter- e intra-administrativos. La diversidad competencial (estatal con influjos de seguridad social), la existencia de más de un Departamento o Consejería con responsabilidades autonómicas, y el que algunos entes locales asuman o hayan asumido determinados servicios sobre una base voluntaria, dificultan de entrada el proceso de articulación.

3.3.8. Es sin duda oportuno clarificar los marcos competenciales y las responsabilidades financieras. Los Ayuntamientos deberían asumir aspectos de prevención, de puerta de entrada del sistema y, quizás, de monitorización de la utilización (gestor del caso). Una respuesta más suave consistiría en dejar a los Ayuntamientos la parte más moderada o leve de la respuesta a la dependencia. Por su parte, los Departamentos de Salud y Bienestar unificados, se encargarían de planificar desde la salud los servicios para el bienestar, a través de años de vida ajustados por calidad (AVACs, lo que permite centrarnos en el bienestar del individuo) y no indicadores de mortalidad como el Índice de Mortalidad Innecesariamente Prematura y Sanitariamente Evitable (IMIPSE) y similares. Quedarían fuera de este marco los servicios sociales, que junto con la salud pública y otras cuestiones epidemiológicas ofrecen contenidos más universales y de externalidad generalizada ajenos a la lógica del aseguramiento.

3.3.9. En lo que se refiere a los mecanismos concretos de coordinación, la coordinación relevante es la que se produce *ex ante* a la decisión, con la creación de foros de discusión en los que se anticipen en beneficios de todos los problemas de uno; difícilmente se consigue la coordinación deseada con tratamientos correctores *ex post*, con la decisión ya tomada, que son vistos en la mayoría de casos como imposiciones de la administración central. Existen por lo demás puntos de partida dispares, no directamente corregibles de modo fáctico o incluso no siendo ello deseable. En ningún caso la coordinación ha de suponer a este respecto una revisión al alza, de regresión a la media, carente de responsabilidad financiera, ya que ello puede acabar comprometiendo la sostenibilidad del conjunto del cuarto pilar del Estado de Bienestar.

3.3.10. Parece ganar apoyo la mejor articulación de los aspectos médicos de los cuidados de larga duración con los sanitarios asistenciales que de este modo se refundirían y se someterían a los controles de cohesión y calidad de éstos, limitando si acaso la discrecionalidad a los relativos niveles de dependencia de menor expresión en servicios sanitarios. La financiación autonómica actuaría también en este sentido en lo que atañe a la suficiencia garantizada y objetivo de nivelación como elementos esenciales del estado del bienestar. Es por ello que todo apunta a la conveniencia de trabajar sobre la base de convenios plurianuales que den estabilidad a las inversiones necesarias y ejerza su peso corrector del oportunismo la reputación propia de los contratos relacionales.

3.3.11. Resulta necesario enfatizar la conveniencia de que los cuidados para la población dependiente se han de poner en el contexto horizontal de todas las políticas sociales. Y destacar la permeabilidad especialmente cuando uno de los aspectos pretendidos políticamente de manera aislada resulta de imposible consecución en el corto plazo.

IV FINANCIACIÓN

4.1. NORMATIVA

El Capítulo V del Título II de la LAPAD regula la financiación del Sistema y aportación de los beneficiarios. El Art. 32 establece que la financiación del SAAD debe ser suficiente para garantizar el cumplimiento de las obligaciones que correspondan a las Administraciones Públicas competentes, determinándose tal financiación anualmente en los correspondientes presupuestos. Asimismo, señala que la Administración General del Estado debe asumir íntegramente el coste derivado del nivel mínimo, mientras que las Comunidades Autónomas deben aportar cada año, una cantidad al menos igual a la de la Administración General del Estado.

Por su parte, el Art. 33 establece que los beneficiarios deben contribuir económicamente a la financiación de los servicios de forma progresiva en función de su capacidad económica, teniendo en cuenta para ello el tipo de servicio que se presta y el coste del mismo., señalándose expresamente que a la hora de fijar la participación del beneficiario, debe distinguirse entre servicios asistenciales, de manutención u hoteleros. Asimismo, se establece que la capacidad económica del beneficiario debe tenerse también en cuenta para la determinación de la cuantía de las prestaciones económicas. Se emplaza al Consejo Territorial del SAAD para que fije los criterios de participación, si bien se señala expresamente que ningún ciudadano puede quedar fuera de la cobertura del SAAD por no disponer de recursos económicos.

4.2. ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN ACTUAL

4.2.1 Consideraciones generales

La financiación de la dependencia es, sin lugar a dudas, la parte menos desarrollada del SAAD y una de las más problemáticas. Ya la LAPAD dejaba enteramente abierta la cuestión y los desarrollos posteriores han avanzado muy poco sobre ella. Sin embargo, la operación del SAAD hasta la fecha, desde el mismo momento de la aprobación de la Ley, ya ha puesto de manifiesto los problemas de financiación que se derivan de un sistema tan

ambicioso como el español que, recuérdese, está fundado sobre el reconocimiento en un derecho universal.

Si la disponibilidad de una financiación suficiente para la dependencia es un problema abierto, y no menor en las condiciones económicas actuales, la existencia de diferentes administraciones a cuyo cargo está la realización de las prestaciones de dependencia, participando todas ellas en su financiación no quita complejidad al problema. De hecho, la entrada en vigor de la Ley sin una envolvente financiera suficiente y bien definida, ha llevado a la ampliación *sui generis* en cada Comunidad Autónoma de las estructuras existentes en el ámbito de los servicios sociales, en los que en todo caso se apoya la LAPAD, y, en menor medida, los servicios sanitarios, para que las provisiones de la Ley pudieran hacerse realidad. Ello ha supuesto un apreciable estrés para estas estructuras, que a la postre no han podido desarrollarse con el orden y grado de integración con los nuevos servicios que requeriría un sistema moderno de autonomía personal y prevención y atención a la dependencia. Están todavía surgiendo las estructuras y la oferta de servicios adecuadas y ante la emergencia de las necesidades, estimuladas claramente por el cauce abierto por la Ley, las costuras de las estructuras socio-sanitarias existentes se encuentran sometidas a una tensión propia del crecimiento acelerado del sistema.

Las estimaciones de costes del sistema que contemplaba la memoria económica de la LAPAD han quedado por debajo de lo que la realidad de la dependencia impone y sólo el hecho de que no están en vigor todas las prestaciones implícitas en los dictámenes o que estas prestaciones no acaban de cubrir los verdaderos costes de la dependencia está haciendo que los gastos del sistema no recojan la gran potencialidad de gasto que este nuevo derecho universal encierra. Así, en 2008, la Administración General del Estado destinó 870 millones de euros a la dependencia, importe que se elevará a casi 2.000 millones de euros en 2009. Otro tanto correspondería a las Comunidades Autónomas hasta llegar a un total de alrededor de 5 millardos en este año.

No obstante, la atención a la dependencia, según estimaciones de costes realizadas en el ámbito académico, estaría reclamando ya en el presente año más del doble de dicha estimación en el caso de encontrarse toda la población dependiente con derecho a prestación (estimada en unos 900 mil beneficiarios) plenamente cubierta según las provisiones de la Ley y en función de un gasto por beneficiario y año estimado superior a los 10.000 euros. Para el año 2015, en el que la Ley prevé que dicho desarrollo potencial del SAAD esté plenamente operativo, los recursos oficialmente consignados en las previsiones disponibles son manifiestamente inferiores a lo que dichas estimaciones académicas contemplan.

Conviene entender que el mayor coste del SAAD estriba, de momento, en el escalamiento material de las estructuras actuales hasta el nivel de capacidad (infraestructuras) y catálogo de servicios contemplado por la propia LAPAD, estimado en un 1,5% del Producto Interior Bruto (PIB) para 2015, frente al 0,6% del PIB en la actualidad. Una vez alcanzado ese nivel, es la dinámica demográfica de los colectivos protegidos por la Ley y, más importante aún, la gestión del propio catálogo de prestaciones lo que determinará los requerimientos financieros del sistema. Puede afirmarse que no es tanto el quantum de beneficiarios (población más prevalencia más elegibilidad), siendo muy relevante la gestión de la elegibilidad, como el que el catálogo de servicios no se desmande, es decir, ni su gama, ni su contenido ni su coste unitario. La sanidad ofrece un ejemplo palmario de cuán fácil (y equivocado) es atribuir a la población enferma un coste que, bien mirado, se debe más bien a una inadecuada gestión de la “cesta” de servicios que se les ofrece a cada uno de ellos.

Ya se ha mencionado que el despliegue del SAAD se ha realizado, como establece la propia LAPAD, sobre la base de las estructuras existentes de servicios sociales y sanitarias, lo que ha contribuido a enmascarar el hecho de que muchas de estas estructuras han requerido y siguen requiriendo gastos de inversión, mantenimiento y operación que habrá que integrar en el nuevo sistema de dependencia. Por otra parte, la indefinición financiera, en la parte de capitalización del sistema, hace que las Comunidades Autónomas que más se

han esmerado en poner a punto sus estructuras de servicios de dependencia, a su costa, ven cómo los recursos de capital destinados a cubrir la distancia de las Comunidades Autónomas más atrasadas puede acabar constituyendo una especie de penalización por haber actuado tempranamente. Obviamente, los recursos de funcionamiento a los que la Administración General del Estado está comprometida se distribuyen con arreglo a criterios que, en principio, no suponen discriminación alguna. Pero esta matización entre coste y financiación es relevante. Adicionalmente, los entresijos de la financiación autonómica, de la que no se puede sustraer la problemática de la financiación del SAAD, al menos en su formulación actual, añaden complejidad al problema de la financiación de la dependencia.

En principio, muchas son las fórmulas posibles para la financiación de la dependencia, pero la naturaleza de los variados tipos de cuidados que comporta, desde asistencia domiciliaria ligera hasta los cuidados de larga duración en instalaciones especializadas, el hecho de que se manifiesta crecientemente a medida que los individuos envejecen y el cambiante contexto familiar y social, hacen que no todas las fórmulas posibles sean igualmente viables. La LAPAD nace precisamente para reconocer un derecho universal a quienes cumplan determinados requisitos y para proporcionar prestaciones en especie y, en menor medida, económicas hasta un cierto límite a las personas elegibles.

Pero, llevar a la práctica este derecho, en el plano de su financiación es extremadamente complejo y requiere una estimación clara de los costes y el reparto de los mismos entre los agentes. Desgraciadamente, esta es una de las grandes carencias del despliegue de la LAPAD, incluso de la propia Ley, que deja muy abierto el tema financiero.

4.2.2. Suficiencia financiera

Los servicios sociales de la dependencia deberían de formar parte de los servicios esenciales junto a la educación y sanidad, por lo que deberían integrarse en el paquete de la Ley Orgánica de Financiación de las Comunidades Autónomas (LOFCA), pero hay que tener en cuenta que la

LAPAD no es una Ley Básica y que la opción que se tomó en su día de que el SAAD se estructurase a partir de la red de servicios sociales existente exige tener cuidado a la hora de delimitar la línea de financiación que corresponde a la Administración General del Estado. Para que una mejor integración con la LOFCA supusiese una menor discrecionalidad y un encuadre financiero más razonable de los nuevos servicios que la LAPAD añade al sistema de servicios sociales pre-existente habría que preservar los límites razonablemente claros que la misma LAPAD establece para los compromisos financieros de la Administración General del Estado en el nivel básico y acordado. Se trata de una operación compleja ya que, además, sería necesario unir a las prestaciones de la dependencia aquellas otras del conjunto del sistema de servicios sociales que los nuevos Estatutos de Autonomía (proceso aún incompleto y desigual) definen como derecho subjetivo.

Por otra parte, ello requiere tener disponibles estimaciones razonables del coste del SAAD. Así como en la sanidad hay un suelo y el techo está abierto. En la dependencia no sabemos muy bien lo que hay. No sabemos lo que cuestan los perfiles por grados y niveles, aunque ya hay una cierta experiencia y en algunas Comunidades Autónomas empieza a haber criterios para establecer el coste de los perfiles. Pero es imprescindible establecer baremos de coste efectivo de los diferentes servicios por grado y nivel y reducir la amplitud de las estimaciones de costes actualmente existentes, excesiva por más que se tengan en cuenta especificidades locales.

A estos efectos, es necesario valorar económicamente los puntos base por grado y nivel, sobre los que se evalúa a las personas dependientes fijando un coste por punto básico, con un porcentaje de este coste por punto a cargo de la Administración General del Estado. Hay dos enfoques: (i) derecho subjetivo (tanto por persona) y presupuesto abierto (en función del número de personas) y (ii) presupuesto cerrado y prorrateo sin que nadie quede fuera. La lógica del coste debe impregnar el diseño del esquema financiero de la dependencia. Mientras no se evalúe el coste efectivo medio de los servicios, difícilmente podrán establecerse conciertos satisfactorios para las diferentes partes.

El ahorro de costes es posible cuando se establece una buena coordinación entre las estructuras sanitarias y las de dependencia, respetando el hecho de que se trata de esferas esencialmente diferentes. Un enfoque integrado de estas dos esferas es posible mediante un uso más intensivo de las tecnologías y la logística de la información y las comunicaciones, lo que reduciría costes administrativos, de gestión y de prestación misma de los servicios, al tiempo que impulsaría, por cierto, un sector de futuro.

El reforzamiento del derecho subjetivo en el nivel mínimo supone ampliar los créditos para su garantía tanto desde el punto de vista del coste de las prestaciones en su conjunto como desde el de la financiación de la parte de dichas prestaciones genuinamente debida a la entrada en vigor de la LAPAD. A pesar de que el SAAD es un sistema compartido entre la Administración General del Estado y las Comunidades Autónomas, la primera se siente especialmente vinculada con esos nuevos servicios, mientras que las Comunidades Autónomas están obligadas a considerar el conjunto de los mismos viniesen prestándose o no antes de la entrada en vigor de la LAPAD en los esquemas de servicios sociales existentes. No es fácil trazar la línea (aunque tampoco es imposible), pero sí es necesario resolver esta dicotomía de percepciones si se desea evitar que la sensación de agravio comparativo acerca de los esfuerzos del pasado siga profundizándose y la indefinición financiera lleve a un peor control del gasto.

4.2.3. La financiación por niveles

En lo que se refiere al *nivel mínimo garantizado (nivel básico)*, probablemente el más homogéneo de todos, el diálogo entre todas las Comunidades Autónomas debería ser muy activo y los compromisos para su control comúnmente adoptados. Convendría establecer un criterio de “necesidad justificada” (estandarizada) en cada caso y hacer que los excesos de prestación por encima de este nivel a través de lo que podría llamarse “necesidad expresada”, fuesen justificados por la Comunidad Autónoma correspondiente ante el resto de comunidades, que verían disminuidos sus recursos proporcionalmente. En ese sentido, podría distribuirse ex-ante una parte de los recursos en función de las necesidades justificadas y distribuir el

resto ex-post en función del resultado de este contraste entre pares. Lo que se indica como necesidad justificada, podría objetivarse adicionalmente haciendo que el nivel mínimo estuviese ligada a la prestación establecida en el Programa Individual de Atención más que al grado en sentido estricto.

El *nivel acordado* tendría como principal cometido fomentar el desarrollo y la racionalización de la oferta de las estructuras de servicio, así como estimular la participación del sector privado. Tal como está hoy este nivel, y la deriva que lleva, es todo muy confuso. No hay definidos niveles medios para ningún tipo de estructuras de dependencia (residencias, centros de día, etc.). Podría pensarse en cambiar de nombre a este nivel. No es un nivel amplio en el que se presta todo tipo de servicios para todo tipo de dependientes. Sin alterar excesivamente lo que ya hay, convendría reducir la geometría de este nivel, minimizándolo hasta un nivel razonable, en función, por ejemplo, de tipos de necesidades compartidas por todas las Comunidades Autónomas. El reparto entre la Administración General del Estado y las Comunidades Autónomas podría hacerse en función de las estructuras de servicio a financiar, sus costes de mantenimiento, las necesidades de remodelación de las existentes (hay muchas estructuras heredadas de los sistemas precedentes que se puede rehabilitar). El simple reparto de los recursos en función de las cabezas y/o la dispersión puede causar agravios a las Comunidades Autónomas que más han invertido ya en estructuras para la dependencia. Podrían crearse varios fondos de distribución que evitaran la discrecionalidad, la influencia política y las limitaciones presupuestarias actuales: un Fondo I, por población potencialmente dependiente, un Fondo II, en función de la población efectivamente dependiente y un Fondo III, para redistribución compensatoria. El grueso de los recursos iría destinado al Fondo I, mientras que el Fondo II recibiría un porcentaje progresivamente mayor a medida que avanzase la implantación del sistema.

El *nivel adicional*, financiado exclusivamente en el ámbito de cada Comunidades Autónomas con sus propios recursos, debería plantearse para la mejora de la calidad de los servicios o para completar discrecionalmente la oferta de los mismos. No debería plantear problemas de equidad si los otros

dos niveles están bien definidos. Tampoco debería utilizarse para subvencionar copagos.

4.2.4 El copago

El modelo de financiación del SAAD es un modelo mixto de responsabilidad pública y privada, en el que universalidad no implica gratuidad. El Acuerdo del Consejo Territorial de finales de 2008 sobre esta materia trata de crear un consenso mínimo a partir del hecho de la diversidad de cálculo del copago de los servicios que se aplicaron desde el verano de 2007 sobre la base del Indicador Público de Renta de Efectos Múltiples (IPREM), así como de la diversidad de los distintos coeficientes reductores de la cuantía de las prestaciones económicas. Este acuerdo deja abierta la puerta tanto a la inequidad horizontal, ya que los precios de referencia concertados son variables entre territorios, como al posible impacto regresivo sobre rentas de tipo medio. La determinación de la capacidad económica sobre la base del patrimonio abre otra vía de incertidumbre en la financiación, ya que no existe el impuesto sobre el patrimonio desde 2008 y el coste de su valoración puede ser elevado, pero su no consideración crearía otros problemas derivados del hecho de que es la masa patrimonial la que a las edades en las que prevalece la discapacidad susceptible de dar lugar a la dependencia formal que define la normativa la que en mayor medida determina la capacidad de pago de los potenciales beneficiarios.

El copago debería servir tanto para frenar el consumo innecesario como para apoyar a la financiación pública. También para concienciar a la población sobre la necesidad de planificar la financiación de contingencias de este tipo. Se aplicaría fundamentalmente para contingencias que no estuvieran en el “núcleo” de las prestaciones de dependencia o que, estándolo, no tuviesen alternativas o complementos. Hay que admitir, sin embargo, que la definición del núcleo es complicada, si éste es demasiado amplio el copago no sería muy efectivo. Los cuidados sanitarios, dentro de un caso de dependencia, deberían estar sometidos a copago solamente en la medida en que cuidados equivalentes en el sistema sanitario ordinario lo estuviesen. Los servicios complementarios (fuera del núcleo en cualquier caso y quizás otros) ya están

por lo general cubiertos por el propio beneficiario, salvo en casos de carencia de recursos. Los servicios del módulo hotelero, salvo en caso de carencia de recursos (establecida en función de la renta, cuando el patrimonio sea difícil de estimar), sí deberían ser objeto de copago.

El copago debe ser lo más sencillo de operar, entendible y objetivo, aplicable mediante una fórmula establecida en función del baremo. Debe cumplir los criterios de suficiencia, equidad y eficiencia. El sistema de copago debe articularse progresivamente desde el punto de vista funcional, mediante círculos concéntricos de servicios en lo que se refiere a su intensidad, que vaya de más copago para servicios asociados a la dependencia pero fuera del núcleo hacia menos copago a medida que los servicios aludidos se sitúan en el centro de las prestaciones de dependencia.

El copago no puede convertirse en un impuesto por la puerta de atrás sobre, por ejemplo, el patrimonio, como se comentaba. La valoración económica del beneficiario es importante, sin embargo, pero no puede convertirse el copago en un elemento estrechamente asociado a la capacidad económica del beneficiario, excepto en casos de carencia de recursos, a efectos de su exención.

El copago, por otra parte, debería hacerse a un prestador de servicios de dependencia debidamente acreditado para estimular la profesionalización y la calidad de los mismos.

Puede entenderse, por fin, el copago también como un pre-pago, o una prima instrumentada mediante una fórmula de seguro, por ejemplo, que garantizase el pago establecido al prestador por parte de una entidad en nombre del beneficiario. La utilización de la técnica del seguro, en el contexto de la dependencia, no obstante, debe verse con sumo cuidado, como se argumenta más abajo.

4.2.5. Mecanismos de financiación

Es evidente que el diseño de un esquema financiero adecuado para el SAAD no es una cuestión trivial. A la falta de recursos debe sumarse la necesidad de encontrar un modelo de operación del sistema que sea eficiente y propicie los ahorros de costes. La mera disponibilidad de recursos suficientes no bastaría por sí sola: más recursos no es la solución.

Por su naturaleza, el riesgo de dependencia afecta a la población fundamentalmente a partir de edades superiores a los 65 años. Las tasas de discapacidad superan el 10 por ciento para hombres y mujeres a partir de esta edad y son superiores al 70 por ciento a los 90 años. La discapacidad puede llegar a afectar a tantas personas durante tanto tiempo, para muchas personas su ciclo vital restante, que se convierta en un riesgo no compensable. En este sentido la discapacidad puede asimilarse a la jubilación, una contingencia que afecta a todo el mundo (trabajadores) a partir de una cierta edad y persiste hasta su fallecimiento. Es claro, sin embargo, que la discapacidad a edades inferiores a los 65 años requiere otra lógica de financiación y su coste es, además, mucho más reducido por su menor incidencia.

A diferencia de la jubilación, sin embargo, la discapacidad no está ligada a la actividad laboral necesariamente y afecta a personas que nunca han trabajado, pero que son sujetos del derecho establecido en la Ley. En este sentido, si bien pueden contemplarse mecanismos financieros similares a los que sirven para el sistema de pensiones, como se comentaba anteriormente, deberán añadirse a los anteriores mecanismos financieros no vinculados a las carreras laborales de los individuos.

El seguro privado presenta numerosos problemas que tienen que ver con el hecho de que la dependencia es un riesgo no compensable, pues una gran mayoría de los individuos sufrirán esta situación a partir de una determinada edad, de forma que no es posible hacer la compensación (*pooling*) de riesgo característico del aseguramiento privado entre buenos y malos riesgos. Por otra parte, el hecho de que la longevidad de los “asegurados” es incierta, creciente y, de nuevo, afectando a todos los individuos más o menos por igual,

agrava el problema anterior reforzando adicionalmente los argumentos a favor de la financiación pública de la dependencia, al menos en sus manifestaciones más graves.

Por ello, se considera imprescindible que en el combinado financiero que haya de soportar el sistema de dependencia haya una instancia de financiación pública de suficiente solidez complementada con la financiación privada. Ello independientemente de que la provisión de los servicios para las personas dependientes pueda hacerse en mayor o menor medida a través de la iniciativa privada.

La financiación pública, resuelto, a su vez, el entronque entre financiación estatal, autonómica y municipal, en su caso, en las líneas que se comentaban en las secciones precedentes, no surge de la nada, sin embargo. Son los propios contribuyentes, presentes o futuros, afectados o no por las situaciones de dependencia, trabajadores o inactivos, los que, en definitiva, aportan los recursos que financian la dependencia. Sea en forma de impuestos o de cotizaciones sociales, sea en forma de primas únicas o regulares a hipotéticos esquemas obligatorios de seguro social de dependencia, son los individuos quienes siempre acaban financiando los servicios públicos que reciben. Pero estos esquemas públicos, generalmente de participación obligatoria, si bien son posibles las opciones, por su propia naturaleza acaban resolviendo más eficientemente, y con mayores efectos sobre el bienestar colectivo, los problemas que la financiación privada voluntaria, aplicada de manera exclusiva, acabaría creando ante las dificultades para una correcta apreciación de los riesgos asociados a la ocurrencia de las contingencias de dependencia y su duración.

Pero, en el supuesto de que sea sencillo resolver los problemas de diseño técnico del mejor mecanismo financiero para la dependencia, no cabe engañarse: la cobertura adecuada de los servicios y prestaciones asociados a un sistema de dependencia tan ambicioso como el español requiere de importantes recursos financieros que crecerán en el tiempo a medida que se

extiende la cobertura a todo el colectivo potencial de beneficiarios y a medida que avanza la esperanza de vida.

De hecho, algún tipo de integración entre el sistema de pensiones públicas y el sistema de dependencia sería deseable. Sin por ello prejuzgar la solución del problema de sostenibilidad a largo plazo del sistema de pensiones públicas. En verdad, quienes se jubilan sin problemas de dependencia (la mayoría de los jubilados, no se olviden) entran en un sistema en el que es la Administración General del Estado quien se hace cargo de ellos y las prestaciones económicas que reciben proceden de las cotizaciones sobre el salario. Pero, a los pocos años, una proporción muy relevante de estos jubilados pasa a sufrir algún tipo de discapacidad y es otro sistema de protección, gestionado desde otras jurisdicciones, la autonómica y la local en concreto, el que se hace cargo de esta contingencia con recursos financieros todavía mal definidos y con recursos asistenciales organizados desde estructuras preexistentes no concebidas, aunque adaptadas con mejor o peor fortuna, a las situaciones de dependencia tal y como las define la LAPAD.

Salvando las distancias, esta transición múltiple de las personas de edad, pues la jubilación y la discapacidad son dos fenómenos claramente ligados a la edad, equivale a una hipotética y chocante situación en la que el primer tiempo de un partido de fútbol se jugase en un estadio con unas determinadas reglas y la segunda parte se jugase en otro estadio bajo otras reglas. Naturalmente, la persona jubilada que incurriese en una situación de discapacidad que la hiciese elegible para las prestaciones del SAAD no pierde su condición de jubilado o jubilada, ni las prestaciones que ello conlleva, pero una cierta integración de los dos sistemas no estaría de más a efectos de clarificar el “paquete” de prestaciones por contingencias asociadas a la edad y su financiación.

Cuando interviene una situación de dependencia, tan importantes como la prestación económica que representa la pensión, pasan a ser los servicios propiamente dichos. Más importantes, de hecho, si nos atenemos a su coste en los casos de discapacidad severa o total. Es por ello que la adecuada

integración del paquete de prestaciones económicas y en especie en la transición de la jubilación a la dependencia es de gran relevancia.

4.3. CONSIDERACIONES A EFECTOS DE ESTABLECER LAS RECOMENDACIONES OPORTUNAS

Mientras se producen avances en esta materia, que no son incompatibles con el desarrollo de los mecanismos que requiere la complicada situación financiera del SAAD en estos momentos, hay muchas cosas que pueden hacerse:

4.3.1. Convendría concentrar los recursos en la dependencia grave y severa cubriendo el máximo en este caso, pero restringiendo la calificación en los grados y niveles más elevados a lo estrictamente necesario y procurando que los presupuestos fuesen cerrados. Los presupuestos del resto de las situaciones podrían ser más flexibles, pero sus prestaciones más limitadas. Las derivas de “calificación hacia arriba” que puedan cometerse en la fase de evaluación han de ser atajados si se quiere controlar el coste. La planificación financiera por niveles ha de hacerse con mucho cuidado para que no sobren recursos en un sitio y falten en otro.

4.3.2. No debe despreciarse la eventualidad de hacer una reforma de la Ley General de la Seguridad Social en el sentido de desligar las ayudas de tercera persona de la gran invalidez de la cuantía de la pensión ajustando, por tanto, la prestación económica a la necesidad valorada. Es más, debería considerarse, incluso, la posibilidad de suprimir las ayudas por tercera persona en el seno del sistema de pensiones de la Seguridad Social y transferir tales derechos, estimados en lo sucesivo con los baremos del SAAD, a un sistema único en el seno de este último.

4.3.3. Una vez integrada la atención a la dependencia en el paquete de la Ley Orgánica de Financiación de las Comunidades Autónomas (LOFCA), la sostenibilidad financiera a largo plazo podría asegurarse bien mediante el aumento de la cesión parcial a las Administración General del Estado de la recaudación líquida por el Impuesto sobre el Valor Añadido en sus territorios y por Impuestos Especiales (de fabricación de cerveza, vino y bebidas

fermentadas, alcohol y bebidas derivadas, hidrocarburos y labores del tabaco) o bien mediante el establecimiento de nuevas cotizaciones sociales similares a las de la Seguridad Social, siempre atendiendo a los aspectos cruciales relativos a las distorsiones que toda fiscalidad entraña.

4.3.4. Entre las vías de financiación pública que se podrían considerar, se encuentran las que se mencionan a continuación fruto de la experiencia contrastada en muchos países en los que se han puesto en práctica unas u otras de ellas. Debe advertirse que muchos de estos elementos, aisladamente considerados, pueden ser objeto de crítica sobre la base de numerosas consideraciones, no menores muchas de ellas, como son las relativas a la eficiencia económica, pero tomados en su conjunto, en la medida en que sirvan para sostener financieramente un sistema integrado de prestaciones que aseguren a los individuos contra un riesgo no compensable y de duración creciente como es el de la dependencia, pueden ser fácilmente justificables, tales como:

- Aumentar el Impuesto sobre el Valor Añadido en entre 1 y 2 puntos porcentuales y/o aumentar la cesión de dicho impuesto a las Comunidades Autónomas afectando estos incrementos a la financiación de la dependencia. Este aumento podría ser transitorio mientras se constituyen capitales de seguro de dependencia. Un aumento del Impuesto sobre el Valor Añadido puede, no obstante, estimular la inflación y deprimir el consumo, algo delicado en estos momentos, especialmente lo segundo.
- Crear un impuesto subyacente sobre el patrimonio a tipo único. Esta medida puede ser el preludio a un enfoque más integral sobre el uso de patrimonios personales para la planificación financiera de la dependencia. Es evidente el riesgo de percepción de reintroducción de una figura impositiva sobre el patrimonio después de su supresión, por otra parte, aunque en este caso habría una afectación clara a la dependencia susceptible de dar paso a, o converger con otras figuras hacia, un mecanismo más cercano al seguro de dependencia. En sí misma, especialmente si el tipo es único, esta figura impositiva no es una figura muy distorsionadora.

- Aumentar el recurso a los impuestos generales. Especialmente el Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas y el Impuesto sobre Sociedades, más el Impuesto sobre el Valor Añadido si no se ha optado por una medida directa por este último impuesto como la que se sugería anteriormente. Tiene el atractivo de difuminar la presión fiscal sobre una base muy amplia y aunque crearía distorsiones ineludible, éstas serían menores que si la carga se concentrase sobre figuras más particulares.
- Establecer una cotización social adicional a la que ya existe para las pensiones, quizás capitalizándola en un fondo de seguro. En contra juega el hecho de que la fiscalidad del trabajo es ya muy elevada en España y, además, vincularía la financiación de la dependencia a la actividad laboral y profesional (autónomos) aunque con incidencia especialmente aguda sobre los asalariados. A cambio, el mecanismo recaudatorio y facilidad de gestión están garantizados.
- Primas regulares, propiamente dichas, a partir de una cierta edad a un seguro obligatorio de dependencia (equivalentes a cotizaciones). No necesariamente vinculadas a la actividad laboral o profesional y precursoras de una mejor integración de la capacidad económica de los individuos (por renta laboral y patrimonial) en la financiación de la dependencia en sentido amplio (muy distinta al copago). Un giro muy importante en el sistema actual y posiblemente discutido socialmente a menos que se hiciera una pedagogía importante. Pero la ventaja es que puede crear importantes fondos de financiación a largo plazo de la economía sin graves distorsiones.
- Prima única a los 65 años (o antes) para un seguro de dependencia (pagable contra patrimonio, o como parte de un esquema de hipoteca inversa). Cercana a la anterior y facilitadora de un desarrollo financiero todavía muy incipiente y poco eficiente.
- Eliminar la exención del copago sanitario (farmacéutico) a cambio de aumentar los recursos financieros para los futuros dependientes de cada generación. Una medida compensatoria y equilibradora. Por una parte se elimina una exención muy importante en la actualidad como es la bonificación de la compra de medicamentos por parte del Sistema

Nacional de Salud, que llega al 100 por cien en el caso de los pensionistas, y, por otra, se afectan recursos similares a los ahorrados al Sistema Nacional de Salud al SAAD de forma que aquellos miembros más frágiles de cada generación corriente concentran recursos que de otra forma se dispersarían en el conjunto de efectivos no tan necesitados de ellos.

Estos elementos, que tendrían la consideración de ingreso afectado (destinándose su recaudación expresamente a la financiación a la atención a la dependencia), podrían servir la creación de un Fondo de Suficiencia de la Dependencia. La acumulación ex-ante de recursos corrientes en este fondo podría servir también para financiar las inversiones en infraestructuras necesarias para la prestación adecuada de los servicios contemplados en la Ley bajo fórmulas que permitiesen su posterior reintegro al fondo en función del régimen de explotación acordada a cada tipo de infraestructura.

4.3.5. La financiación privada de la dependencia, una vez asegurada la financiación pública que corrigiese el fallo de mercado que representa la propia naturaleza del riesgo de dependencia, debe formar parte del conjunto del sistema. Más allá del copago que se establezca para una geometría de servicios de dependencia exterior al núcleo de servicios esenciales establecido, pero homologada, dicha geometría, dentro del SAAD, los individuos deberían poder optar por los servicios de dependencia libremente ofertados por los proveedores mediante fórmulas debidamente reguladas para tal propósito. Entre estas se encuentran las hipotecas inversas o los seguros privados de dependencia, instrumentos privados de cobertura de las situaciones de dependencia destinados a las personas que se encuentran o se podrían encontrar en situación de dependencia.

4.3.6. No se dejará de insistir en que allegar más recursos financieros para la dependencia, siendo muy importante, no es la solución definitiva (*cash is not cure*) que, en todo caso debe pasar por mejores formas de coordinación interadministrativa (lo que también quiere decir interterritorial), integración

sociosanitaria, acreditación de la calidad y atribución de las prestaciones y concertación público-privada de las existentes en este momento en el SAAD.

4.3.7. Todo ello con el fin de que una gestión adecuada de las prestaciones del SAAD y del reconocimiento de las mismas a los potenciales beneficiarios permita atender sin graves problemas de financiación el crecimiento esperado de las necesidades de los individuos en esta materia. No cabría mayor confusión que acabar achacando a un fenómeno previsible y, en el fondo, bien positivo, como es alargamiento de la vida, los problemas derivados de una inadecuada gestión de sus implicaciones.

El Grupo de Expertos ha analizado y valorado el conjunto del proceso de implantación del Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD) y sus principales pilares de desarrollo: (i) acceso al sistema por parte de los ciudadanos en situación de dependencia, (ii) el sistema de prestaciones, (iii) el gobierno y coordinación y, finalmente, (iv) la financiación del sistema. Habiendo valorando el importante esfuerzo realizado por parte de la Administración General del Estado y de las Comunidades Autónomas, en este caso de manera desigual y de acuerdo con el actual sistema competencial, destacamos a continuación aquellos aspectos centrales que deben ser tomados en consideración para el perfeccionamiento del sistema en los años venideros y que deberían ser enriquecidos por la evaluación institucional que se realizará en 2010.

1. En primer lugar, el Grupo de Expertos constata que en estos dos primeros años de aplicación efectiva de la LAPAD, sin contar los meses previos de intenso desarrollo normativo al día siguiente de su promulgación, ha tenido lugar una amplia variabilidad en el recorrido y tiempo de las **demandas de los ciudadanos** en las Comunidades Autónomas, que en gran medida depende de la cultura específica del sistema de servicios sociales, de la existencia de herramientas y recursos eficaces y de la determinación mayor o menor en la aplicación del nuevo sistema. En todo caso la demanda en el Grado III ha duplicado las previsiones del Libro Blanco y debe ser objeto de análisis detallado

De la aplicación del baremo se deduce la necesidad de su mejora para adaptarlo a la realidad de las distintas situaciones de dependencia (caso de la enfermedad mental, nuevas discapacidades), de mejoras en el proceso de valoración que exigen equipos multidisciplinares competentes con presencia del ámbito sanitario, órganos de valoración eficaces y la promoción de las mejores prácticas en materia de valoración. El desigual tratamiento de la homologación de las “pasarelas y la diversidad de plazos en la resolución de

la valoración son elementos constatados en el análisis. Reducir los plazos hasta niveles razonables de eficacia es una clara conclusión del análisis.

Se ha constatado que no siempre existe una nítida diferenciación entre el órgano de valoración y la formulación del Programa Individual de Atención (PIA), lo cual afecta a la eficacia y eficiencia en la asignación de los recursos disponibles. En este mismo sentido se observa que la cultura de la gestión del caso no está implantada en el desarrollo del SAAD así como el uso generalizado de herramientas de calidad.

Finalmente, hay que señalar la necesidad de la mejora del sistema de información como modo de conocimiento de la realidad y al servicio de la planificación del SAAD.

2. Las **prestaciones** del SAAD se integran, por virtud e la propia LAPAD, en el sistema de servicios sociales de cada Comunidad Autónoma lo que supone inevitablemente que aquellas se vean afectadas por tradiciones y estilos de intervención social diferentes. Ahora bien, el Grupo de Expertos constata el excesivo desarrollo de las prestaciones económicas, consideradas en la LAPAD como extraordinarias, en detrimento de las prestaciones en servicios profesionalizados.

La importancia asistencial de los servicios sociales y su capacidad para generar empleo son factores que se valoran de manera especial por este Grupo de Expertos. Siendo cierto que la libertad de elección del cuidador y una red insuficiente de servicios sociales condicionan el desarrollo de los servicios para la dependencia, lo es también que, a medio plazo el éxito del SAAD reside en un sistema amplio y eficaz de servicios sociales basado en una cartera de servicios que supere un modelo de atención que consideramos tradicional, una combinación de modelo residencial y cuidados domiciliarios en un contexto comunitario.

Las nuevas prestaciones, las más innovadoras, prevención y promoción de la autonomía, tienen una presencia aún marginal en la ley. Del mismo modo el

desarrollo del servicio de ayuda a domicilio está teniendo un desarrollo insuficiente a pesar de la creciente demanda de este servicio y las propias tendencias europeas en favor de servicios de proximidad frente a los de tipo exclusivamente residencial. En este sentido el papel de los Ayuntamientos es determinante y debe visualizarse con claridad.

En la cartera de servicios no existe referencia a la coordinación sociosanitaria cuyo desarrollo es fundamental para el éxito del SAAD.

En general no ha tenido lugar un claro cambio de tendencia en la dinámica asistencial donde predomina, como hemos dicho, un sistema tradicional que si bien requiere un tiempo y ritmo social también exige una activa intervención por parte del Sector Público para favorecer el desarrollo de un sistema extensivo y de calidad de servicios sociales.

3. El **gobierno del SAAD** se basa en un sistema de cooperación y coordinación en el que el consenso es fundamental ya que estamos ante una confluencia de competencias de la Administración General del Estado y de las Comunidades Autónomas. Robustecer este sistema de gobierno es una garantía de futuro del SAAD.

Después de una primera etapa de desarrollo del SAAD este Grupo de Expertos constata una mejora en el clima de cooperación institucional. Sin embargo, existen elementos sustantivos de mejora como son: la necesidad de que los convenios anuales se transformen en plurianuales para reducir su coste político y administrativo; una mejora de la cooperación entre las Administraciones Públicas y los proveedores del sector mercantil y del tercer sector; mejora de los niveles de transparencia mediante una información de calidad, aspecto éste en el que el Consejo Territorial acaba de tomar medidas de desarrollo. La información es importante a efectos de comparación entre los niveles de gobierno y en concreto, el gasto público efectivamente realizado con el fin de conocer el esfuerzo diferencial.

En el ámbito de la coordinación tiene un papel crucial, como se ha señalado en el apartado segundo, la coordinación sociosanitaria que la LAPAD menciona pero no desarrolla. Es un déficit del actual sistema a subsanar en el futuro inmediato empezando por el propio cumplimiento de las normas previstas en la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Sanitario de 2003. Por otra parte, la integración de las prestaciones de dependencia en la red existente del sistema de servicios sociales es también una oportunidad para la creación real de una red de servicios sociales que integre la oferta pública y privada, lo que requiere medidas de coordinación e integración de redes y servicios en su aspectos territoriales y administrativos.

4. Finalmente, la garantía de un **sistema de financiación suficiente y sostenible** es central para el desarrollo del SAAD y este Grupo de Expertos ha analizado las distintas facetas del problema. La financiación del SAAD se basa en la aportación por parte de la Administración General del Estado del coste derivado del nivel mínimo, mientras que las Comunidades Autónomas deben aportar cada año, una cantidad al menos igual a la de la Administración General del Estado. A ello hay que añadir el copago.

Tal como se señala en el informe la financiación de la dependencia es la parte menos desarrollada del SAAD y una de las más problemáticas. Desde el punto de vista de la financiación un elemento de debate es la aportación realizada por la Administración General del Estado y por las Comunidades Autónomas según se considere el coste total del sistema o el coste de las nuevas prestaciones, dos enfoques diferentes de análisis que, no obstante, no pueden llevar a perder de vista el coste y la sostenibilidad futura del sistema. De hecho las estimaciones de costes del sistema que contemplaba la memoria económica de la LAPAD han quedado por debajo de lo que la realidad de la dependencia impone y sólo el hecho de que no están en vigor todas las prestaciones implícitas en los dictámenes o que estas prestaciones no acaban de cubrir los verdaderos costes de la dependencia está haciendo que los gastos del sistema no recojan la gran potencialidad de gasto que este nuevo derecho universal encierra. Si en la actualidad el gasto en dependencia se estima en un 0,6 por

ciento del Producto Interior Bruto hacia el año 2015 se estima llegaría a un 1,5 por ciento.

Para un desarrollo adecuado del SAAD el Grupo de Expertos considera que los servicios sociales de la dependencia deberían de formar parte de los servicios esenciales junto a la educación y sanidad, por lo que deberían integrarse en el paquete de la Ley Orgánica de Financiación de las Comunidades Autónomas (LOFCA), pero hay que tener en cuenta que la LAPAD no es una Ley Básica. Se trata de una operación compleja ya que, además, sería necesario unir a las prestaciones de la dependencia aquellas otras del conjunto del sistema de servicios sociales que los nuevos Estatutos de Autonomía (proceso aún incompleto y desigual) definen como derecho subjetivo.

**INFORME FINAL DEL GRUPO DE
EXPERTOS PARA LA EVALUACIÓN
DEL DESARROLLO Y EFECTIVA
APLICACIÓN DE LA LEY 39/2006 14 DE
DICIEMBRE DE PROMOCIÓN DE LA
AUTONOMÍA PERSONAL Y ATENCIÓN A
LAS PERSONAS EN SITUACIÓN DE
DEPENDENCIA**

**Segunda parte:
Documento técnico de apoyo para la elaboración
de las recomendaciones**

Septiembre de 2009



Prólogo

En la Primera Parte del Informe Final, el Grupo de Expertos presenta una valoración global en distintos aspectos clave del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD), al tiempo que ofrece un resumen ejecutivo de los principales puntos analizados.

Como complemento de dicho documento, en esta Segunda Parte se presentan algunas consideraciones técnicas realizadas por el Grupo de Expertos tras estos nueve meses de trabajo examinando la situación actual y perspectivas de futuro del SAAD.

Asimismo, se resume sucintamente las principales recomendaciones generales que el Grupo ha propuesto a la luz del análisis realizado y las consultas efectuadas

El camino que media entre la emergencia de una solicitud hasta la concreción de sus beneficios requiere un análisis de consistencia a efectos de identificar como se producen las solicitudes, las valoraciones, la naturaleza de los controles y reconocimientos en su caso y los dictámenes y determinación de prestaciones respectivas. Se observa por el momento un nivel de solicitudes elevado y desigual entre Comunidades Autónomas. y aunque con diferencias que no permiten anticipar una pauta sistemática común en el tiempo, también en el resto de elementos del *iter*. En cualquier caso el nivel de dependencia (grado y nivel) hasta el momento observado se sitúa claramente por encima del esperado por la propia Ley, o a partir de distintos informes al respecto o desde una simple comparativa internacional.

Sería necesaria la parametrización con la máxima objetivación posible de las necesidades asociables a la cobertura de la dependencia, a partir de la estructura demográfica de cada Comunidad Autónoma y los valores estadísticos esperables en dependencia por grupo etario si la respuesta del sistema adquiriera los niveles medios observados para el conjunto del Estado. Ello en si mismo definiría el valor de referencia respecto del que debiera de exigirse la justificación de las diferencias respecto de los valores observados.

Alinear los incentivos de las partes intervinientes obliga a identificar quién hace qué a expensas de quien. Reconocido lo anterior (tendencia al apoderamiento personal y a la libre elección), cabe remarcar que la exigencia de regular, acreditar, fijando mínimos y exigir calificaciones del personal asistencial encuentra su efecto rebote en la capacidad de financiar los costes resultantes. No debieran de existir dudas acerca de que lo racional y lógico es que tanto institucionalmente (cuando se desean compartir competencias entre distintas jurisdicciones administrativas) como entre proveedores, quien decide ha de ser responsable de las decisiones tomadas, atendiendo inclusive a las consecuencias financieras. No tiene sentido que quien barema la necesidad de cuidado, sabiendo anticipadamente los derechos que devenga una u otra puntuación, no tenga responsabilidad presupuestaria en los costes generados.

Ni que la institución que gestiona la prestación al nivel de la determinación de la contingencia pueda trasladar íntegramente el coste a la de otro nivel con una simple aplicación informática que la comunique

Siendo los protocolos de actuación poco conocidos e incluso dudosamente susceptibles de uniformización, así como algunos de los aspectos relativos al control de calidad deseable, sí parece en todo caso aconsejable que el prestatario del servicio no pueda en ningún caso baremar. Asimismo, el evaluador no debiera de poder firmar el dictamen. Un mayor grado de traslado de responsabilidad a los agentes encargados del *iter* aquí analizado parecería oportuno.

En cualquier caso, la reconducción de las diferencias existentes en las respuestas observadas plantea la discusión de los incentivos al cierre de brecha a la vista de los puntos de partida tan dispares como los actualmente observados en los dispositivos territoriales. En este sentido, el nivel mínimo garantizado constituye la mejor base de garantía a potenciar, fundamentado en perfiles de necesidad y 'paquetes' asistenciales abiertos, asociados con ésta, para una mejor lógica de nuestro sistema de dependencia.

Parece apropiado que una vez realizado el dictamen los márgenes de elección entre prestación económica, vinculada siempre a servicios (reembolsable, contra factura) y prestación directa en especie se mantengan mayormente abiertos. Por lo demás, a la vista de las diferencias observadas en las calificaciones, cargas de trabajo y recursos al servicio de la baremación, parece relevante explorar aquellos mecanismos que mejor rendimiento obtienen a partir de los recursos disponibles.

Preocupa que tras dos años de aplicación de la Ley se continúe sin un catálogo de servicios estándar, discernible en lo que se refiera a los niveles básicos acordados. Por lo demás, los convenios bilaterales anuales para la determinación de los niveles entre la Administración General del Estado y las Comunidades Autónomas. suponen un elevado desgaste político, lo que claramente conduce a pensar en su plurianualidad. Por lo demás, la

separación de la tipología de servicios en la determinación de necesidades (en lugar de identificar necesidades genéricamente según grado de dependencia) permite luego mantener una racionalidad diferenciada tanto para identificar quien suministra qué, sino también con qué régimen de financiación. Así para servicios personales, de hostelería, tratamientos rehabilitadores, cuidados de enfermería.

Sería necesario en este sentido la conveniencia de trabajar sobre la base de convenios plurianuales que den estabilidad a las decisiones que requieran las inversiones necesarias para su satisfacción y ejerzan un peso corrector ante el oportunismo que de otro modo a menudo permiten los contratos relacionales o de secuencia reiterada cuando la reputación desempeña escasamente.

II

LA COORDINACIÓN E INTEGRACIÓN INTERADMINISTRATIVA. El despliegue territorial de servicios.

La disociación entre la planificación de necesidades (demandas latentes emergentes) y la oferta (capacidades instaladas) para la prestación de servicios genera disfunciones claras entre la gestión deseable de la demanda y las respuestas asistenciales óptimas (incentivos a su puesta en oferta y sostenimiento financiero).

Ello obliga a valorar la situación en los límites entre a) la mayor objetivación posible de la provisión de servicios (desde una demanda estandarizada y una respuesta asistencial protocolizada) y bajo un criterio predeterminado de asignación de recursos (costes unitarios óptimos) y b) el de la completa 'fungibilización' de los servicios (esto es la conversión completa de la prestación en dinero), tal como permite el pago monetario de la prestación económica o de los presupuestos personales (cantidades financieras globales y libre decisión dentro de un paquete asistencial determinado). Entre la rigidez y la discrecionalidad completa, se considera la importancia de identificar el servicio y después el recurso, evitando una cartera de servicios completamente cerrada. A favor de la objetivación, en su caso, encontramos la imagen de cohesión; en contra, la rigidez y por la menor aportación al bienestar que supone. En la posición de monetización máxima de la prestación encontramos la autonomía de gestión y la adaptación al caso, y en su contra, la imposibilidad de planificar inversiones e implantar decisiones que conlleven costes fijos importantes.

En este sentido, parece oportuno primero identificar la necesidad, después el servicio y finalmente la prestación. Cualquier estrategia que trunque la anterior secuencia puede romper con la lógica del sistema. Así mismo, es necesario definir una necesidad 'normada' sobre la base de las ponderaciones relativas a las discapacidades para las actividades básicas, lo que puede permitir fijar el valor de cada punto reescalándolo a partir del presupuesto disponible y el número total de puntos asignados, traduciendo en un límite financiero por

dependiente a cambio de un paquete de servicios y resultados (si existe cuidador familiar, con un conjunto de exigencias de acompañamiento) o en una cuantía determinada por servicio –contra factura, derivando la diferencia de coste a cobertura complementaria o a copagos por servicios.

La coordinación e integración en sus aspectos territoriales y administrativos presenta facetas múltiples. Entendemos aquí por *Coordinación* la articulación de recursos inicialmente independientes en los casos concretos atendidos dentro de cada ámbito asistencial; *integración*, a la de servicios ofertados de modo conjunto (sanitarios sociales y socio sanitarios existentes). El balance asistencial (evolución del indicador de dependencia de cada beneficiario como señalizador de la adecuación de recursos residenciales, atención domiciliaria y de centro de día) constituiría en este sentido el paradigma de la gestión coordinada del caso. La configuración de un Departamento administrativo único con autoridad y *potestas* en el ejercicio competencial y en su financiación, sería paradigma de la integración. La integración garantiza una mejor coordinación, al coste de unos incentivos menos eficientes; una coordinación con incentivos descentralizados fuertes, en caso de alcanzarse, puede resultar superior. La *coordinación* requiere por su parte aspectos más virtuales que jerarquizados, al estilo de Agencias de gestión compartida que internalice en su seno lo que no se haya podido solventar por el lado de los repartos competenciales y de las presiones de los corporativismos existentes, para concretar aspectos tales como a quien compete la valoración de la dependencia, si quien decide soporta los costes de la decisión, si quien controla se configura como instancia última, manteniendo siempre costes de transacción razonables.

En razón a lo anterior consideramos que debería procederse a la integración contemplada entre el ámbito social y sanitario, a la vista de las disfunciones hoy detectadas, desde la financiación territorial (autonómica) y local, y en los aspectos organizativos, de gestión e institucionales (Departamento/s responsable/s). Remarcar en este sentido la importancia de la valoración médica base de las situaciones de dependencia, abierta desde una concepción

pluridisciplinar, de equipo y no corporativa segmentada, capaz de incorporar perfiles y competencias sociosanitarias.

Todo lo anterior se refleja en diferencias en el despliegue de servicios; esto es, en la combinación de los dispositivos asistenciales (servicio de ayuda a domicilio, centros de día y residencias) y en la naturaleza de los equipamientos disponibles (resortes de actuación en recursos públicos propios en privados concertados: por la vía en unos casos de cobertura de costes y en otros por la de las palancas financieras que puedan permitir las tarifas en relación con los costes idiosincrásicos de los proveedores- y su revisión en el tiempo.

A este respecto es sin duda oportuno clarificar los marcos competenciales y las responsabilidades financieras sobre el territorio, fijando el rol de los Ayuntamientos ya sea en compartir la prestación de la atención a todos los niveles, ya sea en aspectos de prevención, de puerta de entrada del sistema y quizás de monitorización de la utilización, o concentrando su labor en la parte más moderada o leve de la respuesta a la dependencia.

Por lo demás, Departamentos de Salud y Bienestar unificados, debieran planificar desde la salud los servicios para el bienestar, y actuando si acaso a través del brazo ejecutor de una posible Agencia de Aseguramiento que cubriera las contingencias de salud, las discapacidades funcionales y las dependencias individuales. Para ello convendría articular un discurso profesional y de aseguramiento, y quizás dejando fuera los servicios sociales, que junto con la salud pública y otras cuestiones epidemiológicas ofrecen contenidos más universales ajenos a la lógica aseguradora.

Resulta necesario enfatizar la conveniencia de que los cuidados para la población dependiente se han de poner en el contexto horizontal de todas las políticas sociales. Y destacar la permeabilidad entre dichas políticas, especialmente cuando uno de los aspectos pretendidos políticamente de manera aislada resulta de imposible consecución en el corto plazo.

En lo que se refiere a los mecanismos concretos de coordinación, la coordinación relevante es la que se produce *ex ante* a la decisión, con la creación de foros de discusión en los que se anticipen en beneficios de todos los problemas de uno; difícilmente se consigue la coordinación deseada con tratamientos correctores *ex post*, con la decisión ya tomada, que son vistos en la mayoría de casos como imposiciones de la administración central. Existen por lo demás puntos de partida dispares, no directamente corregibles de modo fáctico o incluso no siendo ello deseable. En ningún caso la coordinación ha de suponer a este respecto una revisión al alza, de regresión a la media, carente de responsabilidad financiera, ya que ello puede acabar comprometiendo la sostenibilidad del conjunto del cuarto pilar.

Conviene sin duda reforzar el Consejo Territorial del SAAD como mecanismo cooperativo que conjugue diversidad y armonización en aras de la creación de un marco global de acción integrada entre las distintas administraciones públicas involucradas en la atención a dependencia, dotándolo de estructura técnica suficiente para afrontar adecuadamente el despliegue del SAAD en sus diferentes aspectos: desarrollo normativo, gestión de prestaciones, seguimiento, gestión de la información, etc.

Se considera conveniente por todo ello una coordinación inter-territorial más preventiva que correctiva de las actuaciones autonómicas, al estilo de la que impera en la Organización Nacional de Trasplantes.

Del estudio comparado se observa que en algunos casos quienes determinan las valoraciones son equipos de nuevo cuño, a veces se trata de redes formadas por consorcios de prestadores socio sanitarios ya existentes en el territorio, e incluso en un caso responde a una concertación privada con resolución pública. Por su parte a menudo las Comisiones, que han de traducir el baremo y propuesta del evaluador ratificando el Programa Individual de Atención a la vista de los servicios existentes, no revisan sistemáticamente los baremos sólo siendo establecido en algunas ocasiones un control de calidad de carácter aleatorio. Sin embargo, dichos controles parecen necesarios ya que si bien el baremo no tiene discrecionalidad como elemento de medición, su

aplicación sí puede generar efectos aleatorios dadas las bases de apreciación (“come solo”, “se puede levantar”, etc.). Bajo estrictos supuestos de profesionalismo los incentivos adquirirían ciertamente un papel limitado, pero que aumentan en su necesidad a falta de una consignación de presupuestos prospectivos propios a la función desempeñada. Sin un control sistémico de calidad, el coste hoy observado no puede considerarse sin más como referente del gasto efectivo de lo que pueda ser la necesidad de cobertura de dependencia, particularmente si se desea incorporar dicho coste a la financiación general de las Comunidades Autónomas vía Ley Orgánica de Financiación de las Comunidades Autónomas (LOFCA). Los incentivos a la baremación excesiva o el salto de niveles no encuentran por el momento en la participación financiera relativa de las tres partes en presencia (dos niveles administrativos y el propio beneficiario) un antídoto suficiente que frene la sobre calificación hoy observada. La falta efectiva de copagos en la mayoría de los casos y el interés de alguna Comunidad Autónoma de traducir el mayor gasto efectivo ‘inicial’ en recursos, ante la expectativa de la inserción de la financiación de la dependencia en el global de la financiación autonómica puede quizás hoy estar alimentando dicho proceso.

Sería necesario por todo ello el establecimiento de un sistema de control de calidad que establecido por la propia Comunidad sea exigible en su validación a requerimiento del Consejo Interterritorial. En caso de que se considere la inserción de la financiación de la dependencia en la autonómica general, tendría lógica que los diferenciales entre los valores parametrizados y los observados sean ratificados a partir de un fondo de reaseguro creado al efecto en el que el resto de Comunidades Autónomas ejerza el papel principal de supervisión.

En concreto, en materia de acceso ciudadano, servicios y prestaciones se consideran oportunas las siguientes mejoras:

La reforma del baremo debe ser abordada sin dilación en el 2010 con ocasión de la evaluación del SAAD con el fin de recoger de manera rigurosa las discapacidades cognitivas, la enfermedad mental y las enfermedades

orgánicas que generan episodios de gran dependencia. Además, ante la amplia diversidad e, incluso, excesivos plazos de tiempo en la resolución de la valoración y la definición del Programa Individual de Atención se considera necesario acortar tiempos en la resolución de la valoración y asignación de prestaciones con el fin de favorecer una efectiva materialización del derecho subjetivo a la promoción de la autonomía y la atención a la dependencia. Una carta específica de derechos ciudadanos debiera de reforzar su cumplimiento

Con toda seguridad lo más importante para la gestión de una demanda transparente y sometida a mecanismos de control de calidad es una composición profesional de los equipos de valoración equivalente, con cualificaciones similares (no necesariamente idénticas), así como la implantación de un mecanismo de control de calidad sistemático por parte de comisiones creadas ad hoc. En concreto, en relación con las denominadas “pasarelas”, y ante la constatación de su muy diversa utilización por parte de las Comunidades Autónomas, se propone que el Consejo Territorial defina, en base a un consenso técnico y político, los sistemas concretos de transición entre sistemas de valoración, de modo que se facilite a las personas los trámites de acceso a los diversos sistemas de protección que estas valoraciones suponen. Por lo demás, y a la luz del registro de evolución de personas valoradas y beneficiarias, sería oportuno que se encargue un estudio de revisión en profundidad de las previsiones hasta hoy consideradas de la población en situación de dependencia, particularmente del Grado III, así como de las causas que han producido una especie de ‘pirámide invertida’ dentro de dicho Grado. A este respecto se considera necesario una clara diferenciación entre el equipo de valoración y el equipo de asignación de recursos (Programa Individual de Atención). Ello ha de permitir enviar una señal de control desde el sistema de asignación de recursos al de valoración a la vez que el sistema de valoración incorpore el marco real de recursos existentes.

La libertad de elección de la persona a la que se ha reconocido una situación de dependencia, su participación en la asignación de las prestaciones, es una norma central de la LAPAD que se ha de preservar pese a las dificultades observadas (recursos limitados, mínimos controles de eficacia en la

intervención social, etc.). Se considera oportuna la mejora en el trámite de acceso a los recursos en las situaciones de transición entre la espera de concesión de un recurso solicitado previamente a la valoración y la asignación definitiva del PIA, de forma que no se produzcan distorsiones ni exclusiones que perjudiquen a la persona afectada. La eficacia de la atención de las personas beneficiarias exige un seguimiento de su evolución concreta a lo largo del tiempo así como de los posibles cambios que se puedan producir en su grado y nivel de dependencia y ajuste entre ésta y las prestaciones que recibe por parte del SAAD. Ello hace aconsejable la extensión normalizada en el conjunto del sistema del gestor del caso.

A la espera de la evaluación concreta del sistema de información (SISAD) sería necesario que el Consejo Territorial adopte acuerdos sobre el volcado y tratamiento de la información de forma que los ritmos en la gestión de los expedientes, la transparencia de la misma y la comparabilidad entre Comunidades Autónomas sean una realidad. En este sentido el SISAD debe generar información sobre el movimiento natural de la población (altas y bajas), así como diferentes indicadores de actividad y de impacto del sistema sobre las situaciones de dependencia. Finalmente, se considera necesario que se tenga en cuenta en el coste de las herramientas y procesos de gestión de la valoración y definición del Programa Individual de Atención y, en general, el coste de gestión del SAAD con el fin de que sea un elemento a incorporar en la financiación del sistema.

Atendiendo al respeto de la voluntad de las personas (que es prioritario preservar) y teniendo en cuenta el importante peso que están adquiriendo las prestaciones económicas más allá de lo inicialmente previsto, resulta necesario adoptar medidas que preserven la dedicación de los recursos económicos que se perciben al verdadero objeto al que deben ser destinados. Así, con el fin de mantener el respeto al espíritu de una ley que pretende ser de servicios, en el contexto descrito en el que ésta evoluciona, es imprescindible adaptar la cartera y la forma de prestación de los servicios a esta realidad. En este sentido, parece óptimo incluir en la modalidad de “cuidador informal”, servicios directos al cuidador (apoyo, formación, respiro,

etc.), y ejercer a la vez un control real y directo de la situación en la que se encuentra quien recibe el cuidado. En este punto aparece de nuevo un papel determinante del gestor del caso.

El modo en el que está establecido hoy el actual catálogo de servicios de la ley es demasiado generalista y no responde a los diversos perfiles de personas a los que se dirige, para los que no parecen haberse establecido opciones de atención posibles (lo que por otra parte facilitaría el cálculo de los costes de la atención por perfil de necesidad). En este sentido, se considera oportuno desarrollar con más precisión los catálogos de servicios, obedeciendo a la lógica: necesidades de apoyo versus servicios; por tanto ofreciendo una variabilidad de oferta y combinaciones a las personas en función de su situación de necesidad y de la posibilidades reales de atención que presenta su entorno. Para ello, se debiera migrar de identificar exclusivamente recursos (tales como “plazas residenciales”) para desmenuzar las carteras actuales, incluyendo la especialización por servicios en la definición de los recursos que esta cartera incluye. Cada persona debe recibir los servicios que mejor solucionan sus necesidades de apoyo, combinando y compatibilizando todos los que sean necesarios y oportunos. Por eso, sería deseable hacer compatibles los servicios que no son excluyentes entre sí, en la medida en que de dicha combinación surgen unas opciones de atención completas que permiten conseguir una mayor calidad de vida; y aplicar, en su caso, unas normas de copago que no penalicen esta posibilidad.

Viendo como crece la demanda de ayuda a domicilio, atendiendo a las preferencias de las personas por recibir atención en su propio hogar, siguiendo las tendencias internacionales más innovadoras en los programas de atención a la dependencia, parece oportuno el desarrollo, la regulación y la correcta financiación de la prestación de ayuda a domicilio que hoy ofrece una variedad de regulaciones, muchas de ellas locales, con respecto a profesionales, carteras de servicios, exigencias de calidad, etc. y naturalmente una gran diversidad de costes y tarifas. Aunque las Comunidades Autónomas son quienes deben liderar este proceso, los Ayuntamientos, responsables de esta prestación, deben tener también un papel importante. Y puesto que el

servicio se incluye en la cartera de la Ley, también en este marco su papel debe ser activo. Por lo demás, los Ayuntamientos deben ver reconocido el papel central que desempeñan como gestores de la Ley y en la promoción y desarrollo de la oferta de servicios sociales. Los servicios sociales de base tienen que contar para ello con los recursos (humanos, tecnológicos y económicos) adecuados. Su papel es fundamental en tanto prestadores de información y orientación, en tanto gestores del caso y responsables del Programa Individual de Atención y en tanto gestores de la oferta de servicios, especialmente en los servicios de prevención y ayuda a domicilio. En este sentido, si el SAAD ha de ser un verdadero sistema de promoción de la autonomía de las personas, es necesario que se desarrollen las prestaciones de promoción de la autonomía personal, especialmente dirigidos a los colectivos de personas con discapacidad y personas con enfermedad mental y los servicios de prevención de la dependencia, dando un papel relevante a los servicios sociales de base y a los servicios de atención primaria de salud en este acometido.

Finalmente, observando la necesidad de atención a la salud y de atención social que conllevan las situaciones de dependencia, es imprescindible reconocer la componente socio-sanitaria que debe incluir la oferta de servicios de atención a la dependencia y propiciar la evolución de las actuales redes hacia un modelo mucho más coordinado/integrado de atención.

Por otra parte, parece oportuno hacer aflorar la ocupación irregular enquistada en el sector, y a la que en la mayoría de los casos se remunera con la prestación familiar, y suministrar incentivos de formación y contratación. Un plan con medidas específicas a tal fin debe permitir la mejora de las condiciones de trabajo y el reconocimiento oficial de los cuidadores informales en los sistemas de seguridad social, una vez homologada su situación.

III

FINANCIACIÓN: El sistema general y las aportaciones del usuario.

Se observa al día de hoy un sesgo no previsto por la Ley contra la prestación en especie y en favor de la monetaria, así como desequilibrios notorios en materia de concertación a instituciones concertadas (a partir de un pago por tarifa) e instituciones propias (a presupuesto). La eliminación de ambas diferencias, pese a que pueda ser aconsejable no resulta hoy exigible a la vista de la autonomía competencial de las partes ni imponible centralmente. La pretensión de los prestadores privados de contar con un marco estable de financiación en función de una determinada población asignada –que garantice la recuperación de las inversiones efectuadas- o de unos mínimos de actividad a coste real de las entidades prestadoras no parece que sea hoy garantizable. La uniformidad del servicio garantizado a niveles medios en sus distintos aspectos no resulta compatible con el proceso descentralizador del que se han dotado los distintos pilares de bienestar de nuestro sistema social. La preferencia individual y la aportación del usuario en la financiación de los servicios no esenciales o periféricos debieran mantenerse aún al coste de aparentar una mayor diversidad.

Consideramos necesario por tanto mantener la autonomía aún a riesgo de lo que pueda aparentar una cierta falta de cohesión geográfica. No parece que la objetivación a través de parámetros de la actividad a financiar deba considerar los costes específicos observados en las formas de prestación de cada proveedor y Comunidad Autónoma.

Los servicios sociales de la dependencia deberían de formar parte de los servicios esenciales junto a la educación y sanidad, por lo que deberían integrarse en el paquete de la Ley Orgánica de Financiación de las Comunidades Autónomas (LOFCA).

Parecería lógica la integración de la financiación por cobertura de dependencia en la financiación autonómica, en torno a un único 'pool' compensatorio de base poblacional, corregido parcialmente con una fórmula similar a la utilizada

para la sanidad o la educación. Ello marcaría un “suelo” de destino de la financiación autonómica, complementable a su vez con otros recursos públicos o privados, pudiendo estos últimos incluir copagos diferenciados en función de la oferta existente, al estilo de los precios de referencia, equivalentes por convenio con los mínimos básico garantizados y libertad de elección.

No parece lógico que se determinen financieramente, y a nivel vinculante, todas las respuestas asistenciales (a demanda estimada, con oferta asistencial media, a coste unitario medio) cuando no existe una planificación preexistente que fije esta misma capacidad. Es por ello que dicha cifra se ha de entender como orientativa y ajustable a las necesidades o preferencias autonómicas.

Por consiguiente, sería oportuno que la financiación se base sobre una estimación global que fije “suelos”, sea asociable a los servicios básicos fijados y pueda complementarse con corresponsabilidad fiscal de la comunidad o individual del usuario.

Si bien es cierto, tal como hemos visto, que la preeminencia de las prestaciones económicas en detrimento de la prestación de servicios mediante estructuras determinadas afecta en particular a los prestadores privados que no encuentran de este modo un marco estable deseado, la participación con actividad predeterminada y financiada a tarifa lo más próximo esperable a sus costes reales. Sin embargo, esta pretensión no parece aceptable desde una posición que pretenda mantener o reforzar el apoderamiento individual y a su vez un pago por servicio, en el que pueda participar la iniciativa privada, a presupuesto cerrado.

Se considera necesario un escenario alternativo mayormente satisfactorio que podría consistir en avanzar en la estandarización de servicios, fijación de unos precios de referencia para éstos, y que tras la elección del beneficiario sean complementables con copagos directamente ingresables por los propios proveedores (incluidos aquí los públicos) para el tipo de servicios periféricos a los nucleares: copagos en este sentido evitables y por tanto tan eficientes como equitativos.

Por lo demás, son notorios los problemas asociados a la escasa clarificación de responsabilidades financieras entre Comunidades Autónomas, la Administración General del Estado y los usuarios en el copago. Entienden las primeras que la participación relativa de cada cual se debe de referir al total del gasto y no sólo de la nueva financiación. Así mismo, está resultando muy baja la participación de los usuarios, a la vista de como está formulándose los decretos relativos al copago.

Al respecto anterior, se considera oportuna la definitiva clarificación sobre la que deba ser la base de participación y que la Administración General del Estado asuma un esfuerzo financiero mayor al actual para mantener las previsiones que la propia Administración General del Estado hizo para la implementación de la Ley.

Convendría concentrar los recursos en la dependencia grave y severa cubriendo el máximo en este caso, pero restringiendo la calificación en los grados y niveles más elevados a lo estrictamente necesario y procurando que los presupuestos de este grado fuesen cerrados. Los presupuestos del resto de situaciones podrían ser más flexibles y sus prestaciones más limitadas. Las derivas de “calificación hacia arriba” que puedan cometerse en la fase de evaluación han de ser atajados si se quiere controlar el coste. La planificación financiera por niveles ha de hacerse con mucho cuidado para que no sobren recursos en un sitio y falten en otro.

Debería considerarse la eventualidad de proceder a una reforma de la Ley General de la Seguridad Social en el sentido de desligar las ayudas de tercera persona de la gran invalidez de la cuantía de la pensión ajustando, por tanto, la prestación económica a la necesidad valorada. Es más, debería considerarse, incluso, la posibilidad de suprimir las ayudas por tercera persona en el seno del sistema de pensiones de la Seguridad Social y transferir tales derechos, estimados en lo sucesivo con los baremos del SAAD, a un sistema único en el seno de este último. De hecho, algún tipo de integración entre el sistema de pensiones públicas y el sistema de dependencia sería deseable.

La Ley de Dependencia se basó en sus previsiones de financiación en unos fundamentos de actividad y coste que no han resultado realistas. A los déficits estructurales asociados a la estimación de las necesidades de financiación se suman hoy dificultades coyunturales añadidas sobre la capacidad pública de financiación en plena crisis de las finanzas públicas. Una reprogramación de la ley parecería adecuado (concentrando los esfuerzos en la dependencia grave y severa antes de entrar en la moderada, redefiniendo el núcleo básico de prestaciones para cada nivel, o incluso estableciendo un copago diferenciado según gravedad, grado y nivel de necesidad), aunque ello nos tememos que hoy no sea posible visto lo que establece la propia Ley en cuanto a sus tiempos de desarrollo.

Se considera oportuno para ello que se explore la posibilidad de mejorar la financiación hoy disponible sobre la base de las alternativas siguientes: (i) Aumentar el Impuesto sobre el Valor Añadido en entre 1 y 2 puntos porcentuales y/o aumentar la cesión de dicho impuesto a las Comunidades Autónomas afectando estos incrementos a la financiación de la dependencia. Este aumento podría ser transitorio mientras se constituyen capitales de seguro de dependencia. (ii) Crear un impuesto subyacente sobre el patrimonio a tipo único (ii) Aumentar el recurso a los impuestos generales (una contribución específica y generalizada sobre la renta mientras no existan mecanismos de aseguramiento alternativos); (iv) Establecer una cotización social adicional a la que ya existe para las pensiones, quizás capitalizándola en un fondo de seguro; (v) Primas regulares, propiamente dichas, a partir de una cierta edad a un seguro obligatorio de dependencia (equivalentes a cotizaciones); (vi) Prima única a los 65 años (o antes) para un seguro de dependencia (pagable contra patrimonio, o como parte de un esquema de hipoteca inversa); (vii) Eliminar la exención del copago sanitario (farmacéutico) a cambio de aumentar los recursos financieros para los futuros dependientes de cada generación; (viii) Establecimiento de una transferencia compensatoria asociada al mantenimiento del impuesto de sucesiones para una recaudación de unos mínimos prefijados.

Cabe destacar que la panoplia anterior de medidas que ofrece el análisis comparado se ha de valorar en las distintas coyunturas económicas, para las que cada una de ellas ofrece puntos fuertes y débiles, por lo que su valoración política se inscribe en un equilibrio complejo que se ha de resolver con el mayor acuerdo social posible, de modo que previsiblemente una combinación de medidas y de sacrificios entre usuarios y contribuyentes, más que una medida unívoca y excluyente, resulte lo más apropiado.

Por lo demás, más recursos son condición necesaria pero no suficiente para hacer sostenible el gasto que se asocia a la Dependencia. Más allá, por lo tanto, de las actuaciones micro que en el *iter* entre la solicitud y la determinación de la prestación ya se han mencionado, en el sentido de responsabilizar en mayor medida a sus agentes acerca de las consecuencias de sus decisiones, se requiere la fijación de una nueva estrategia de asignación macro, a partir de la financiación total disponible que alinee más correctamente los incentivos de las partes.

Para ello se considera oportuno que el centro de la lógica de la financiación pública coactiva y solidaria se sitúe en la parte mínimo- garantizado de las prestaciones, a costes medios del sistema (y no singulares) que responda a parámetros de utilización generales, que den valor a los puntos básicos baremados, y no a los outputs asistenciales de los proveedores respectivos. La traducción de los puntos básicos a costes debiera de permitir su reescalado a efectos de garantizar que los presupuestos globales a disposición de los servicios se mantienen cerrados.

Al margen de la financiación corriente, todo parece apuntar a la necesidad de redirigir la oferta existente de modo paulatino, con financiación selectiva que en ningún caso penalice a las Comunidades Autónomas que mayor esfuerzo hicieron en su momento.

En el sentido de lo anteriormente expuesto, los niveles conveniados debieran de orientarse exclusivamente a la inversión, evitando cualquier foro de discusión política de carácter anual, entendiéndolo alternativamente como

fondo de desarrollo, racionalización y reorientación de la oferta. Mantener en su caso las variables poblacionales con ponderación mayoritaria (94 por ciento) mientras el porcentaje restante quedaría centrado en parámetros redistributivos, con un techo máximo anual, y con recursos destinados siempre a reorientar los balances asistenciales de cada Comunidad Autónoma, que por definición siempre deben contar con infra o sobre dotaciones de sus medias propias respecto de la medias generales del Estado. En ningún caso parece que deban de instrumentarse fondos para bonificar copagos, excepto en el caso de dependencia grave y severa y si los hubiere.

Constatado lo anterior, todo lo complementable fuera del paquete básico garantizado estándar por niveles de necesidad y que se haya financiado con aportaciones evitables de los usuarios, iguales territoriales, primas comunitarias reguladas, aportaciones autonómicas en priorización de gasto o recargos fiscales *ad hoc* debieran sustraerse del debate de la cohesión territorial y la igualdad social, que tanto parece enmarañar en este momento las relaciones entre administraciones y entre ciudadanos de distintas Comunidades Autónomas. La diversidad es inevitable a la vista de la estructura de niveles de compromiso diferentes entre administración central y territorial, o entre la Comunidad y las provincias. Fuera de los servicios esenciales (*core services*), cuya definición no es en si misma sencilla a la vista de las categorías existentes (somáticas de salud; psicogerítricas; psiquiátricas; de discapacidades físicas, mentales y sensoriales) y su pluriafectación, el resto de contenidos suelen estar abiertos a complementariedades diferentes: no tanto en los que se expresan en cuidados médicos y hospitalarios, pero si en aquellos que tiene que ver con cuidados domiciliarios y de apoyo comunitario (descentralizado en provincias y municipios). Y si se consigue algunas veces la homologación de la prestación, aún queda abierta la disparidad de la práctica, dada la distinta elegibilidad de las condiciones de acceso.

En este sentido, se considera necesario incentivar desde la Administración General del Estado la inversión para garantizar equipamientos mínimos para cada Comunidad Autónoma, por la vía de las subvenciones condicionadas compensatorias a efectos de cubrir el déficit en equipamientos sin penalizar

relativamente (vía fondos de cobertura deficitarios excluyentes) a las Comunidades que en su momento hicieron los esfuerzos pertinentes y a su cargo, de mejora de sus infraestructuras. Asimismo, sería oportuno evitar por lo demás los incentivos otorgados desde la administración central a la inversión si no existe capacidad de financiación posterior del gasto corriente por parte de la Comunidad destinataria parece mayormente razonable.

Respecto al copago, consideramos que debería servir tanto para frenar el consumo innecesario como para apoyar a la financiación pública. También para concienciar a la población sobre la necesidad de planificar la financiación de contingencias de este tipo. Se aplicaría fundamentalmente para contingencias que no estuvieran en el “núcleo” de las prestaciones de dependencia o que, estándolo, no tuviesen alternativas o complementos. Hay que admitir, sin embargo, que la definición del núcleo es complicada, si éste es demasiado amplio el copago no sería muy efectivo. Los cuidados sanitarios, dentro de un caso de dependencia, no debería estar sometidos a copago, al menos mientras la sanidad en sentido estricto no lo esté tampoco. Los servicios complementarios (fuera del núcleo en cualquier caso y quizás otros) ya están por lo general cubiertos por el propio beneficiario, salvo en casos de carencia de recursos. Los servicios del módulo hotelero, salvo en caso de carencia de recursos (establecida en función de la renta, cuando el patrimonio sea difícil de estimar), sí deberían ser objeto de copago, pero no los servicios del módulo asistencial.

No parece justificable que en el marco de una norma que protege las situaciones de dependencia se instrumenten copagos para la gran dependencia; ni tampoco para un mismo núcleo de servicios en cualquiera de los diferentes niveles de cobertura; sí en todo caso para determinadas variantes asistenciales (fuera del núcleo básico, como para el caso de servicios hoteleros, o substitutivos de los privados en cualquier caso), y en caso de sufragarse éstos públicamente nunca debieran de establecerse sin compensar el esfuerzo del usuario. En este contexto, el copago responde a la señalización de una oferta diversa y tiene como función complementar financiación más que

moderar o reducir consumos. El copago, por otra parte, debería hacerse a un prestador de servicios de dependencia debidamente acreditado.

En general, tiene escaso sentido vincular copagos a la situación del usuario y no al servicio prestado. Y menos sentido tiene vincularlo a servicios en sus partes básicas, garantizadas, dependiendo de la renta y patrimonio del usuario que por definición con su renta y su ahorro más han contribuido y contribuyen a su sostenimiento. Por lo demás, parece una discriminación de escaso encuadre universalista y muy alejado de los incentivos al ahorro.

Sin perjuicio de que un sistema futuro de aseguramiento acabe facilitando de manera eficiente la conversión de patrimonios en flujos de renta vitalicia, sería conveniente que, en términos generales, cuantos más puntos básicos conformen el baremo, menor penalización de copagos debiera imponerse; cuanta más diferencia entre costes específicos de servicios y tarifas de referencia, más copagos; cuanto más alejado funcionalmente esté el servicio del núcleo garantizado (servicios complementarios) más aportación potencial de usuario; cuanta mayores sean los aspectos utilitaristas y menores los aspectos objetivables de la efectividad diagnóstica y terapéutica de la prestación, mayor aportación esperable por parte del usuario, y finalmente, cuanto más substitutivos sean los servicios de los puramente privados (hoteleros), más copagos se podrían instrumentar.

Ni las rentas de la familia ni de los individuos, otras que la pensión, debieran considerarse en el momento de modular el derecho de acceso. Si se identifica la necesidad de servicios y la pensión es insuficiente, el argumento en favor de la financiación con cargo a los contribuyentes debe primar a la penalización del ahorro (rentas de capital o patrimonio). En lo que atañe a la utilización del patrimonio para la financiación de los cuidados de dependencia existen opciones diferentes:

- i) no contabilizarlo en el momento de acceso al servicio pero sí en el momento de la donación o herencia, cuantificando el coste de los servicios de los que se ha beneficiado el causahabiente sin haber participado en su financiación, o

- ii) considerarlo a efectos de compensar un mejor acceso o igual acceso, o a contenidos de servicios diferenciables.

No parece por lo demás lógico que los evaluadores discriminen negativamente, como susceptibles de grados menores de atención a su necesidad, aquellos beneficiarios potenciales que ya por su cuenta y riesgo adaptaron en el pasado sus viviendas; se trata de esfuerzos individuales a compensar más que no a discriminar negativamente.

Sería oportuno por tanto la generalización del copago sólo para servicios periféricos, a redimir en su caso con el patrimonio legado, o condonando el sector público la deuda, finalmente, en su falta de pago, para aquellos colectivos de baja capacidad económica.

Cabe constatar también que las actuaciones públicas con efectos de segunda ronda acostumbran a desequilibrar el terreno de juego de la elección individual. La utilización de ayudas condicionadas en su cuantía y destino ofrecen múltiples posibilidades de generar distorsiones en la elección individual (así en el mantenimiento de cuidados informales o en su alternativa institucional). En la medida en que estas son queridas, se ha de fundamentar su efectividad sobre la base de que la ganancia colectiva que suponen rebasa las disfunciones individuales que provocan: así, entre institucionalizar o no a un dependiente, a la vista del devengo de derechos por contar con ayuda o no de familiares, según convivencia en pareja o en soledad, se disponga de patrimonio nominado o no, se paguen servicios hoteleros no asistenciales de acuerdo al régimen de acceso (crónico sanitario o asistencial), etc. Son todas ellas distorsiones potenciales que sólo se justifican en la medida que se hayan podido objetivar como deseables y se puedan evaluar en su cumplimiento esperado (efectos de segunda ronda, evitando distorsiones del estilo de las compraventas patrimoniales ficticias, falseamiento de empadronamientos, influencias administrativas, etcétera).

Por último, para finalizar, y de modo genérico, consideramos necesario pensar la reforma de la Ley más a partir de su operativa real y efectiva, a la vista de los

objetivos y a tenor de las experiencias derivadas de su desarrollo, que desde la hermenéutica de su articulado.

A la vista de lo expuesto estimamos oportuno realizar las siguientes recomendaciones generales:

1. En relación con el proceso de entrada en el SAAD:

- Reformar del baremo con el fin de recoger y ponderar de manera rigurosa las discapacidades cognitivas, la enfermedad mental y las enfermedades orgánicas que generan episodios de gran dependencia.
- Acortar tiempos en la resolución de la valoración y asignación de prestaciones y la difusión de las mejores prácticas en la materia.
- Asegurar una composición profesional de los equipos de valoración equivalente, con cualificaciones similares, no necesariamente idénticas, así como la realización de un control de calidad sistemático por parte de comisiones *ad hoc*.
- Definir los sistemas concretos de transición entre sistemas de valoración, de modo que se facilite a las personas los trámites de acceso a los diversos sistemas de protección que estas valoraciones suponen.
- Revisar en profundidad de las previsiones de la población en situación de dependencia, particularmente del Grado III, así como de las causas que han producido hasta recientemente una pirámide invertida dentro de dicho Grado.
- Diferenciar claramente entre el equipo de valoración y el equipo de asignación de recursos.
- Respetar la libertad de elección de la persona a la que se ha reconocido una situación de dependencia y su participación en la asignación de las prestaciones.
- Mejorar el trámite de acceso a los recursos en las situaciones de transición entre la espera de concesión de un recurso solicitado previamente a la valoración y la asignación definitiva del Programa Individual de Atención.
- Extensión normalizada en el conjunto del sistema del gestor del caso para un seguimiento de las personas beneficiarias a lo largo del tiempo.

- Ampliar la información del Sistema de Información del SAAD, no sólo a información sobre el movimiento natural de la población en situación de dependencia reconocida (altas y bajas), sino también a indicadores de actividad y de impacto del sistema sobre las situaciones de dependencia.
- Evaluar el coste de gestión del SAAD con el fin de que sea un elemento a tener en cuenta en la financiación del sistema.

2. En cuanto a los servicios y prestaciones del SAAD:

- Adoptar medidas que preserven la dedicación de los recursos económicos que se perciben al verdadero objeto al que deben ser destinados.
- Adaptar la cartera y la forma de prestación de los servicios a esta realidad, incluyendo servicios directos al cuidador (apoyo, formación, respiro, etc.) en la modalidad de “cuidador informal” y ejerciendo un control real y directo de la situación en la que se encuentra quien recibe el cuidado.
- Mejorar las condiciones de trabajo y y el reconocimiento oficial de los cuidadores informales en los sistemas de seguridad social, una vez homologada su situación.
- Desarrollar con más precisión los catálogos de servicios sobre la base de las necesidades de apoyo que las personas requieren y de la voluntad de cómo ser atendido que manifiestan.
- Compatibilizar los servicios que no son excluyentes entre si, en la medida en que de dicha combinación surgen unas opciones de atención completas que permiten conseguir una mayor calidad de vida; y aplicar, en su caso, unas normas de copago que no penalicen esta posibilidad.
- Ampliar la cartera actual de recursos con una más amplia gama de recursos alternativos al hogar en este entorno comunitario (en línea con lo que existe en otros países europeos) y flexibilizar los servicios ofrecidos en los ya existentes.
- Desarrollar, regular y financiar correctamente la prestación de ayuda a domicilio

- Reconocer el papel central que desempeñan los ayuntamientos como gestores de la Ley y en la promoción y desarrollo de la oferta de servicios sociales.
- Desarrollar tanto los servicios de promoción de la autonomía personal (especialmente dirigidos a los colectivos de personas con discapacidad y personas con enfermedad mental) como los servicios de prevención de la dependencia.
- Reconocer la componente socio-sanitaria que debe incluir la oferta de servicios de atención a la dependencia y propiciar la evolución de las actuales redes hacia un modelo mucho más coordinado/integrado de atención.

3. Respecto a la cooperación, la información, la coordinación y la integración:

- Reforzar el Consejo Territorial del SAAD como mecanismo cooperativo entre las distintas administraciones públicas involucradas en la atención a dependencia, dotándolo de una estructura técnica suficiente y incrementar su capacidad regulatoria e integradora.
- Asegurar que el Consejo Territorial del SAAD y el Consejo Interterritorial de Salud acuerden criterios comunes de coordinación que puedan servir de base para regulaciones posteriores de las Comunidades Autónomas.
- Establecer convenios plurianuales de colaboración público/privado para la provisión de servicios de atención a la dependencia y con organizaciones no gubernamentales, con foros en los que se intercambien experiencias y se establezcan directrices comunes de buenas prácticas que garanticen la calidad de los servicios prestados.
- Promover e impulsar un modelo de base territorial de proximidad, con modulación en función de cada realidad en cada Comunidad Autónoma, basado en la coordinación, contemplando dicho modelo en la financiación territorial (autonómica) y local, y en los aspectos organizativos e institucionales (Departamento/s responsable/s).
- Mejorar la coordinación interadministrativa, la integración sociosanitaria, la acreditación de la calidad, la atribución de las prestaciones y la

- Clarificar los papeles de los diversos niveles profesionales que intervienen (especialmente de los equipos territoriales de servicios sociales de base) y dimensionar sus efectivos de acuerdo a la actividad real que deban realizar.
- Clarificar los marcos competenciales y las responsabilidades financieras entre las distintas administraciones implicadas a escala regional.
- Mejorar la articulación de los aspectos médicos de los cuidados de larga duración con los sanitarios asistenciales.
- Imbricar los cuidados para la población dependiente el conjunto de todas las políticas sociales.

4. En relación a la financiación del SAAD:

- Concentrar los recursos en la dependencia grave y severa cubriendo el máximo en este caso, pero restringiendo la calificación en los grados y niveles más elevados a lo estrictamente necesario y procurando que los presupuestos fuesen cerrados.
- Reformar la Ley General de la Seguridad Social para desligar las ayudas de tercera persona de la gran invalidez de la cuantía de la pensión ajustando, por tanto, la prestación económica a la necesidad valorada.
- Integrar la atención a la dependencia en el paquete de la Ley Orgánica de Financiación de las Comunidades Autónomas (LOFCA), asegurando la sostenibilidad financiera a largo plazo podría bien mediante el aumento de la cesión parcial a las Administración General del Estado de la recaudación líquida por el Impuesto sobre el Valor Añadido en sus territorios y por Impuestos Especiales o bien mediante el establecimiento de nuevas cotizaciones sociales similares a las de la Seguridad Social.
- Considerar las siguientes alternativas de financiación:
 - i. Elevar la cesión del Impuesto sobre el Valor Añadido a las Comunidades Autónomas afectando estos incrementos a la financiación de la dependencia y/o asignar también total o parcialmente una eventual subida de uno o dos puntos del tipo

- ii. Crear un impuesto subyacente sobre el patrimonio a tipo único. Esta medida puede ser el preludio a un enfoque más integral sobre el uso de patrimonios personales para la planificación financiera de la dependencia.
- iii. Aumentar el recurso a los impuestos generales.
- iv. Establecer una cotización social adicional a la que ya existe para las pensiones, quizás capitalizándola en un fondo de seguro. En contra juega el hecho de que la fiscalidad del trabajo es ya muy elevada en España y, además, vincularía la financiación de la dependencia a la actividad laboral y profesional (autónomos) aunque con incidencia especialmente aguda sobre los asalariados. A cambio, el mecanismo recaudatorio y facilidad de gestión están garantizados; finalmente.
- v. El uso de primas regulares, propiamente dichas, a partir de una cierta edad, a un seguro obligatorio de dependencia (equivalentes a cotizaciones).
- vi. El establecimiento de una prima única a los 65 años (o antes) para un seguro de dependencia (pagable contra patrimonio, o como parte de un esquema de hipoteca inversa), y finalmente.
- vii. Eliminar la exención del copago sanitario (farmacéutico) a cambio de aumentar los recursos financieros para los futuros dependientes de cada generación.

Estos elementos, que tendrían la consideración de ingreso afectado (destinándose su recaudación expresamente a la financiación a la atención a la dependencia), podrían servir la creación de un Fondo de Suficiencia de la Dependencia.

- Integrar la financiación privada de la dependencia en el conjunto del sistema. Más allá del copago, los individuos deberían poder optar instrumentos privados de cobertura tales como hipotecas inversas o los seguros privados de dependencia.

**INFORME FINAL DEL GRUPO DE
EXPERTOS PARA LA EVALUACIÓN
DEL DESARROLLO Y EFECTIVA
APLICACIÓN DE LA LEY 39/2006 14 DE
DICIEMBRE DE PROMOCIÓN DE LA
AUTONOMÍA PERSONAL Y ATENCIÓN A
LAS PERSONAS EN SITUACIÓN DE
DEPENDENCIA**

**Tercera parte:
Consultas efectuadas**

Septiembre de 2009



Prólogo

En este documento se presenta un análisis de los resultados de las consultas efectuadas a las distintas partes implicadas en la gestión o en el uso del Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD).

Los miembros de la Comisión se pusieron en contacto con representantes de las Comunidades Autónomas y Ayuntamientos, Entidades Sociales y Agentes Sociales con el fin de poder contar con la máxima información posible sobre las dificultades y aciertos con los que se encuentra la aplicación de la LAPAD, solicitándoles, no solamente información relevante para poder emitir nuestro informe, sino también su opinión al respecto.

Para ello, elaboramos unos guiones que enviamos a sus representantes, con la intención de seguir una pauta que nos permita recopilar ordenadamente la información requerida. En algunos casos, tuvieron lugar además entrevistas personales en las que se repasaron punto por punto los temas objeto de consulta.

Queremos expresar nuestro agradecimiento a las personas y entidades que han colaborado con nosotros respondiendo en el plazo previsto a las consultas efectuadas.

1.1. INTRODUCCIÓN

Este apartado resume las respuestas de las Comunidades Autónomas al cuestionario que les hemos remitido (adjunto) en el que les pedimos que nos den cuenta de sus principales problemas y dificultades en estos dos años de implantación de la Ley.

A modo de resumen final, una de ellas ha escrito el siguiente texto:

“La entrada en vigor de la conocida como Ley de la Dependencia ha supuesto un reto ineludible a las Administraciones Públicas responsables de su aplicación, que hemos debido hacer un importante esfuerzo de adecuación de medios humanos y materiales para materializar los derechos que reconoce al colectivo de ciudadanos al que va dirigida

Sin duda estamos ante una nueva realidad en el sistema de prestación de servicios sociales, al elevar a la categoría de derecho la prestación de estos servicios siempre y cuando a una persona se la reconozca como dependiente en alguno de los grados y niveles que marca la ley. Es decir, hasta ahora la Comunidad Autónoma ordenaba el acceso a los servicios sociales teniendo en cuenta sus recursos. Desde la entrada en vigor de la ley y el establecimiento de este derecho para el ciudadano, debe dar respuesta necesariamente a los mismos, bien sea mediante la prestación de un servicio o, en todo caso, a través del reconocimiento de una prestación económica.

La Exposición de Motivos de la Ley establece que la financiación de la misma será “estable, suficiente, sostenida en el tiempo y garantizada mediante la corresponsabilidad de las Administraciones Públicas”. Así, en primer lugar, la Administración General del Estado garantizará la financiación a las Comunidades Autónomas para el desarrollo del nivel mínimo de protección para las personas en situación de dependencia. En segundo lugar, la Ley contempla un régimen de cooperación y financiación entre la Administración

General del Estado y las Comunidades Autónomas mediante convenios, en los que se establecerá la financiación que corresponda a cada Administración y en los que “la aportación de la Comunidad Autónoma será, para cada año, al menos igual a la de la Administración General del Estado”; es el llamado nivel de protección acordado. Y, por último, se prevé que los beneficiarios contribuyan económicamente a la financiación de los servicios de forma progresiva en función de su capacidad económica.

La Comunidad Autónoma de (...) no tiene recursos propios ni capacidad para generar nuevos tributos con los que afrontar estas obligaciones. Por lo tanto, la financiación que le corresponde asumir para garantizar estos nuevos servicios debiera provenir necesariamente de una transferencia de recursos desde la Administración General del Estado.

El principio de lealtad institucional exige que la imposición de nuevas obligaciones a las Comunidades Autónomas lleve aparejada el correspondiente traspaso de recursos por parte del Gobierno Central, de manera que la Comunidad Autónoma pueda hacer frente a estos nuevos compromisos sin poner en riesgo la continuidad en la prestación de la cartera de servicios dispensados a este momento por la Comunidad.

En todo caso estamos ante la apuesta en lo social más relevante del presente y del futuro próximo. Una apuesta que debemos ver con optimismo, pero que hay que asentar sobre pilares consolidados. Sin duda asegurar la financiación y hacer sostenible el sistema es nuestro principal reto. Junto a él, la agilización de los procedimientos y el conseguir una herramienta informática potente ayudarán a conseguir el objetivo. Por lo tanto y como conclusión, se considera conveniente instar una revisión del sistema de financiación, en el que sean valoradas las nuevas obligaciones que la entrada en vigor de la Ley de la promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia ha supuesto para las Comunidades Autónomas en la seguridad de que con ello podremos dar salida a las expectativas que en todos nosotros han depositado una parte muy importante de los ciudadanos de este país “.

En opinión de las Comunidades Autónomas, el principal problema con el que se enfrenta la implantación de la ley es el que resume el texto transcrito: las dificultades relativas a la financiación.

Lo resaltan la práctica totalidad de las Comunidades Autónomas que han respondido al cuestionario manifestando sus opiniones y trasladándonos los principales problemas con los que se encuentran.

Sin embargo, nuestras preguntas iban dirigidas a indagar sobre todos los aspectos que a nuestro entender condicionan la implantación de este nuevo derecho. Así, hemos podido comprobar las importantes dificultades en la gestión de un sistema que es opinión general considerar que empezó precipitadamente y sin una sólida base sobre la que establecerse.

La falta de normativa básica, la imprevisión de las herramientas , la falta de recursos técnicos y humanos para la gestión, el establecimiento de procedimientos complejos y encorsetados en el acceso al sistema, la falta de perspectiva en la implicación del sistema de salud, la dificultad para desarrollar una cartera completa de servicios, por referir los aspectos más comúnmente citados, han hecho que en estos dos años en los que la Ley ha empezado a ser más que el reconocimiento de un derecho sobre un papel, los diversos sistemas de servicios sociales existentes en cada Comunidad Autónoma hayan resuelto con una variabilidad enorme y con mayor o menor fortuna, la formulación de respuestas adecuadas y eficientes a los ciudadanos.

Queremos resaltar también, que las Comunidades Autónomas que han atendido nuestra petición, han expresado que la existencia del reconocimiento del derecho ya es un paso de gigante para el sistema de protección social y supone un importante impulso para los servicios sociales.

Así mismo, ha sido general la opinión que considera que el tiempo de vida de la Ley es todavía corto, algo que juega a favor para introducir los cambios de rumbo oportunos con el objetivo de enmendar buena parte de los problemas que se detectan. Además del mencionado modelo de financiación, aspectos

tales como la regulación del copago, la implicación del sistema de salud, la compatibilización de prestaciones y en general restar rigidez a la norma, la adaptación del baremo de valoración a colectivos específicos, la simplificación de procesos, etc. se resaltan una y otra vez como propuestas de mejora a abordar.

Resumimos a continuación los aspectos destacados de cada una de las cuestiones consultadas a las Comunidades Autónomas referidos a: la gestión de la demanda, la oferta de servicios, las herramientas y recursos para la gestión y la financiación.

1.2. CONCLUSIONES

Todas las Comunidades Autónomas que han contestado el cuestionario han valorado muy positivamente la existencia de la Ley y el reconocimiento de derechos que supone.

Sin embargo, observando la realidad que cada una de ellas dice tener, tenemos que destacar la gran variedad que se da en el modelo, la velocidad, la eficiencia y puede que también en la voluntad o capacidad real de aplicación de una nueva ley que ha supuesto para todas un desafío importante.

Así:

- o La utilización de sistemas de información propios o la utilización exclusiva del SISAAD o de ambos sistemas a la vez
- o La relación entre población de la Comunidad Autónoma sobre el número de valoradores contratados va de 54.850 personas a 4.876 por valorador, observándose que ello no tiene relación directa con la eficiencia en la realización de la actividad de valoración. El número de valoraciones por valorador/día va de 1,5 hasta 6, sin existir relación directa entre mayor número de valoradores-mayor eficiencia.
- o Los meses de trámite de todo el proceso que va desde 3 hasta más de 12.

Por otra parte, se dan Comunidades Autónomas en las que la implicación del sistema de salud es total, otras en las que ni siquiera existe una coordinación. Unas en las que los servicios sociales de base son una pieza central y otras en las que ni siquiera reciben información de los casos que el sistema reconoce.

Ante tal variedad, el sistema, entendido como único, se antoja hoy por hoy inexistente y no se observa un liderazgo único que marque pautas en su construcción. De facto, las competencias para ello son exclusivas de cada Comunidad Autónoma, y en cada Comunidad, la situación real de los servicios sociales sobre los que éste se desarrolla es muy dispar.

La nota positiva la pone la unánime voluntad de mejora y la predisposición positiva de todas las Comunidades Autónomas, que nos hace intuir que es un buen momento para la adopción de las mejores prácticas que se han comprobado en cada realidad, con la obertura de miras suficiente que permita cambiar lo que no funciona y corregir aquellos aspectos que se demuestran del todo ineficientes en el marco legal y operativo definidos. Así, se enumeran muchas propuestas de mejora: revisar los sistemas de información, adoptar acciones proactivas de información dirigidas a los ciudadanos, controlar la aplicación uniforme del baremo, etc. *(se citan textualmente en los apartados siguientes de este anexo).*

A ello, nosotros nos atrevemos a añadir la necesidad de revisar y cuestionar modelos y procesos de gestión que no están siendo lo eficientes que se espera de ellos, tomando como referencia aquellos que están funcionando adecuadamente, sea en parte o sea en su totalidad.

1.3. METODOLOGÍA SEGUIDA

- El cuestionario ha sido enviado a todas las Comunidades Autónomas y Diputaciones Forales durante los meses de abril y mayo del 2009, a excepción de Galicia por estar en pleno proceso electoral y posteriormente de cambio de Gobierno.

- El envío ha sido realizado directamente vía correo electrónico a los responsables políticos de las Consejerías competentes en materia de dependencia (Consejero/a, Director/a General).
- En algunos casos en los que ha habido ocasión, se han realizado entrevistas directas a los responsables, por lo que las respuestas han sido recogidas a partir de una conversación. Ello hace que se de alguna laguna en aspectos concretos que la respuesta escrita, en cambio, sí ha podido recoger con exactitud.
- Las respuestas obtenidas han sido 14, correspondientes a las siguientes Comunidades Autónomas¹:

1	Andalucía
2	Baleares
3	Bizkaia
4	Canarias
5	Cantabria
6	Castilla La Mancha
7	Castilla y León
8	Catalunya
9	Gipuzkoa
10	La Rioja
11	Madrid
12	Murcia
13	Navarra
14	Valencia

¹ El uso del término “Comunidades” en el texto del presente informe se refiere a las Comunidades que han contestado el cuestionario e incluye a las dos Diputaciones Forales que también lo han hecho.

Así mismo, se ha mantenido conversación al respecto con dos grandes Ayuntamientos (Barcelona y Madrid), la opinión de los cuales se ha tenido en cuenta en los aspectos tratados en el informe.

- Las respuestas obtenidas han sido resumidas en base a los apartados del cuestionario. En unos casos han sido más claras que en otros, por lo que este resumen no debe interpretarse como el reflejo de hechos comprobados ya que es la visión transmitida por cada comunidad o diputación que ha contestado el cuestionario.
- El cuestionario plantea cuatro grandes apartados sobre los que se ha pedido información y opinión a las Comunidades Autónomas, siguiendo en todos los casos el mismo esquema: descripción de la situación, principales problemas y dificultades, y propuestas de mejora. Los apartados son:
 - o LA DEMANDA: Información sobre el acceso al sistema, la gestión para el desarrollo y emisión de las valoraciones y de los dictámenes (PIAs).
 - o LAS HERRAMIENTAS DE GESTIÓN utilizadas para la gestión de la demanda
 - o LA OFERTA: Información sobre la oferta pública de servicios y prestaciones, su grado de desarrollo y los costes
 - o LA FINANCIACIÓN: opinión respecto al actual modelo que la Ley establece y la aplicación del mismo.
 - o OPINIÓN DE SÍNTESIS FINAL :
 - Principales problemas y dificultades que se observan en la implantación del SAAD.

- Aspectos considerados más positivos y resaltables del SAAD.
- Aspectos que cambiaría y cómo.

1.4. SÍNTESIS DE LAS RESPUESTAS RECIBIDAS

1.4.1 SOBRE LA GESTIÓN DE LA DEMANDA

1.4.1.1. Personas: solicitudes y perfiles:

- En muchas Comunidades Autónomas la demanda real de solicitudes de reconocimiento del derecho a la atención que la ley regula ha superado ampliamente las previsiones hechas. Y lo que podía parecer una avalancha inicial, sigue manteniéndose hoy, observándose en algunos casos incluso un incremento de la misma.
 - De las respuestas recopiladas solamente una Comunidad ha recogido menos demandas de las previstas y otra considera la demanda recibida acorde con las previsiones hechas. En nueve casos manifiestan que la demanda ha sido superior o muy superior y en cuatro casos no se ha contestado explícitamente esta cuestión.
- Algunas comunidades destacan el importante número de solicitudes que no se corresponden con el perfil (grado y nivel) al que se le puede otorgar el derecho en cumplimiento de los plazos que la ley marca. Dicho de otra manera: se realiza muy poca orientación previa a los ciudadanos y el sistema tiene que asumir un desgaste importante por falta de un cribaje inicial de las personas que tendrán derecho a recibir atención. Solamente en un caso se realiza una acción proactiva de revisión de la situación previa a la presentación de la solicitud que ha dado como fruto la desestimación del 14 por ciento de los casos por no presentar los requisitos exigidos.
- Así mismo, son numerosas las ocasiones en las que se menciona como problema la presentación de solicitudes incompletas, algo que entorpece

y dilata los tiempos de trámite. Ello refuerza una de las tesis más expresadas: la utilización política de la ley y la precipitación en su puesta en marcha. Solamente una comunidad ha montado un servicio específico de información presencial, telefónico y divulgativo. Otra comunidad menciona una importante campaña de divulgación e información en el momento de poner en marcha la Ley.

- Se ha manifestado en numerosas ocasiones la sorpresa por la gran cantidad de personas reconocidas con el grado III nivel 2 de dependencia en determinadas Comunidades. Es un sentir expresado en más de una respuesta que ello responde a criterios diversos en la aplicación del baremo. No se comprende, en otro caso, que la desproporción de personas con gran dependencia entre las comunidades sea tan dispar.

1.4.1.2. Modelos de gestión de la demanda:

- Se dan diversos modelos conceptuales y organizativos en la gestión de la demanda en las distintas Comunidades. Priman aspectos diversos, entre los que destacan:
 - o La concepción sociosanitaria que se da en algunos casos frente al total desconocimiento y falta de relación entre los sistemas de servicios sociales y salud. En medio se sitúan aquellos que realizan acciones puntuales de colaboración entre ambos sistemas.
 - o La centralización de la gestión en manos de la Comunidad –y por tanto de un mismo agente en las distintas fases de gestión del proceso– en algunos casos, frente a los modelos en los que intervienen hasta cuatro agentes de diversas organizaciones y niveles de administración distintos.
 - o La base territorial de algunos modelos en los que los municipios realizan un papel determinante en la relación con las personas,

frente a aquellos en los que se da una mínima implicación de los municipios.

- Es común la observación y la preocupación por la saturación que están viviendo los servicios sociales de base, puerta de entrada en la gran mayoría de comunidades de las solicitudes de valoración, aunque en algunas comunidades se hayan reforzado sus efectivos de un modo importante. Cabe resaltar que en algunos casos, estos servicios no son tenidos en cuenta en prácticamente ningún momento del proceso, solamente al inicio y al final del mismo, en el que se les deposita la responsabilidad del seguimiento del caso. En cambio, en otros modelos los servicios sociales de base ejercen un papel destacable en diversos momentos del proceso y se configuran como la principal figura profesional de referencia.
- Existe una importante expectativa respecto a conseguir una mayor implicación de los servicios de salud en el reconocimiento de las situaciones de dependencia. Solamente en una comunidad tienen un papel activo en relación a esta actividad, asumiéndola directamente desde los centros de salud. No se comprende, y así se manifiesta en más de una ocasión, como existiendo un sistema que posee amplia información respecto al solicitante, su estado de salud y las necesidades que éste le ocasiona, no se esté dando una coordinación efectiva que facilite la recogida de datos y evite duplicidad y exceso de gestiones para el mismo usuario. La coordinación de los sistemas de salud y servicios sociales se reivindica ya en este momento inicial del proceso de reconocimiento de la situación de dependencia. En algunas Comunidades ya se está llevando a cabo a partir de la voluntad de coordinación entre ambos sistemas.

1.4.1.3. Recursos y eficiencia:

- Estas diferencias son también muy visibles en la dotación de recursos para la gestión de la demanda.

Los recursos técnicos y los recursos humanos empleados son muy dispares. Llama la atención el número de profesionales contratados en relación a la población a atender que difiere en gran manera. El perfil de los valoradores es variado, en algunos casos se han reforzado los equipos de los servicios sociales municipales, en otros no. Hay casos en los que se cuenta con equipos de valoración independientes de los que elaboran el plan individual de atención (PIA), otros en los que se implican los servicios de salud, incluso un caso en el que se ha creado un equipo dedicado a la valoración de la situación económica del solicitante. En cualquier caso, no se observa una relación directa entre equipos humanos y resultados de gestión (por ejemplo en plazos de trámite).

- Así pues, la eficiencia en la gestión de la demanda es muy dispar. Sin embargo no parece tener una relación directa con el modelo conceptual desarrollado, sino que parece que guarda relación muy especialmente con las estructuras creadas o puestas en marcha y con la organización de los procesos definida.

Plazos de trámite de las solicitudes de valoración que van de los tres a los doce meses; en unos casos prácticamente el 100 por cien de las solicitudes tramitadas, en otros no más del 40 por ciento; valoraciones por valorador-día que oscilan de 1,5 a casi 6.... Pero los que mayor efectividad logran no parecen ser los mejor dotados en efectivos.

Se observan grandes diferencias en los procesos de gestión que se han diseñado en las Comunidades, que en algunos casos casi llegan a ser tortuosos. Organizaciones casi lineales en las que el trámite es simple y rápido de una parte y organizaciones muy complicadas en las que el

trámite es un recorrido complicado y lento de resultados claramente mejorables.

A ello hay que añadirle los requerimientos a los ciudadanos: Se dan extremos que van de quien prácticamente no exige documentación porque es la administración quién recoge la información pertinente -se ha llegado a crear en una Comunidad un equipo de valoración de la situación económica que complementa los equipos de valoración de la dependencia- hasta quién encalla todo el proceso en completar las solicitudes con documentación complementaria.

Este es un aspecto que debería analizarse a fondo porque implica una importante cantidad de recursos económicos que no se traducen en efectividad ni en mejora de la calidad del servicio que se da a las personas.

- Los sistemas de información son una preocupación recurrente en la práctica totalidad de las Comunidades. De las trece respuestas a esta cuestión recogidas de las Comunidades, una utiliza únicamente el SISAAD, cuatro utilizan el SISAAD complementado con aplicativos propios y ocho utilizan su propio sistema. Algunos de los que no lo utilizan lo consideran una herramienta exclusivamente de control, incapaz de explotar los datos que recoge. Quienes lo utilizan mencionan quejas importantes en su funcionamiento (lento, incompleto, etc.), si bien también comentan los importantes avances que se van realizando para su mejora. Esta variabilidad implica una falta clara de herramientas comunes y de información, base para la construcción de un sistema.

1.4.1.4. Financiación de la gestión de la demanda:

- Se reivindica con especial empeño los numerosos gastos que ocasiona la gestión de la demanda y su inclusión en la contabilización de los costes que genera la aplicación de la Ley para su posterior contabilización en el modelo de financiación. Incluyen desde los

recursos humanos, base de esta acción, hasta los sistemas de información que deberían sostener la actividad profesional y son muy elevados (cifras que van de 1 a 20M€/año).

1.4.1.5. Propuestas de mejora

En relación a la gestión de la demanda, las propuestas de mejora recogidas versan sobre los mismos aspectos, aunque implican distintos enfoques. Algunas de ellas sorprenden puesto que de hecho, aplicarlas está en manos de la propia comunidad. Con la voluntad de transcribirlas lo más fielmente posible pero de un modo ordenado, las hemos agrupado por aspecto al que se refieren.

Literalmente son:

- ❖ Revisar y definir el Modelo actual:
 - Ir a un modelo de valoración de grado y nivel de dependencia y emisión de dictamen técnico, basado en la proximidad en el territorio y en el conocimiento previo de la situación de la persona dependiente, que hace necesaria la participación de los sistemas comunitarios de salud y de servicios sociales.

- ❖ Mejorar la información a los ciudadanos:
 - Realizar campañas de información ajustadas a la realidad
 - Establecimiento de buenos sistemas de información y asesoramiento presencial, telefónicos y vía Internet.

- ❖ Modificar – adecuar la norma:

- Modificar la normativa actual que regula el procedimiento del reconocimiento de la situación de dependencia y del derecho a las prestaciones del Sistema en aras a conseguir una mayor agilidad en la gestión de los expedientes.
- Simplificar algunos procedimientos como unificar la resolución de grado y nivel con la que establece el PIA
- Flexibilizar la norma y dar mayor autonomía para la gestión.

❖ Mejorar la gestión:

- Reducir los plazos de acceso a prestaciones y servicios por reconocimiento de dependencia.
- Completar informe de salud, del entorno y disponer del informe social antes de llevar a cabo la valoración de la situación de dependencia.
- Unificación del sistema de acceso a las prestaciones para personas en situación de dependencia.
- Aplicación de gestión unificada para el acceso a los servicios sociales incluida la situación de dependencia, a la que accedan todos los agentes implicados en el trámite.
- Solicitud de reconocimiento y de revisión de dependencia y prestaciones, que no requiera aportación del ciudadano puesto que la información solicitada ya está en poder de la administración. Establecer intercambio de información sistematizado entre administraciones y órganos de la administración.
- Ubicación geográfica en Zonas/Áreas Sociosanitarias de forma que en cada Zona exista un técnico valorador incorporado a Equipos Interdisciplinarios de carácter sociosanitario.

❖ Incrementar los recursos

- Reforzar los servicios sociales básicos
- Reforzar y aumentar la cobertura de los Servicios Sociales Municipales para que no sólo emitan los Informes Sociales, sino también para la evaluación permanente y seguimiento de las prestaciones y servicios recogidos en el PIA y para el desarrollo de Programas de Promoción de la Autonomía Personal y de Prevención de las Situaciones de Dependencia.
- Reforzar los equipos de apoyo técnico a la valoración, de forma que los valoradores cuenten con más apoyo y asesoramiento, para lo que es necesario contar con la financiación del Estado.
- Aumentar del número de valoradores así como diversificar sus funciones de cara a que también desarrollen funciones de promoción de la autonomía personal, prevención y formación de cuidadores.
- Aumentar el personal técnico que elabora los PIA's.

❖ El baremo: revisión, mejora y control de su aplicación:

- Mejorar el BVD y su manual, sobre todo el específico.
- Necesidad de una formación homogénea a nivel estatal, de forma que no existan diferencias de aplicación de los baremos por comunidades autónomas.
- Aumentar la formación técnica a la hora de la aplicación del baremo
- Realizar sistemáticamente auditorias de calidad de las valoraciones en las distintas Comunidades Autónomas.

❖ Revisar la financiación de la Administración General del Estado:

- Aumentar la financiación del Estado destinada a esta normativa, incluyendo los gastos que ocasiona la gestión a todos los niveles: autonómicos y locales.

❖ Mejorar el SISAAD:

“El SISAAD debería ser un instrumento para la gestión y el control de la información, no para el control económico”. Para ello, se propone:

- Posibilitar la interconexión del SISAAD con los sistemas propios, dar mayores competencias de adaptabilidad de la aplicación SISAAD a las especificidades de la Comunidad Autónoma.
- Acceso a todos los datos contenidos en la base de datos: cuidadores, puntuación, observaciones, etc.
- Mejora de la comunicación entre los gestores del SAAD en la Administración General del Estado y los gestores de la Comunidad Autónoma. Sería de crucial importancia establecer un sistema de recepción de datos plano y flexible, en el que se pudieran enviar los datos necesarios desde las Comunidades Autónomas sin dificultad. Posibilidad de crear un Centro Autonómico de Explotación de los datos que permita la explotación de los mismos por parte de cada Comunidad.
- La situación ideal sería que la Administración General del Estado cediera personal informático a la Comunidad Autónoma, hasta la consolidación de la gestión del Sistema de Atención a la Dependencia.
- En concreto:

- o Inclusión de nuevos campos para el almacenamiento de datos del cuidador/a: formación, situación laboral, etc.
- o Habilidad de un sistema de alarma sobre aquellos expedientes que lleven tres meses en el sistema, no estén resueltos y no tengan resolución de grado y nivel.
- o Habilidad de un sistema de alarma sobre aquellos expedientes que lleven seis meses en el sistema, no estén resueltos y no tengan resolución de prestación.
- o Interoperabilidad con otras administraciones: consultas a Agencia Tributaria, a Seguridad Social, etc.
- o La urgente y necesaria sincronización de los tables PC que permitirían aumentar el número de valoraciones realizadas y la Resolución de las dificultades técnicas reseñadas.

1.4.2. SOBRE LA OFERTA DE SERVICIOS Y PRESTACIONES

1.4.2.1. Catálogo de servicios

- La opinión generalizada es que el catalogo de servicios de la ley es globalmente adecuado, aunque muchos de los servicios que contiene no se están desarrollando. Tal es el caso de los centros de día, centros de noche, servicios de prevención y servicios de promoción de la autonomía personal. Sin embargo se reclama la inclusión de servicios sociosanitarios y la mejor definición de los servicios actuales.
- Alguna Comunidad apunta su preocupación porque existe un problema con la compatibilidad entre servicios. Es difícil que resulte atractiva a las

1.4.2.2. Desarrollo, gestión y control de la oferta de servicios

- Se pone de manifiesto que existe un déficit de determinados servicios, muy dispar en cada comunidad. Desde los servicios de atención a personas con enfermedad mental, hasta los servicios de atención residencial para personas mayores, su especialización y ubicación territorial, son varias las comunidades que lo expresan. La falta de servicios sociosanitarios, la falta de centros de noche y el bajísimo número de asistentes personales, es quizás lo más común.
- En otros casos, se habla sin embargo de sobreoferta, en concreto de servicios residenciales para personas mayores. Ello, en parte parece justificarse por el alto número de prestaciones económicas a las que optan los ciudadanos a quienes resulta mucho más atractivo recibir una cantidad mensual que tener que pagar la diferencia que representa el coste de una plaza.
- En más de un caso se ha manifestado el problema que supone que quienes proponen y, si es el caso, gestionan los planes individuales de atención, no tengan acceso a herramientas que faciliten el conocimiento de la disponibilidad real de la oferta. En algunas comunidades existen comisiones de coordinación con este fin. Se propone la creación de registros únicos, especialmente en las comunidades en las que municipios y otros organismos tales como comarcas, cabildos o consejos insulares tienen competencias al respecto.
- El desarrollo de la oferta se sustenta unánimemente en un modelo de colaboración público – privado que incluye a la administración, las empresas y las entidades sin ánimo de lucro en todas las comunidades,

algo que implica la intervención directa en el sistema de numerosos agentes.

- Las prestaciones “estrella” de la atención a la dependencia están siendo las ayudas económicas al cuidador informal. Las comunidades manifiestan que el estricto respeto a la elección de las personas es la razón principal. De hecho se manifiestan porcentajes altísimos de satisfacción de las personas (99,76 por ciento, 99 por ciento) con su plan individual en aquellos casos en los que se recoge esta información.
- Se ha sugerido que debería regularse el cuidado informal como cualquier otro servicio de la cartera, reconociéndolo, apoyándolo y aplicando exigencias de calidad en la atención que se presta.
- Existen normativas autonómicas que exigen y controlan la calidad de los servicios, con un desarrollo muy dispar. La autorización es común, pero la acreditación no tanto. En algunos casos incluso se regula por ley.
- Se apuntan como principales problemas en el desarrollo de la oferta:
 - o La falta de personal cualificado
 - o La no adaptación de las carteras a los entornos rurales
 - o La falta de herramientas de control tales como registros unificados, etc. que dificultan la planificación
 - o La creciente e imparable demanda de servicios
 - o La falta de financiación asumida por la Administración General del Estado en el contexto de la implantación de la ley.

1.4.2.3. Financiación y copago

- No se da una tendencia común en el desarrollo del copago de los servicios por parte de los usuarios de los mismos. En este sentido, el decreto que trata este aspecto incluido en la ley, sirve en algunas comunidades como única referencia a falta de adoptar normativas

autonómicas al respecto. En un caso se sugiere adoptar una única normativa en todo el territorio del Estado. En otros casos la sugerencia se refiere a la adopción de criterios comunes entre las comunidades.

- Se recoge una queja respecto al actual sistema de participación de la Administración General del Estado en la financiación de personas y de creación de recursos, que se considera que penaliza a las Comunidades Autónomas que más han hecho por desarrollar una oferta completa de servicios previa a la aparición de la Ley.

1.4.2.4. Propuestas de mejora

En relación a la oferta de servicios, las propuestas de mejora apuntadas versan sobre diversos aspectos que nada tienen que ver entre una y otra comunidad.

Algunas comunidades no han apuntado propuestas y es notorio que algunas de ellas resultan incluso dispares, muestra de los diversos grados de madurez en el desarrollo de la oferta de servicios. Literalmente son:

- Potenciar la formación ocupacional y continua para promover el empleo de calidad en el sector, con la implicación de Educación.
- Desarrollar la regulación actual para asegurar una oferta completa, adecuada y de calidad.
- Crecer en oferta.
- Mantener un único registro de servicios y recursos para conocer oferta real y poder planificar adecuadamente.
- Aumento de la financiación estatal.

- Establecer pagos a cuenta por parte de la Administración General del Estado.
- Establecer cuantías por grado y nivel antes de cada ejercicio.
- Mejora sustancial de la financiación estatal con peso a criterios de dispersión y envejecimiento.
- Criterios de copago únicos en toda la comunidad.
- Reconocer el cuidador informal como prestación, regularlo y controlarlo.
- Adaptar la compatibilidad de servicios para hacerla atractiva en coste.
- Configurar una cartera de servicios que incluya el ámbito sociosanitario.
- Fomentar los servicios de prevención.
- Desarrollar criterios de acreditación
- Avanzar en formación de profesionales.
- Velar por la idoneidad de la prestación económica y controlar sus efectos reales sobre la persona cuidada.
- Que la Administración General del Estado ponga en marcha los planes de atención integral a menores de tres años.
- Se deberían establecer criterios orientativos mínimos y comunes en toda España en materia de Servicio de Ayuda a Domicilio, Cuidador no profesional y asistente personal. Al igual que en materia de traslados, fallecimientos, etc. La Administración General del Estado debería dar unas orientaciones comunes, aunque sólo sea en calidad de buenas prácticas.

1. 4.3 SOBRE LA FINANCIACIÓN DE LA LEY

Dada la relevancia de este tema considerado de modo unánime como la dificultad más destacada para la implantación de la ley, trasladamos literalmente las opiniones recogidas de las comunidades, obviando su procedencia.

Opinión y propuestas de las Comunidades sobre la Financiación del sistema
- En la financiación del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia debe primar, por encima de cualquier otra consideración, el número de personas que están siendo atendidas en cada Comunidad Autónoma. - Es necesario ampliar la financiación del Sistema de acuerdo a las necesidades reales existentes.
- El modelo de financiación que presupone la ley es el de tres tercios, a partes iguales entre Administración General del Estado, Administración Autonómica y beneficiario de la prestación. De momento este presupuesto no se cumple. - La aportación del usuario no llega al 12 por ciento La aportación de la Administración General del Estado se establece por dos vías: Entre las dos fórmulas se financia aproximadamente el 24 por ciento del coste del servicio. La aportación de la comunidad autónoma asume el déficit generado por la aportación de beneficiarios y de la Administración General del Estado. Está vinculada al coste real del servicio, que no ha sido la base de cálculo para determinar las aportaciones de la Administración General del Estado. - Por otra parte, debe tenerse en cuenta la aportación de la Administración General del Estado para la inversión en infraestructuras para servicios de atención a las personas dependientes. En este sentido, valoramos positivamente que en tiempos de crisis económica se tomen medidas como esta que potencian servicios que repercutirán positivamente en la generación de empleo estable y de calidad.
- Aunque en las comunidades con régimen foral de financiación este aspecto no afecta, no es lógico que la financiación se base en la bilateralidad cuando se trata de un sistema que debe tener criterios claros y transparentes.

- Respecto al nivel mínimo de protección garantizado por la Administración General del Estado, creemos que las restricciones presupuestarias recogidas en el Decreto 99/2009, de 6 de febrero, desamparan aún más a las Comunidades Autónomas en cuanto a la sostenibilidad financiera del sistema. Así mismo creemos desde esta Comunidades Autónomas que es insuficiente el importe de las cuantías aprobadas mediante Real Decreto para cada grado y nivel de dependencia

- Respecto a los criterios de reparto de la financiación del nivel acordado estamos de acuerdo con todos ellos, excepto con el criterio de superficie. En todo caso una vez aprobado el mismo en el marco del Consejo Territorial, volvemos a mostrar nuestra disconformidad en cuanto al grado de ponderación dado a dicho criterio respecto a otros como el criterio de dispersión o insularidad. El importe destinado a tal fin es insuficiente teniendo cada Comunidad Autónoma que financiar ese déficit a través del nivel adicional propio. Así mismo, significativo es el descenso que el nivel acordado ha experimentado desde el primer año de su distribución, en el año 2007 representaba un 55 por ciento del total, en el 2008 un 28 por ciento y en el año 2009 un 24 por ciento, lo cual agrava las cargas financieras que las Comunidades Autónomas asumen para garantizar la sostenibilidad futura del sistema.

- Existe un fuerte desajuste entre las previsiones realizadas y el número real de personas en situación de dependencia tanto en número total como en distribución relativa por grados de dependencia. Ello ha supuesto un incremento en el coste de la protección a las personas con derecho a la protección. Un incremento que está siendo soportado fundamentalmente por las Comunidades Autónomas.

- No existe un marco financiero estable y sostenido en el tiempo. Tal y como se ha configurado la aportación de la Administración General del Estado que las ayudas se establecen por PIAs reconocidos y grabados en el sistema y modulados en función del grado y nivel del beneficiario, se ha visto que la aportación no recoge el gasto real de la producción de los servicios y que estos presentan una variación muy grande en cuanto al coste de los mismos, según la clase de servicio ofertado.

Por ello se considera que se debería ajustar mejor la financiación al coste de los servicios y la aportación del estado debería suponer un mayor porcentaje sobre el coste real de la prestación de cada servicio.

- Los datos en nuestra Comunidad indican que continuando la progresión de entrada de solicitudes que existe en la actualidad, y aplicando a esta cifra los porcentajes a efectos del cálculo de las prestaciones y del cálculo de la aportación de la Administración General del Estado, el coste de la prestación de los servicios reconocidos en la ley a las personas que obtendrían reconocimiento de grado y nivel sería superior a los 660 millones de euros durante el año 2009. A esta cifra tenemos que añadir los costes que la gestión de la ley. Vistas las aportaciones de la Administración General del Estado y los usuarios, el déficit que la prestación de estos servicios en 2009 generará a

esta Comunidad Autónoma superará previsiblemente los 300 millones de euros.

- La cuantía del nivel mínimo garantizado, que corresponde financiar en su totalidad a la administración general del estado, es claramente escaso y no guarda proporcionalidad entre la cuantía y el nivel de prestación que corresponde a cada grado y nivel. Así, el coste de la atención residencial es igual independientemente del grado y nivel. Sin embargo la cuantía de este nivel mínimo disminuye de manera significativa a medida que el grado de dependencia es menor. En cuanto a la ayuda a domicilio, mientras que entre el grado III nivel 2 y el grado II nivel 1 hay una disminución del 50 por ciento en cuanto a la intensidad de la prestación, el mínimo garantizado disminuye cuatro veces.

- En cuanto a nivel acordado, los últimos criterios adoptados para el reparto del crédito, en los que se da un alto peso al número de dictámenes con derecho a prestaciones hace falta hacer las siguientes observaciones: En 2007 se acordaron entre todos en el Consejo Territorial unos criterios en los que se tenían un peso relativo factores tales como la dispersión o el envejecimiento. Se debería respetar estos criterios hasta que se analizase el coste real de sistema y se acordasen otros criterios en base a los datos que se obtuvieran. Este acuerdo ha sido roto en beneficio de determinadas comunidades. Se ha incrementado significativamente el peso de los dictámenes realizados con derecho a prestaciones. Sin embargo, de haber cambiado los criterios debería haberse primado las prestaciones reales concedidas, no sólo los dictámenes, ya que hay un alto número de dictámenes sin asignar aun prestaciones; y por otro lado debería haberse contemplado el coste de las prestaciones concedidas ya que prestaciones como la de cuidados en el entorno familiar son mucho más baratas que la atención residencial o la ayuda a domicilio.

- La aportación global del estado, tanto por el nivel mínimo como el acordado, no llega 20 por ciento del coste del sistema, porcentaje que está muy lejos del 33 por ciento que está previsto en la memoria económica de la ley.

- La previsión de que el usuario aporte un tercio del coste del sistema no es muy realista ya que las estimaciones realizadas indican que no supera el 20 por ciento. Todo ello hace que la comunidad autónoma corra con más del 60 por ciento del coste de las prestaciones, sin tener en cuenta los costes de gestión que son muy altos, cuando la previsión es que fuese un tercio.

-Hoy se da una proporción de cuantías globales entre el nivel mínimo y el acordado del 80/20 por ciento. Teniendo en cuenta que las cuantías unitarias de financiación de este nivel mínimo garantizado son irrisorias en relación al coste unitario de los servicios y teniendo en cuenta que el número de personas que ya forman parte del SAAD es muy superior al previsto, la realidad es que sólo se han destinado a la financiación del nivel acordado 280 millones de euros. No hay ninguna duda que el coste es muy, muy superior.

- El sistema es poco claro y transparente y se han modificado criterios de justificación de modo unilateral por parte del estado. Las aportaciones del estado resultan del todo insuficientes (no más del 10 por ciento del coste total), el copago no supone más del 20 por ciento, con lo que no se cumple lo que la ley establece. Hay una clara insuficiencia de “dinero”. -Se hace imprescindible una reflexión seria y transparente sobre este aspecto.
- Déficit de financiación por parte de la Administración General del Estado a las Comunidades Autónomas. - Una Ley tan importante no puede estar apoyada en un marco de Cooperación. Debiera implantar un sistema equivalente al de las pensiones no contributivas, de tal forma que se establezcan unos requisitos iguales y únicos, asegurando su financiación por la Administración General del Estado, asumiendo la gestión y la atención los servicios sociales de las Comunidades Autónomas. - Las cargas de las situaciones de dependencia que tendría que soportar el sistema sanitario se han desplazado a otro sistema, que es el de Servicios Sociales.
- En la financiación del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia debe primar, por encima de cualquier otra consideración, el número de personas que están siendo atendidas en cada Comunidad Autónoma. - Es necesario ampliar la financiación del Sistema de acuerdo a las necesidades reales existentes.
- Problema estructural del sistema: financiación inadecuada e insuficiente: no tiene en cuenta el coste unitario de los servicios y la aportación de la Administración General del Estado no llega a más del 34 por ciento en algunos supuestos. <i>(aportan cuadro resumen)</i>
- Asimetría en la financiación. El mínimo más el acordado debería ser al menos el 50 por ciento, tanto para las Comunidades Autónomas como para la Administración General del Estado (ahora no lo es). Por cada euro nuevo que aporta el Estado para financiar la ley, la comunidad está aportando tres euros, el triple. O, lo que es lo mismo, la Administración General del Estado pone un 25 por ciento del coste de la Ley. - Financiación específica para gestión del sistema. Tampoco hay nada previsto por la vía ordinaria para formación de cuidadores, que debería ser obligatorio. - Es inadecuado que se financie a través del nivel mínimo garantizado con la

misma cifra cualquier servicio que se preste del Catálogo.

- Está primada económicamente para las Comunidades Autónomas la prestación al cuidador. En el primer RD sobre nivel mínimo de protección referido a 2007 (RD 614/2007, de 11 de mayo), se recogió explícitamente que la media estimada del total de la aportación de las Administraciones Públicas sumando los niveles mínimo y acordado por beneficiario y mes era de 1.014 euros para el III.2 y 714 para el III.1. De este Anexo nunca más se supo. Desapareció en los RD del año siguiente (RD 6/2008, de 11 de enero).
- Con el sistema de financiación actual los dependientes no pueden sostener económicamente el acceso a un servicio residencial en un centro privado acreditado a través de la Prestación Económica Vinculada al Servicio.
- No hay nada regulado ni previsto para los dependientes que son atendidos desde el sistema sociosanitario de sanidad.

1.4.4 SÍNTESIS FINAL DE CADA COMUNIDAD:

Los aspectos que se transcriben son aquellos que las Comunidades que han respondido al cuestionario y en concreto a estos apartados, han resaltado a modo de resumen. Literalmente son:

1.4.4.1 Aspectos que considera más positivos y resaltables del SAAD:

- La incorporación de un derecho de ciudadanía al Sistema Público de Servicios Sociales.
- La implicación de diferentes Administraciones Públicas, la iniciativa social y las organizaciones no gubernamentales en la planificación y gestión de servicios para garantizar un derecho de ciudadanía.
- La apuesta por un desarrollo del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia que garantice una atención de calidad en servicios a las personas y especialmente en servicios de proximidad.
- La participación de los Servicios Sociales Comunitarios en el inicio de la tramitación del procedimiento de reconocimiento de la situación de dependencia y en la elaboración de la propuesta del Programa Individual de Atención.
- La coordinación con el Servicio Regional de Salud para la remisión por parte del mismo del Informe sobre las Condiciones de Salud de la persona solicitante, sin necesidad de que la misma acuda al respectivo Centro de Salud.
- La permanencia de las personas en situación de dependencia, siempre que sea posible, en el entorno en el que desarrollan su vida, como principio básico de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, priorizando los servicios de

proximidad (Servicio de Centro de Día y Servicio de Ayuda a Domicilio), complementados en la mayor parte de los casos con el Servicio de Teleasistencia.

- La configuración del Servicio de Ayuda a Domicilio como Prestación Básica de los Servicios Sociales Comunitarios cuya titularidad corresponde a las Corporaciones Locales y su compatibilidad con el Servicio de Centro de Día.
- La existencia de una cantidad mínima en las prestaciones económicas que impide que una persona reciba una cantidad por debajo del 100 por cien, del 75 por ciento y del 50 por ciento de una Pensión no Contributiva, dependiendo de su Grado y nivel de dependencia.

- El derecho subjetivo que genera en la persona dependiente.
- La obligatoriedad del PIA que implica la adaptación de la respuesta a las necesidades particulares de cada caso.
- La incorporación de la prestación de promoción de la autonomía y prevención de la dependencia.
- La entrada en vigor al día siguiente de la solicitud del derecho a la prestación. la administración esté comprometida a dar respuesta con carácter retroactivo
- La apuesta por los servicios en contra de las prestaciones económicas.

- Reconocimiento del derecho a las prestaciones por parte de la ciudadanía, a través de la puesta en marcha de la Ley.
- Ayuda a las familias de cara a afrontar la carga que supone la atención de las personas en situación de dependencia.

- Se está poniendo en marcha un nuevo sistema de protección que, además de mejorar las condiciones de vida de miles y miles de ciudadanos abre las puertas al desarrollo de los Servicios Sociales como el cuarto sistema de protección social del país.

- Nuevo derecho de ciudadanía, que garantiza aún más la atención indefinida a las situaciones de dependencia.
- Estamos construyendo el futuro de nuevas generaciones, con dificultades,

sobre todo de carácter económico, pero que supondrá asentar la garantía en la prestación de derechos, especialmente a los más débiles.

- Se han creado nuevas prestaciones, especialmente las de tipo económico que suponen una compensación a los esfuerzos por mantener a la persona dependiente en su entorno con los mejores cuidados posibles.

- Supone un fuerte impulso a los servicios sociales.

- Permite una mejora en la atención a las personas dependientes.

- El papel protagonista que están alcanzando los servicios sociales en el ámbito social y político.

- El Derecho subjetivo de acceso a servicios y prestaciones

- La atención especializada que permite dar a cada uno

- Es un revulsivo para las organizaciones que gestionamos servicios sociales.

- Obligar a incrementar la transparencia en la información a la población.

- El reconocimiento de un derecho subjetivo de atención a las personas en situación de dependencia, vía servicios o prestaciones. Es un logro histórico de la sociedad española que deberá perfeccionarse en los próximos años con el esfuerzo conjunto de la Administración Central del Estado, las Comunidades Autónomas y los ciudadanos en su conjunto

1.4.4.2. Principales problemas y dificultades que observan en la implantación del SAAD en su Comunidad:

- Es muy difícil hacer compatible la excepcionalidad de las prestaciones económicas de cuidados con la capacidad que tiene la familia para decidir sobre el recurso, en una situación en la que habitualmente la misma se ha ocupado con anterioridad de las personas en situación de dependencia. Esto está haciendo que el número de prestaciones sea mayor al que deseamos.
- Puesto que el Gobierno Autónomo tiene el criterio de priorizar los servicios, hemos elaborado un Plan Estratégico que refuerza los servicios y limita el alcance de las prestaciones económicas.
- A pesar de esto encontramos dificultades por la demanda de las familias a quienes la Ley otorga capacidad de decisión. Además creemos que debería limitarse esta prestación económica a familiares, que además

demuestren que efectivamente tienen capacidad para cuidar a las personas en situación de dependencia durante todo el tiempo que requieren de cuidados y que lo han estado haciendo con anterioridad. En este sentido estamos trabajando en nuestra Comunidad Autónoma, pero si existiera una mayor concreción normativa desde la Administración General del Estado, sería más fácil el desarrollo de la excepcionalidad por parte de nuestra Comunidad Autónoma.

- La imprevisión: recursos, adaptación de normativas,
- Falta de normativa básica.
- Las grandes expectativas generadas entre la población causa fácilmente decepción:
- Concentración temporal de la demanda (el 51 por ciento de las solicitudes hasta la fecha entran en el año 2007).
- Dispersión competencial.
- Dificultades de financiación. Debe definirse el coste y la participación de las administraciones en la financiación de unos servicios sociales que hasta la entrada en vigor en la Ley eran sufragados íntegramente por las Comunidades Autónomas.

- Déficit Financiero Estatal en cuanto al mínimo garantizado y al nivel acordado, así como reducción presupuestaria a nivel autonómico.
- Duplicidad de sistemas, duplicidad de financiación. La Comunidad Autónoma debe financiar en solitario su propio sistema de la dependencia, basado en dos planes sectoriales para mayores dependientes y personas con discapacidad, dotado de infraestructuras que deben finalizarse y su mantenimiento. A esto hay que sumar la financiación que la Comunidad aporta a la ley de dependencia. En este periodo de transición que aún durará un tiempo, ya que no se puede desalojar de los servicios a las personas que el Sistema ya atendía, la dotación presupuestaria destinada a los dos sistemas se hace insostenible.
- Dificultades derivadas de la distribución de competencias entre los diversos Organismos Públicos que intervienen:
 - La gestión de la mayoría de los recursos a integrar en la red que define el SAAD está transferida en gran parte a las entidades locales, por lo que implicaría modificar el actual ámbito competencial. Esto supone Integración de los

procedimientos actuales de reconocimiento y derechos de personas dependientes que actualmente planifican y coordinan en gran parte la administración local con los nuevos que establece la Ley 39/2006 en los que es competente la Comunidad Autónoma (solicitud, reconocimiento, elaboración de los PIAS; acceso a los recursos, financiación,...). La creación y actualización de un registro de centros por parte de la Comunidad Autónoma implica que debe existir coordinación y cooperación por parte de las entidades gestoras de los mismos, ya que en la mayoría de los casos no son titularidad de la comunidad

- Dificultades para la coordinación de sistemas: La coordinación sociosanitaria implica coordinar no solo a las Consejerías afectadas sino a todas las entidades con competencia transferida en la materia, lo cual supone mayor esfuerzo de cooperación.
- Garantizar continuidad a la financiación de los recursos que ocupan beneficiarios actuales de servicios sociales especializados, que hoy en día se encuentran excluidos del sistema, y cuya gestión la llevan a cabo otras entidades.
- Necesidad de articulación de procedimientos más ágiles para atender a la ciudadanía.
- Necesidad de regulación legal, de cara a dar respuesta a los expedientes de personas de ámbito comunitario.
- Dotación técnica y humana que facilite la eficacia del trabajo de gestión.

- Falta de personal para la gestión
- Insuficiencia de recursos de atención residencial
- Insuficiente financiación
- Insuficiente desarrollo de los servicios de promoción de la autonomía

- En definitiva, lo que se pone de relieve es que la gestión de un nuevo derecho subjetivo como es el de atención a la dependencia, supone un complejo procedimiento administrativo que garantiza una respuesta rápida y eficaz, y que conlleva una importante inversión en: dotación informática, infraestructuras, equipos multidisciplinares, medios técnicos y materiales, personal administrativo, etc. Ello supone un desembolso importante para la Comunidad Autónoma. Si añadimos a estos costes, la financiación de las prestaciones del entorno familiar, el aumento de plazas en centros de atención a personas en situación de dependencia, el aumento de servicios, etc.; es preciso reiterar que la dificultad más importante en este momento es asegurar la sostenibilidad financiera del SAAD en su conjunto.

--

- El modelo de financiación y las dificultades para la financiación de los costes que genera el sistema (atención y gestión).
- El no reconocimiento de la figura del cuidador informal no familiar, presente en muchísimos casos.
- La falta de servicios de prevención reales, necesarios para los perfiles de dependencia moderada, que deben implicar a los servicios de salud.
- La complejidad de la gestión que es necesario simplificar.
- La mayoría de problemas detectados son fruto de la falta de maduración de un sistema que ha nacido precipitadamente y sin las herramientas básicas contrastadas para su correcta implantación.

- Saturación de los servicios sociales municipales y de los servicios de la Diputación sin posibilidad de incrementar recursos humanos.
- Generación de falsas expectativas en la ciudadanía.
- Falta de presupuesto real para financiar el importante incremento de gasto que está generando la aplicación de la ley

- Sostenibilidad del sistema
- Durante los dos años de implementación no hay tiempo material para responder a los ciudadanos con servicios dado el elevado número de solicitudes registradas.
- La creación de la red de recursos llevará más tiempo.

- Problemas de financiación y discordancia entre el principio de la Ley que pretende dar servicios y la voluntad de los dependientes, que pretenden ayudas económicas

- Convivencia del SAAD con los servicios sociales preexistentes:
 - no se valora el esfuerzo hecho con anterioridad para tener una red extensa y amplia de servicios. Según la posición de la Administración General del Estado, ello se debe mantener al margen del SAAD ya que solo se recibe financiación para recursos de nueva creación, lo que beneficia a quienes no han actuado con anterioridad.

- Unificar una única lista de demanda de servicios para SAAD – Servicios sociales.
- Convertir prestaciones anteriores al SAAD al nuevo marco (por ejemplo, la ya existente ayuda económica para cuidados familiares).
- Conciliar requisitos e intensidades de los servicios sociales preexistentes al ordenamiento del SAAD.
- Adaptación normativa para adecuar servicios sociales existentes a la Ley Dependencia.
- Divergencia en copago: gratuidad de servicios para personas con discapacidad.
- Falta de coordinación con la administración local.
- Puesta en marcha y adaptación de sistemas de información para responder a las exigencias de la Administración General del Estado sin tiempo suficiente.
- Gran incremento de recursos humanos y materiales que exige el SAAD.
- Financiación establecida a las Comunidades Autónomas sin tener en cuenta la red preexistente, que perjudica a quienes la tenían más desarrollada.
- Propuestas de mejora ya hechas para conseguir un único sistema:
 - Criterio de copago homogéneo en todo el Estado, via Real Decreto.
 - Desarrollar criterios de calidad y acreditación más allá de los actuales ratios de profesionales.
 - Acordar medidas para asegurar la prestación de servicios frente a la prestación económica.
- Dotar la ley de suficiente y adecuada financiación.

- Incongruencia en la formulación de la ley entre la atención a la dependencia con la promoción de la autonomía personal. Se ha querido contentar a todos los colectivos y las necesidades de unos y otros son muy distintas.
- El sistema ha nacido con una mala base para la gestión. El SISAAD no funciona y viene a ser un instrumento exclusivamente para el control.
- La falta de impulso de los socios sanitario cuando en dependencia es imprescindible.

1.4.4.3. Aspectos que cambiaría y cómo:

- Estamos trabajando en la aprobación de nuevas normas de acuerdo con los criterios del Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, especialmente en materia de acceso a los Servicios de Atención Residencial y de Centro de Día, participación de la persona beneficiaria en el coste de los servicios, Catálogo de Servicios del

Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, así como normativa sobre registro y acreditación de centros, con el fin de adecuar nuestro sistema actual al desarrollo y aplicación de la Ley y al Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia.

- Estamos trabajando además en el desarrollo de un Plan de Promoción de la Autonomía y Prevención de la Dependencia a fin de mejorar la atención en estas materias.
- También estamos trabajando en la formación y capacitación profesional de los y las profesionales del Sistema, así como de las personas cuidadoras.

- Más tiempo en la implementación que permita la provisión de servicios con tiempo.
- Estructurar claramente las prestaciones de dependencia en el sistema de servicios sociales.
- Definir claramente la financiación del sistema: Los porcentajes de aportación de cada una de las administraciones y de los usuarios.
- Adaptar cartera de servicios a situaciones personales.

- Necesidad de abordar de forma global la financiación y garantizar económicamente el desarrollo del sistema.
- Es preciso que las compatibilidades entre prestaciones sean amplias, pero a la vez, racionales, para evitar rigideces en su aplicación, pero también evitar injusticias y agravios comparativos.
- Mejorar el control estatal en la gestión del SAAD por parte de algunas Comunidades Autónomas que incumplen la normativa de la Ley 39/2006 y que nos perjudica a las Comunidades Autónomas limítrofes que si respetamos dicha normativa.
- El sistema informático de gestión del SAAD se está desarrollando con una lentitud considerable que sufrimos precisamente las Comunidades Autónomas que en su momento decidimos trabajar en SISAAD, lo que nos produce demoras en la gestión y retrasos en las respuestas.

- Concluir cuanto antes con los trabajos del Consejo Territorial.

- Simplificar el procedimiento para disminuir plazos y disminuir los gastos de gestión.
- Unificar algunos niveles de dependencia para evitar revisiones costosas para conseguir mejoras de atención escasas.
- Revisar el baremo para ajustarle mejor a las previsiones

- Abordar un debate sereno, realista y honesto sobre los costes, la sostenibilidad y el incremento de financiación que necesita el sistema

- Debería existir más transparencia en la información, a través del SISAAD. Este sistema debe proceder a ajustar los datos reales, principalmente la columna "Pendientes de identificar en PIA".
- El modelo de financiación debe cambiarse, debe garantizar la equidad y la igualdad entre todas las Comunidades Autónomas y por lo tanto, entre todos los ciudadanos.
- En el Pacto de Toledo, debe abrirse un proceso de debate sobre la modificación de la Ley para garantizar que el Sistema de Atención a la Dependencia se convierta en un pilar más de nuestro sistema de protección social, con los principios básicos de igualdad de acceso para todos los españoles.
- Revisión de todo el desarrollo normativo de todas las Comunidades Autónomas para llegar a acuerdos. La variedad de la normativa de las Comunidades Autónomas ha conseguido que un ciudadano tenga más protección en una Comunidad que en otra.
- Coordinación entre los sistemas nacionales de Atención a la Dependencia y de Salud, creando un marco nacional de atención sociosanitaria.
- Como aspecto general, la Ley debe basarse en un sistema equivalente al de las pensiones no contributivas.

- El baremo de valoración
- La financiación para que quede garantizada.

2.5. CUESTIONARIO

2.5.1. La demanda: Información sobre el acceso al sistema, el desarrollo y emisión de las valoraciones y de los dictámenes (PIAs).

2.5.1.1. Datos de la demanda :

- número de solicitudes ¿superan las previsiones?
- análisis del perfil de los solicitantes
- principales dificultades detectadas
- propuestas de mejora

2.5.1.2. Gestión de la demanda

- ¿Cómo se ha organizado la gestión de la demanda?: Procesos definidos, profesionales que intervienen en la valoración y la emisión de dictámenes (perfiles profesionales y de quién dependen), gestor del caso, etc.

-Proceso que se sigue para la gestión de la demanda: quién interviene en cada paso:

- i. Solicitudes
- ii. Alta de expedientes
- iii. Acto de Valoración
- iv. Resolución de la Valoración:
 - Propuesta de resolución
 - Emisión de la resolución

*tiempo promedio del trámite entre i. y iv.

- v. Elaboración del PIA
- vi. Dictamen PIA
- vii. Seguimiento del caso

*tiempo total estimado para el trámite completo

- Dificultades detectadas
- Propuestas de mejora

2.5.1.3. Gestión de las valoraciones

- Controles de calidad:

- ¿Existe algún tipo de control de calidad sobre la aplicación de los baremos?
- ¿Quién o cómo se supervisa la actuación de los valoradores?
- Dificultades detectadas
- Propuestas de mejora
- Recursos destinados a la valoración:
 - Nº de equipos de valoración que actúan en la Comunidad Autónoma
 - Ratios de actividad por equipo (valoraciones día por profesional; valoraciones día/semana/mes por equipo)
 - Coste de los equipos.
- ¿Quién financia y en qué proporción el coste de la valoración?
- Dificultades detectadas
- Propuestas de mejora
- ¿Existe un marco legal regulatorio específico para la valoración y la emisión de dictámenes en la Comunidad Autónoma?
- ¿Qué respuestas están obteniendo los ciudadanos?:
 - o Valoraciones realizadas / peticiones recibidas
 - o PIAs emitidos / valoraciones realizadas

2.5.2. Herramientas de gestión

- ¿Se está utilizando algún sistema de información propio o el que ha creado el SAAD?
- ¿Que se recoge y qué aplicaciones ofrece (por ej.: gestión de expedientes, gestión de agendas de los profesionales, informes de actividad, etc.)?
- Dificultades detectadas
- Propuestas de mejora

2.5.3. La oferta: Información sobre la oferta pública de servicios y prestaciones, su grado de desarrollo y los costes.

- ¿Existe una adecuación entre el catálogo de servicios que contempla la LAPAD y las necesidades reales de las personas valoradas?

- ¿Existe información actualizada y continua para conocer la disponibilidad de recursos y los equipos que elaboran los PIA tienen acceso a ella?

-¿Existe suficiencia de servicios (en cantidad y variedad) que ofrezcan la atención específica establecida para los diversos grados y niveles que debe atender el SAAD, incluso más allá de lo que la propia Ley establece?

-¿Cuales son los servicios más deficitarios en su Comunidad Autónoma en relación con la dependencia? (Enumerar):

-¿Qué respuestas están obteniendo los ciudadanos?:

- o Correspondencia entre servicios solicitados/ servicios prescritos en los PIA

Especificar si son datos globales/ promedio/ fecha determinada

- ¿Existe a medio plazo un déficit/superavit entre la oferta actual de servicios y prestaciones y la demanda reconocida a través de los dictámenes?

- ¿Se han establecido planes y control de calidad para la oferta de servicios?
Especificar normativa publicada.

- ¿Qué modelo se sigue para la provisión: oferta 100 por cien pública / compra pública de servicios a proveedores privados/ mixta?

-¿Cómo se financia la producción de los servicios? ¿Está regulado el copago?

- En su opinión ¿cuáles son los principales problemas de la producción de los servicios?

- Dificultades detectadas

- Propuestas de mejora

2.5.4. La financiación: opinión respecto al actual modelo que la Ley establece y la aplicación del mismo.

2.5.5. Síntesis final

- Principales problemas y dificultades que se observan en la implantación del SAAD en su Comunidad.
- En este momento, qué aspectos considera más positivos y resaltables del SAAD.
- Aspectos que cambiaría y cómo

2.1. OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Como se señaló en el Preámbulo, además del análisis y valoración del despliegue del SAAD sobre la base de fuentes secundarias el Grupo de Expertos ha considerado de interés reforzar sus argumentos en base a la opinión de organizaciones sociales que representan intereses de colectivos afectados por distintas situaciones de dependencia y que, al mismo tiempo, prestan servicios sociales en colaboración con el sector público.

Debido al limitado tiempo disponible para la realización de este informe no se ha recurrido a una muestra representativa de entidades sociales sino a una muestra significativa por parámetros como la dimensión institucional, la presencia en todo el territorio del Estado, la diversidad de discapacidades y dependencias que representan, el importante número de entidades que dependen de ellas (se trata de amplias redes de entidades) y el volumen de su actividad.

En ese sentido nos parece suficiente y, sobre todo, significativo, el número de entidades consultadas. A todas ellas se las ha enviado el cuestionario y en casos todos los casos se ha cumplimentado mediante entrevista personal con el responsable de la entidad.

Las entidades consultadas han sido las siguientes:

- Organizaciones generalistas: Cáritas Española y Cruz Roja Española.
- Organizaciones de personas mayores: Confederación Española de Familiares de Enfermos de Alzheimer y otras Demencias (CEAFA), Confederación Española de Organizaciones de Mayores (CEOMA) y Unión Democrática de Pensionistas (UDP).
- Organizaciones de la discapacidad: Comité Español de Representantes de Minusválidos (CERMI), Confederación Española de Organizaciones en Favor de las Personas con Retraso Mental (FEAPS) y Confederación Coordinadora Estatal de Minusválidos Físicos de España (COCEMFE).

2.2. VALORACIÓN DE LA GESTIÓN DE LA DEMANDA Y ESTRUCTURA DE LA OFERTA

2.2.1 La gestión de la demanda

En general la mayoría de las entidades consideran que existe una adecuada información a los ciudadanos sobre el SAAD y de cómo solicitar una valoración de la situación de dependencia.

Esta visión mayoritaria positiva es crítica por parte de las organizaciones de la discapacidad que consideran que la información es en parte opaca y, sobre todo, que no se adapta bien a las personas afectadas con discapacidad.

Más allá de la información concreta sobre cómo solicitar la valoración existe una coincidencia relativa en que la ley ha levantado unas expectativas generales que en parte se contradicen con la tendencia por parte de algunas Comunidades Autónomas a frenarlas e incluso desmentirlas en la práctica concreta.

La intervención activa de estas entidades, sobre todo las de tipo generalista y las de discapacidad, en la gestión de la demanda se traduce en una intervención relativamente activa de información general, acompañamiento y mediación en la preparación de las solicitudes y en la formulación de recursos en el caso de valoraciones no aceptadas por parte de los solicitantes. En algunas redes existen convenios de colaboración con la Administración para la gestión de la demanda. En el caso de una red de entidades se juzga que la colaboración con la Administración General del Estado ha sido difícil.

Tan importante como la información y la colaboración en la gestión de la demanda es el juicio sobre el baremo que en el caso de las organizaciones de la discapacidad se juzga como un baremo limitado para recoger situaciones de dependencia ligadas a problemas severos de tipo cognitivo y, sobre todo, deficiencias orgánicas graves.

2.2.2. Valoración de la oferta de prestaciones y servicios

El juicio global de las entidades sociales sobre la adecuación del catálogo de servicios a las necesidades de las personas en situación de dependencia sólo es relativamente positivo en cuanto es considerado limitado y rígido. De manera más concreta, las organizaciones de la discapacidad consideran que el catálogo es incompleto y con un importante déficit en cuanto a prestaciones de autonomía y accesibilidad. Por el contrario las organizaciones de personas mayores lo consideran relativamente adecuado si bien se echa en falta una mayor adaptación a perfiles concretos, como es el caso de personas que padecen Alzheimer. La opinión general es que el catálogo debe revisarse en 2010.

En este sentido las entidades consideran que existen una serie de servicios claramente deficitarios como son, en primer lugar, el servicio de ayuda a domicilio y servicios específicos para personas con enfermedad mental y graves discapacidades; en segundo lugar, los centros de día; en tercer lugar, las ayudas técnicas para la autonomía y la accesibilidad; y, finalmente, se considera deficitario el servicio de prevención. La existencia de este déficit justificaría en parte la opción por las prestaciones económicas si bien se considera que éstas responden también a la estructura social de cuidados informales.

Existe una unánime preocupación por el déficit de servicios a medio plazo, por las diferencias de la oferta entre Comunidades Autónomas, por el “exceso” de prestaciones económicas en relación con los servicios, por la baja intensidad del servicio de atención a domicilio y por el bajo esfuerzo inversor en servicios.

En general existe una gran coincidencia en dos afirmaciones: por una parte que el copago, su aplicación, es desigual y poco transparente entre Comunidades Autónomas y que, por tanto, es necesario un esfuerzo de regulación que adopte criterios comunes. Por otra parte, se considera que el copago debe limitarse a la parte hostelera, no a las prestaciones técnicas y servicios. Finalmente, predomina la idea de limitar el copago a las rentas más elevadas

siendo excepción las entidades que consideran el copago como un medio adecuado de financiación del SAAD bajo criterios definidos y transparentes.

2.3. VALORACIÓN GENERAL Y RECOMENDACIONES

2.3.1 Valoración general del despliegue del SAAD

El conjunto de problemas que las entidades sociales señalan en el despliegue del SAAD es muy variado pero pueden ser agrupados como sigue:

- a. Los que se refieren al acceso al sistema como son la lentitud de la tramitación de la solicitud, aplicación del baremo y en la definición del Programa Individual de Atención. Se considera que los plazos son muy largos en algunas Comunidades Autónomas. La palabra lentitud es común en las entidades consultadas. La distinta interpretación en la aplicación del baremo es también objeto de preocupación junto a la exclusión de ciertas discapacidades. Finalmente, existe el convencimiento unánime de que se ha desbordado la demanda en relación a una oferta aún insuficiente. En todo caso estas afirmaciones se relativizan en la medida en que el SAAD se encuentra en una fase de despliegue que requiere tiempo para su desarrollo y perfeccionamiento.
- b. En cuanto a las prestaciones se señala que debe superarse a medio plazo el peso excesivo de las prestaciones económicas respecto de los servicios, así como el déficit de las prestaciones de autonomía y prevención.
- c. Bajos niveles de coordinación e incluso de lealtad institucional, ausencia de una política de Estado y una excesiva diversidad que ha dado lugar en la práctica a tantos modelos de SAAD como modelos de servicios sociales existen. El papel subordinado de los Ayuntamientos en el sistema y la coordinación sociosanitaria son también señalados como problemas del SAAD. Seguramente son los aspectos institucionales (coordinación, cooperación, confianza) los que con mayor fuerza son señalados por las entidades sociales.
- d. Desde el punto de vista de la financiación se afirma que el compromiso de la Administración General del Estado es insuficiente para el despliegue del sistema si bien se reconoce que se trata de un sistema de financiación conjunta entre ésta y las Comunidades Autónomas.

2.3.2 Aspectos positivos del SAAD

A pesar del despliegue complejo y desigual del SAAD todas las entidades consideran que se ha dado un paso muy positivo en materia de protección social, particularmente el reconocimiento de un derecho subjetivo cuya materialización debe concitar todos los esfuerzos para su consolidación en los próximos años. El logro de un nuevo “derecho subjetivo” se considera un avance histórico.

2.3.3 A modo de recomendaciones: qué mejorar

Las propuestas son muy variadas y en la mayoría de los casos no se han jerarquizado sino listado. Como en el caso anterior podemos agruparlas en varios bloques temáticos:

- a. Las de carácter institucional en las que se recomiendan medidas estratégicas y de desarrollo: Entre las primeras cabe señalar, si bien es minoritaria, la realización de una reforma de la LAPAD que reequilibre el SAAD retornando las prestaciones económicas al ámbito de la Seguridad Social, siendo los servicios objeto de gestión de las Comunidades Autónomas de acuerdo con sus competencias. En el sentido de desarrollo y mejora del SAAD, sin cambios en la ley, se plantea la mejora de la coordinación en general y un papel más activo de los Ayuntamientos en la medida en que son puerta de entrada en el sistema a la vez que financiadores y proveedores de servicios.
- b. La reforma parcial del baremo se considera una medida importante para extender el derecho subjetivo a situaciones no previstas. Junto a ello una política de agilización de los procesos técnicos y administrativos entre la solicitud y la definición del Programa Individual de Atención.
- c. La prioridad de una política los servicios es defendida por todas las entidades sociales sin menoscabo de la libertad de elección por parte de la persona valorada.
- d. Un mayor protagonismo del Tercer Sector en el despliegue de la ley y en la provisión de servicios es una propuesta que se basa en el especial papel que la ley concede a las entidades sociales.
- e. Finalmente, el esfuerzo en favor de la cooperación institucional, la coordinación sociosanitaria y un esfuerzo inversor en servicios sociales,

son tres políticas destacadas. Entre todas cabe destacar la necesidad de la cooperación en favor de una política de Estado que refuerce la cohesión social en materia de protección social de las situaciones de dependencia.

2.4. CUESTIONARIO

2.4.1. DEMANDA DE PERSONAS AFECTADAS

2.4.1.1 ¿Existe una información adecuada a los ciudadanos sobre el SAAD y de cómo solicitar la valoración de la situación de dependencia?

- Causas más importantes:

2.4.1.2 Colabora su organización con la Administración Pública en la gestión de la demanda:

En caso positivo, indicar la forma concreta: convenio, etc.

2.4.1.3 Que actividades desarrollan las ONG para explicitar la demanda social a iniciativa propia o mediante convenios con la Administración Pública:

2.4.2. OFERTA DE SERVICIOS

2.4.2.1 ¿Existe una adecuación entre el catálogo de servicios que contempla la LAPAD y las necesidades reales de las personas valoradas?

2.4.2.2 ¿Cuales son los servicios más deficitarios en relación con la dependencia? (Enumerar):

2.4.2.3 ¿Existe a medio plazo un déficit/superavit entre la oferta actual de servicios y prestaciones y la demanda reconocida a través de los dictámenes?:

2.4.2.4 ¿Cómo valora la aplicación del copago de las personas en situación de dependencia?

2.4.3. VALORACIÓN Y PROPUESTAS

2.4.3.1 Principales problemas y dificultades que se observan en la implantación del SAAD:

2.4.3.2 En este momento, qué aspectos considera más positivos en la aplicación del SAAD:

2.4.3.3 ¿Qué aspectos son los que cambiaría y cómo?

3.1. OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

El Grupo de Expertos consideró oportuno reforzar sus argumentos pulsando la opinión de los agentes sociales (sindicatos y organizaciones empresariales) para conocer su visión y valoración particular.

Debido al limitado tiempo disponible para la realización de este informe no se ha recurrido a una muestra representativa de todos los agentes sociales sino a una muestra significativa. En particular, se envió el cuestionario a las siguientes instituciones (referidas alfabéticamente), solicitando fuese cumplimentado por el responsable en temas de dependencia de la entidad:

- Asociación de Empresas de Servicios para la Dependencia (AESTE)
- Comisiones Obreras (CC. OO.)
- Confederación Española de Organizaciones Empresariales (CEOE)
- Federación Empresarial de Atención a la Dependencia (FED) y
- Unión General de Trabajadores (UGT).

Lamentablemente, y aunque insistimos telefónicamente y mediante correos electrónicos, ni la CEOE ni la FED nos devolvieron el cuestionario cumplimentado.

3.2. VALORACIÓN DE LA GESTIÓN DE LA DEMANDA Y ESTRUCTURA DE LA OFERTA

3.2.1 La gestión de la demanda

Existe unanimidad en los agentes sociales al señalar una falta de información objetiva sobre la cobertura, requisitos y servicios/prestaciones del SAAD.

En particular, se critican los retrasos en algunas Comunidades Autónomas en la regulación de los procedimientos de solicitud, valoración y prescripción de servicios y prestaciones. Asimismo, se señala la imagen pública deteriorada

debido a retrasos en la evaluación de solicitudes y puesta en marcha de servicios, lo que desincentiva solicitudes y provoca la contención de las existentes

Los agentes sociales consultados han intentado solventar esta falta informativa colaborando activamente en campañas de información general a afectados y ciudadanos en general, prestando ayuda en la tramitación o asesoría de solicitudes de valoración, gestionando recursos de personas valoradas y promoviendo y participando activamente en jornadas a profesionales, mesas redondas, etc.

Los agentes sociales señalan la imperiosa necesidad de información proactiva a través de mecanismos de coordinación entre los servicios sociales y sanitarios, informando objetivamente de los beneficios, de las incompatibilidades con otras prestaciones y de la existencia de co-pago en las mismas.

3.2.2 Valoración de la oferta de prestaciones y servicios

El juicio global de los agentes sociales sobre la adecuación del catálogo de servicios a las necesidades de las personas en situación de dependencia es claramente negativo, señalando la disparidad regional, el sesgo hacia ayudas económicas (más barata y rápida) en detrimento de las prestaciones en servicios y el desequilibrio entre servicios a mayores y a personas con discapacidad o enfermedad mental.

En este sentido los agentes sociales consultado consideran que existe una serie de servicios claramente deficitarios como son los centros de día, el servicio de ayuda a domicilio, la teleasistencia, las estancias de respiro familiar, el asistente personal formado/cualificado, los centros de noche, las residencias públicas y el transporte adaptado y ofrecido en el Programa Individual de Atención.

Existe una unánime preocupación por el déficit de servicios a medio plazo, en las plazas residenciales para la atención de la alta dependencia y en la ayuda a

domicilio y centros de día y noche para personas mayores, así como en todos los servicios para personas con discapacidad y enfermedad mental.

En general, los sindicatos coinciden en dos afirmaciones: por una parte que la aplicación del copago es desigualdad territorialmente (lo que puede suponer una limitación a la igualdad en el acceso al SAAD) y que, por tanto, es necesario establecer unos criterios uniformes, reales y cuantificables para todo el Estado. Por otra parte, se considera que el copago sólo debe utilizarse para cubrir gastos derivados de manutención y alojamiento, no para cubrir el coste de las prestaciones técnicas y cuidados profesionales que conllevan los diferentes servicios. Finalmente, uno de los sindicatos no comparte los criterios de aplicación del copago (el hecho de que la vivienda habitual compute para la atención residencial y la prestación económica vinculada, el establecimiento del umbral para la gratuidad del sistema respecto al Indicador Público de Renta de Efectos Múltiples (IPREM), el amplio margen discrecionalidad para el copago en la atención residencial y para tener en cuenta o no las cargas familiares para la determinación de la capacidad económica). Por su parte, las organizaciones empresariales valoran positivamente el copago como elemento fundamental que puede contribuir a la sostenibilidad del SAAD, si bien señalan la necesidad de promover un marco claro de desarrollo común para todo el Estado de productos financieros de cobertura de las situaciones de dependencia.

En cuanto a la oferta de profesionales cualificados, se constata una preocupación por la escasez de profesionales de atención (sobre todo sanitarios), señalándose la necesidad de reconocimiento de su labor, sugiriéndose el estableciendo acuerdos con el Ministerio de Sanidad y Políticas Sociales (responsable de la Dependencia) con el Ministerio de Educación (Homologación de títulos) y con el Ministerio de Trabajo e Inmigración (contratación en origen), etc. En particular, se insiste en la urgencia de la puesta en marcha de la formación profesional de trabajadores en todas sus vertientes (reglada, continua, ocupacional), así como el reconocimiento de la acreditación de la experiencia. Por último, se expresa la necesidad del desarrollo de un sistema de calidad en el empleo, que asegure que todos los

trabajadores que prestan sus servicios para atender a las personas en situación de dependencia lo hacen en condiciones de seguridad, con garantía de sus derechos laborales y con unos índices de cobertura válidos para realizar óptimamente su prestación laboral.

Respecto a la valoración de la calidad media de los centros y servicios, se constata la necesidad de que los centros cuenten con una infraestructura adecuada que le permita prestar servicios profesionales a personas acorde con su grado de dependencia. Asimismo, se critica la enorme heterogeneidad en los servicios de ayuda a domicilio que se solicitan desde los distintos municipios y comunidades (normativa, regulación, convenios, requisitos de prestación, etc.).

En lo referente al papel desempeñado por el cuidador informal, se señala que lejos de ser una situación excepcional parece que se haya convertido en norma, existiendo a fecha 28 de abril 63.452 cuidadores no profesionales (aumento de más de 20.000 cuidadores no profesionales en apenas 3 meses).

En cuanto a la integración y/o coordinación sociosanitaria, se valora como altamente positiva, tanto en términos de eficiencia (500 euros/cama/día en el sistema hospitalario frente a 90 euros/cama/día en el SAAD) y como en términos de eficacia (mejor atención al dependiente). Asimismo, se constata la necesidad de combinar servicios (residencias, centros de día y de noche, atención en domicilio y teleasistencia) para la atención adecuada a la alta dependencia (Grados III y II) que han de estar perfectamente coordinados para que la atención que reciben las personas dependientes sea la adecuada.

Para dependencias medias y moderadas, nuestros encuestados sugieren que es posible combinar varias intensidades y recursos, con resultados de atención integral de la persona y un coste asumible por la administración y las familias.

Por último, y en relación a la coordinación administrativa, existe unanimidad en señalar la necesidad de que las Administraciones Públicas actúen de forma coordinada y conjunta a través del sistema de cooperación del Consejo

Territorial, estableciendo criterios comunes que garanticen la aplicación del contenido de la ley y las condiciones básicas a todos los ciudadanos con independencia del territorio de residencia. Asimismo, se considera que los Ayuntamientos y los servicios de proximidad a los ciudadanos deberían desempeñar un papel más importante con un mayor nivel de implicación del que han tenido hasta ahora.

3.3. VALORACIÓN GENERAL Y RECOMENDACIONES

3.3.1 Valoración general del despliegue del SAAD

El conjunto de problemas identificados por los agentes sociales en el despliegue del SAAD puede subdividirse en cuatro grandes apartados:

- i) Los relativos a la gestión de la demanda, como la disparidad regional en los tiempos de resolución, así como la ausencia de información estadística no sólo respecto a la inversión y financiación, sino también respecto al número de personas realmente atendidas y sobre el Programa Individual de Atención que se está aplicando.
- ii) Los que se refieren a los servicios y prestaciones, como el desarrollo desigual de los servicios sociales en cada una de las Comunidades Autónomas, la falta de inversión en infraestructuras públicas, la ausencia de una apuesta clara por las prestaciones en servicios profesionales de calidad, la fijación del modelo de atención, con diferenciación por grado de dependencia con unas tarifas que reflejen sus costes reales y la calidad de los servicios que se prestan, la ausencia de iniciativas de gestión pública en los servicios de atención primaria (servicio se ayuda a domicilio, centros de día y de noche) y especializada, la falta de una cartera de prestaciones para cada servicio, la ausencia rigor por parte de la Administración General del Estado en el seguimiento del desarrollo normativo autonómico y en las fórmulas de provisión y gestión y la inexistencia de un sistema de acreditación básica para todo el Estado, de aplicación tanto en entidades privadas como en entidades pública.
- iii) Los relacionados con la cooperación, información, coordinación e integración, como la ausencia de integración/coordinación del SAAD y los sistemas autonómicos de servicios sociales, la falta de la

necesaria implicación organizativa, planificadora y de inversión y presupuestaria por parte de las Comunidades Autónomas y la inadecuada colaboración entre el sector público y privado, y

- iv) Los relativos a la financiación, como la insuficiente financiación estatal a las Comunidades Autónomas y la necesidad de tener en cuenta el número real de prescripciones realizadas, no sólo de valoraciones.

3.3.2 Aspectos positivos del SAAD

A pesar del despliegue complejo y desigual del SAAD todos los agentes sociales coinciden en señalar que se trata de un avance significativo al establecer un derecho subjetivo, universal y con condiciones de equidad para su acceso, superando el carácter asistencial y residual que marcan estos servicios sociales. Asimismo, se subraya que el SAAD supone un paso importante en esta área al ofrecer una atención más adecuada y una mayor calidad de vida para muchas personas, con la consiguiente disminución del coste personal y financiero para sus familiares. Por último, se indica que la asignación de más recursos para la atención, especialmente la inversión necesaria para la creación de la capacidad residencial y de centros atención diaria o nocturna necesaria para institucionalizar a la población dependiente que lo necesite, puede dinamizar la economía y contribuir a la creación de empleo.

3.3.3 A modo de recomendaciones: qué cambiar

Como en el caso anterior podemos agruparlas en varios bloques temáticos:

- i) Las relativas a una adecuada gestión de la demanda para evitar los retrasos, como la mayor y mejor distribución de competencias, funciones y financiación de los entes locales y la necesidad de mejorar protocolos de funcionamientos y coordinación entre administraciones.
- ii) Las referidas a los servicios y prestaciones, como la conveniencia de establecer el carácter prioritario en la prestación de servicios, relegando las prestaciones económicas a situaciones residuales y la necesidad de un sistema básico de acreditación de los centros y

servicios, teniendo en cuenta la cualificación profesional, la formación, las *ratios* de personal adecuados al perfil y necesidades de los usuarios y los equipamientos necesarios para la prestación del servicio, y

- iii) Las relacionadas con la cooperación, información, coordinación e integración, como la necesidad de establecer una red pública de servicios conformada en su mayoría por servicios de titularidad y gestión pública, con porcentajes de participación del sector privado y la conveniencia de una segunda descentralización de competencias que desde las Comunidades Autónomas a las corporaciones locales (Diputaciones Provinciales, Cabildos o Consejos Insulares y Ayuntamientos).

3.4. CUESTIONARIO A LOS AGENTES SOCIALES

3.4.1. DEMANDA DE PERSONAS AFECTADAS

3.4.1.1 ¿Existe una información adecuada a los ciudadanos sobre el SAAD y de cómo solicitar la valoración de la situación de dependencia?

- Causas más importantes:

3.4.1.2 Colabora su organización con la Administración Pública en la gestión de la demanda:

En caso positivo, indicar la forma concreta: convenio, etc.

3.4.1.3 Que actividades desarrollan para explicitar la demanda social a iniciativa propia o mediante convenios con la Administración Pública:

- Información general a afectados
- Tramitación de solicitudes de valoración
- Recursos de personas valoradas

3.4.2. OFERTA DE SERVICIOS

3.4.2.1 ¿Existe una adecuación entre el catálogo de servicios que contempla la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia y las necesidades reales de las personas valoradas?

3.4.2.2 ¿Cuales son los servicios más deficitarios en relación con la dependencia? (Enumerar):

3.4.2.3 ¿Existe a medio plazo un déficit/superavit entre la oferta actual de servicios y prestaciones y la demanda reconocida a través de los dictámenes?:

3.4.2.4 ¿Cómo valora la aplicación del copago de las personas en situación de dependencia?

3.4.2.5. ¿Existe una suficiente oferta de profesionales cualificados? ¿Qué perfiles son deficitarios?

3.4.2.6. ¿Cómo valora la calidad media de los centros y servicios?

3.4.2.7. ¿Cómo valora la excepcionalidad del cuidador informal? ¿Qué opina de las políticas de potenciación de la atención domiciliaria y de soporte a las familias? ¿Cómo repercuten en la oferta formal de servicios?

3.4.2.8. ¿Cómo valora la posible integración/coordinación de la atención social y la sanitaria? ¿Cómo repercutirían en la oferta formal de servicios?

3.4.2.9. ¿Existe suficiente integración/coordinación de los diferentes recursos para la atención a la dependencia?

3.4.3. VALORACIÓN Y PROPUESTAS

3.4.3.1. Principales problemas y dificultades que se observan en la implantación del SAAD en:

3.4.3.2 En este momento, qué aspectos considera más positivos en la aplicación del SAAD:

3.4.3.3 ¿Qué aspectos son los que cambiaría y cómo?