



# **PROMOCIÓN DE LA AUTONOMÍA PERSONAL Y ATENCIÓN A LAS PERSONAS EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA.**

## **Aplicación de la Ley 39/2006 en Castilla y León**

### **DOCUMENTO TÉCNICO**

#### **EQUIPO**

**Natividad de la Red Vega**

Doctora en CC. Políticas y Sociología.  
Profesora de Política Social en la Universidad de Valladolid.

**Demetrio Casado Pérez**

Doctor en Farmacia y Diplomado en Sanidad y Psicología.  
Director del Seminario de Intervención y Políticas Sociales (SIPOSO).

**Rafael de la Puente Llorente**

Licenciado en Periodismo y Diplomado en Trabajo Social.  
Técnico del Secretariado de Asuntos Sociales de la Universidad de Valladolid.

**Daniel Rueda Estrada**

Doctor en CC. Políticas y Sociología.  
Profesor de Estructura Social en la Universidad de Valladolid.



PARTE II  
DOCUMENTO TÉCNICO

PROMOCIÓN DE LA AUTONOMÍA PERSONAL Y ATENCIÓN  
A LAS PERSONAS EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA.  
Aplicación de la Ley 39/2006 en Castilla y León

PRESENTACIÓN .....	81
PRIMERA PARTE. PROMOCIÓN DE LA AUTONOMÍA Y ATENCIÓN A LAS PERSONAS EN SITUACIONES DE DEPENDENCIA	
<b>1. APROXIMACIÓN CONCEPTUAL: AUTONOMÍA Y DEPENDENCIA .....</b>	<b>85</b>
<b>1.1 Conceptos y caracterización de la autonomía y de la dependencia .....</b>	<b>85</b>
1.1.1 Autonomía moral y funcional .....	85
1.1.2 Dependencia .....	89
<b>1.2 Factores promotores de autonomía y factores generadores de dependencia .....</b>	<b>90</b>
1.2.1 Factores personales de la autonomía moral .....	90
1.2.2 Factores circunstanciales .....	92
<b>1.3 Referencias europeas en la atención a la dependencia .....</b>	<b>93</b>
<b>2. LA PROMOCIÓN DE LA VIDA AUTÓNOMA Y ATENCIÓN A SITUACIONES DE DEPENDENCIA .....</b>	<b>97</b>
<b>2.1 Antecedentes de la Ley de la promoción de la autonomía personal y protección de la dependencia en España .....</b>	<b>97</b>
2.1.1 La asistencia familiar y los cuidadores domésticos .....	97
2.1.2 Conciliación de la vida familiar y laboral .....	99
2.1.3 Accesibilidad pasiva y activa .....	101
2.1.4 Asistencia sanitaria .....	102
2.1.5 Prestaciones monetarias de la Seguridad Social .....	103
2.1.6 Beneficios fiscales .....	106
2.1.7 Servicios sociales .....	108
<b>2.2 Los derechos y deberes de las personas en situación de dependencia .....</b>	<b>109</b>
2.2.1 Objeto de la Ley .....	110
2.2.2 Definiciones .....	110
2.2.3 Derechos y obligaciones .....	112

<b>2.3</b>	<b>Contenido protector de la ley 39/2006 en el sistema de servicios sociales</b>	114
2.3.1	Principios que sustentan el sistema público de promoción de autonomía y protección a las situaciones de dependencia	114
2.3.2	Estructura de la Ley y grados y niveles de dependencia	116
<b>2.4</b>	<b>Las competencias del Estado y las competencias de las Comunidades Autónomas</b>	119
2.4.1	Marco competencial	119
2.4.2	Consejo Territorial y órganos consultivos del (SAAD)	120
2.4.3	Prestaciones del SAAD: catálogo de servicios y prestaciones económicas	121
2.4.4	Coordinación entre administraciones: Central, Autonómicas y Locales. Los convenios	129
SEGUNDA PARTE. EL FUNCIONAMIENTO DEL SISTEMA PARA LA AUTONOMÍA Y ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA (SAAD) EN CASTILLA Y LEÓN		
<b>3.</b>	<b>PROCEDIMIENTO Y APLICACIÓN DEL SISTEMA PARA LA AUTONOMÍA Y LA ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA (SAAD)</b>	133
<b>3.1</b>	<b>Desarrollo de la LAAD y aplicación reglamentaria en Castilla y León</b>	137
3.1.1	Desarrollo de la normativa y sistema de aplicación en Castilla y León	143
3.1.2	Desarrollo de las prestaciones y de los servicios en Castilla y León	150
<b>3.2</b>	<b>El procedimiento para el reconocimiento de la situación de dependencia y el dictamen técnico</b>	162
3.2.1	Requisitos generales en el procedimiento y su aplicación en Castilla y León	164
a.	<i>Solicitud</i>	164
b.	<i>Valoración</i>	166
c.	<i>Reconocimiento, Resolución y PIA</i>	179
<b>3.3</b>	<b>La coordinación del SAAD con el sistema de servicios sociales y con otros sistemas afines</b>	186
3.3.1	Dependencia y atención sociosanitaria	187
3.3.2	Formación y cualificación en el desarrollo del SAAD	190
a.	<i>Formación y cualificación profesional</i>	190
b.	<i>Formación y acreditación a cuidadores no profesionales</i>	196
3.3.3	La coordinación del SAAD con el sistema laboral	198
<b>3.4</b>	<b>Accesibilidad a las prestaciones del SAAD y su referencia en el territorio</b>	200
3.4.1	Hábitat y dependencia: Los riesgos del territorio	201
3.4.2	La promoción de la autonomía y la atención a la dependencia en la nueva Ley de Servicios Sociales de Castilla y León	208
3.4.3	Grupos de población con especial relevancia en la atención a la dependencia	212
3.4.3.1	<i>Las personas mayores de Castilla y León y los recursos para la atención a las situaciones de dependencia</i>	212
3.4.3.2	<i>Las personas con discapacidad de Castilla y León y los recursos para la atención a las situaciones de dependencia</i>	224
3.4.4	Promoción de la autonomía a través de las nuevas tecnologías y productos de apoyo	239

TERCERA PARTE. LOS PLANTEAMIENTOS FINANCIEROS DE LA LAAD  
Y SU APLICACIÓN EN CASTILLA Y LEÓN

<b>4. LOS PLANTEAMIENTOS FINANCIEROS Y SU APLICACIÓN</b>	247
<b>4.1 La financiación en la LAAD</b>	249
<b>4.2 Algunas consideraciones sobre la financiación de la LAAD</b>	254
<b>4.3 La financiación de LAAD en Castilla y León</b>	257
4.3.1 La financiación garantizada: Nivel mínimo. Aportaciones de la AGE a Castilla y León en 2009	260
4.3.2 La financiación convenida: Nivel acordado 2009	266
4.3.3 Otras aportaciones estatales en 2009: el Plan E	269
4.3.4 Financiación total del Estado para 2009 en Castilla y León	271
<b>4.4 El coste de los servicios y prestaciones en Castilla y León en 2009</b>	272
4.4.1 Servicios y prestaciones entregados en 2009	272
4.4.2 El coste de la Teleasistencia en 2009	279
4.4.3 El coste de la Ayuda a Domicilio en 2009	280
4.4.4 El coste de los Centros de Día/Noche en 2009	281
4.4.5 La atención residencial en Castilla y León en 2009	282
4.4.6 Las prestaciones económicas en 2009	287
4.4.6.1 Coste de la Prestación Económica Vinculada al Servicio (PEVS)	289
4.4.6.2 Coste de la Prestación Económica por Cuidados en Entorno Familiar (PECEF)	290
4.4.6.2 Coste de la prestación económica por asistente personal (PEAP) en 2009	292
4.4.7 Coste global estimado de las prestaciones y servicios del sistema en 2009, en Castilla y León	293
4.4.8 Costes de valoración y gestión	294
<b>4.5 La participación de los beneficiarios / Copago en la Ley</b>	295
4.5.1 El sistema de Reducción de Coste Máximo o/y Copago en Castilla y León	297
4.5.2 Reducción o aporte de los usuarios / Copago de las prestaciones económicas en Castilla y León 2009	308
4.5.3 Copago o reducción del coste máximo de los servicios en Castilla y León 2009	311
<b>4.6 El aporte autonómico 2009 para el SAAD en Castilla y León</b>	315
<b>CONSIDERACIONES FINALES</b>	319
<b>BIBLIOGRAFÍA POR CAPÍTULOS</b>	329
<b>GLOSARIO DE SIGLAS</b>	341
<b>ÍNDICE DE GRÁFICOS Y TABLAS</b>	345



## PRESENTACIÓN

La aprobación de la Ley 39/2006 constituye un avance importante en el panorama nacional de los servicios sociales al considerar la promoción de la autonomía y la atención a las situaciones de dependencia como derecho de la persona, es decir, como un derecho subjetivo para la ciudadanía. También supone un desarrollo en la configuración de un sistema de servicios sociales más homogéneo en el reconocimiento de derechos mínimos en todo el territorio nacional con la concesión de prestaciones económicas iguales para todos, aunque no así con la prestación de servicios, pues éstos tienen una tradición histórica diversa en las distintas Comunidades Autónomas.

Conviene recordar que la promoción de la autonomía y la atención a situaciones de dependencia ya venían siendo atendidas por los Sistemas de Servicios Sociales en las respectivas Comunidades Autónomas. Con la promulgación de esta Ley, junto con los servicios sociales, se constituye el denominado cuarto pilar del Estado de Bienestar. Tenemos así un sistema integrado por lo estipulado en la Ley 39/2006 que reconoce derechos subjetivos aplicables a todo el territorio nacional, que se ha de compatibilizar con los servicios sociales de las 17 leyes autonómicas de servicios sociales más Ceuta y Melilla.

El trabajo que aquí presentamos se centra en la implantación y desarrollo de la Ley de Promoción de la Autonomía y Atención a las Personas en situación de Dependencia en Castilla y León. Se estructura en tres partes con los siguientes contenidos generales.

La primera parte, de carácter introductoria ha sido realizada por Demetrio Casado Pérez; concreta los temas que aborda la Ley que nos ocupa. Esta primera parte nos sirve de referencia en el desarrollo del informe, desde los conceptos y contenidos de la autonomía y la dependencia, y los factores que inciden en ambas dimensiones sin olvidar las referencias europeas en este ámbito. Pone de manifiesto las respuestas que

venían proporcionándose a las dimensiones que contempla la Ley en España, los derechos y deberes de las personas en situación de dependencia, la consideración del contenido protector de la Ley en el sistema de servicios sociales, así como las competencias que el Estado y las Comunidades Autónomas han de asumir para hacer efectiva la misma.

La segunda parte de este informe se centra en el funcionamiento del Sistema de la Ley 39/2006 en Castilla y León. Constituye el cuerpo del trabajo. Analizamos aquí, su incidencia en la población y en los servicios sociales, el desarrollo y la aplicación reglamentaria, todo ello teniendo en cuenta las características sociodemográficas de la Comunidad Autónoma y las modalidades de organización que se van adoptando.

Se presta particular atención a la aplicación de la Ley según los grados y niveles de dependencia, según la normativa y el procedimiento y los requisitos generales de acceso al Sistema a través del baremo de valoración de dependencia, escalas de valoración específica, los dictámenes, las resoluciones y el plan individual de atención.

Constituyen también un punto de interés, los derechos y los deberes de las personas en todo lo referente, no únicamente a los servicios de prevención y promoción, también en la gestión de la demanda y de la oferta y la importancia de las nuevas tecnologías, la información y la comunicación.

La tercera parte se centra en los aspectos financieros y su aplicación. Es bien sabido que esta dimensión condiciona, en buena medida, el avance y desarrollo de la aplicación de la Ley. Por ello, hemos tenido presentes los niveles de protección garantizados y los acordados, junto con las fuentes económicas previstas, los costes efectivos de los servicios y la revisión de la gestión con vistas a una mayor eficiencia. La aproximación a todas estas cuestiones viene presentada en el análisis de datos correspondientes al año 2009 a través de cálculos simulados desde los datos disponibles. Hemos de dejar constancia aquí las importantes aportaciones de Luis Alberto Barriga especialista y atento seguidor de la Ley y su desarrollo.

En la realización del presente estudio se ha venido constatando la necesidad de incluir las dimensiones cualitativas junto con el análisis de los datos referidos a Castilla y León para dar integralidad al proceso de análisis. Para incorporar esta dimensión valorativa hemos contado con las aportaciones de diversos profesionales, técnicos y expertos dedicados a la gestión profesional de la promoción de la autonomía y atención a la dependencia en Castilla y León, a los que queremos manifestar nuestro sincero reconocimiento y agradecimiento.



## **PRIMERA PARTE**

# **PROMOCIÓN DE LA AUTONOMÍA Y ATENCIÓN A LAS PERSONAS EN SITUACIONES DE DEPENDENCIA**





## **1. APROXIMACIÓN CONCEPTUAL: AUTONOMÍA Y DEPENDENCIA**

### **1.1 Conceptos y caracterización de la autonomía y de la dependencia**

La Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia (LAAD, en adelante), aborda los dos objetos y objetivos que indica su enunciado. De este modo, la primera cuestión que nos plantea dicha norma no es otra que identificar sus dos campos y sus dos metas. Antes de abordar esa tarea sobre la propia Ley, vamos a realizar una somera exploración conceptual de la autonomía personal y de la dependencia.

#### **1.1.1 Autonomía moral y funcional**

En un diccionario filosófico de estimable crédito se propone esta definición: "AUTONOMÍA se llama el hecho de que una realidad está regida por una ley propia, distinta de otras leyes, pero no forzosamente incompatible con ellas" (Ferrater Mora, 1965: 161).

Yendo al terreno de lo humano que aquí interesa, de las varias acepciones de la voz "autonomía" que ofrece el Diccionario de la Real Academia Española, hemos de tomar la segunda: "condición del individuo que de nadie depende en ciertos conceptos".

La concepción de la autonomía como capacidad moral ha sido incorporada a la legislación española en el campo de la asistencia sanitaria mediante la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. He aquí algunas de sus principios básicos (art. 2):

1. *La dignidad de la persona humana, el respeto a la autonomía de su voluntad y a su intimidad orientarán toda la actividad encaminada a obtener, utilizar, archivar, custodiar y transmitir la información y documentación clínica.*
2. *Toda actuación en el ámbito de la sanidad requiere, con carácter general, el previo consentimiento de los pacientes o usuarios...*
3. *El paciente tiene derecho a decidir libremente, después de recibir información adecuada, entre las opciones clínicas disponibles.*

El ámbito subjetivo de la Ley 41/2002 es universal. Y prevé expresamente que *"Cuando el paciente, según el criterio del médico que le asiste, carezca de capacidad para entender la información a causa de su estado físico o psíquico, la información se pondrá en conocimiento de las personas vinculadas a él por razones familiares o de hecho."* (art. 5.3.).

La locución "autonomía personal" que adopta la Ley 39/2006 fue utilizada hace años en España por Puig de la Bellacasa en un artículo sobre discapacidad ([1987] 1999). El texto evocado reseña la emergencia del paradigma que el autor denomina mediante la fórmula indicada, de la que se sirve para verter al castellano la expresión *"Independent living"*. Presumimos que el citado quiso evitar la traducción literal de la misma por entender que en lo humano no cabe la independencia, pues los individuos de nuestra especie somos interdependientes por naturaleza. La marca *Independent living* fue creada por un movimiento cuya descripción extractamos seguidamente (Casado, 1995). Se inicia en California al final de los años 60 (Cruz, 1993: 7) y prosperó inicialmente en los Estados Unidos y Escandinavia. Sus protagonistas primeros fueron personas afectadas por grandes deficiencias físicas y, también, ciegos. La referencia negativa de que partieron fue la práctica de derivación a centros asilares de afectados por deficiencias graves, con el subsiguiente bloqueo de sus vidas y de sus personalidades. Frente a esta situación de supeditación de la voluntad, reivindicaron la vida autónoma, en el doble plano de la capacidad personal de elegir y de llevar a cabo las elecciones. Esta ideología comporta una rehabilitación orientada a la meta que se reivindica, desde luego. Mas en los afectados por graves deficiencias físicas, la recuperación de capacidades puede no llegar a permitir el autovalimiento motórico, de modo que se plantea la necesidad de ayuda personal; para que la misma no hipoteque la deseada autonomía de decisión, dicha ayuda debe prestarla un asistente bajo las órdenes del usuario, no un protector tutelar. Las fórmulas prácticas son motivo de discusión (Mitchell, 1990: 212), pero en cualquier caso han de proveerse prestaciones económicas para financiar la ayuda de terceras personas. Por lo demás, la ideología autonomista desarrolla iniciativas de autoayuda –mediante la fórmula del Centro de Vida Independiente–, así como de reivindicación política orientada a la adopción de medidas de apoyo económico y de accesibilidad social (Raztka, 1994).

**Tabla nº 1. Paradigma de la autonomía personal**

Variables	Opciones
Definición del problema	Dependencia de los profesionales, familiares, etc.
Localización del problema	En el entorno: en el proceso de rehabilitación
Solución del problema	Orientación de iguales
	Acción legal propia
	Auto-ayuda
	Control de interesado
	Remoción de barreras
Rol social	Consumidor
Quien controla	Consumidor
<b>Resultados pretendidos</b>	<b>Autonomía personal ("Independent living")</b>

**Fuente:** De Jong, G. (1979). *The movement for independent living: origins, ideology and implications for disability research*. Michigan State University, UCIR. Citado por Puig de la Bellacas, R. (1999). *Concepciones, paradigmas y evolución de las mentalidades sobre la discapacidad*. En Demetrio Casado y Manuel García Viso (comps.). *Discapacidad y comunicación social*. Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalía, p. 60.

El movimiento *Independent living* llegó a conseguir adeptos en países, como los de América Ibérica, donde no era –ni es– frecuente el asilamiento, y donde las posibilidades de que los poderes públicos provean prestaciones monetarias para financiar asistentes personales eran y son harto problemáticas (Cruz, 1993). Como cabe esperar de los imitadores, optaron por traducir literalmente el lema inglés.

Con notable retraso, el movimiento *Independent living* ha sido recibido en España, también sin escrúpulos lingüísticos. Su exponente orgánico más conspicuo es el Foro de Vida Independiente, que se constituyó hace pocos años. En la esfera pública, se produjo la entrada formal de la innovación que reseñamos mediante la Ley 51/2003, de 2 de diciembre, de igualdad de oportunidades, no discriminación y accesibilidad universal de las personas con discapacidad (LIONDAU), que adopta esta definición: "*Vida independiente: la situación en la que la persona con discapacidad ejerce el poder de decisión sobre su propia existencia y participa activamente en la vida de su comunidad, conforme al derecho de libre desarrollo de su personalidad.*" (art. 2).

En el campo de la llamada discapacidad intelectual se utiliza en ocasiones el concepto de autodeterminación, que remite al de autonomía, según muestra este texto:

*Históricamente, el término 'autodeterminación' ha tenido dos principales significados con notable influencia en nuestra comprensión del concepto, ambos con una larga historia de uso fuera del campo de las discapacidades. Estos significados incluyen el uso del término como un concepto personal, refiriéndose a cuestiones de causalidad y control personal en la conducta y en la acción humana, y como un concepto aplicado a grupos de personas refiriéndose a sus derechos de determinar su propio estado político y autonomía. El segundo uso del término, como un derecho político, nacional o corporativo, es el más usado e influye de forma directa en la comprensión del concepto en el campo de los servicios y ayudas para personas con discapacidad. Ambos términos del concepto son sinónimos del término autónomo, un adjetivo que significa: 1) ejercer un control o dominio sobre uno mismo o sobre sí mismo; o tener el derecho o el poder de autonomía (The American Heritage Dictionary of the English Language, 1992), (Wehmeyer, 2001: 113-114).*

Especialmente para el área de la atención a la discapacidad intelectual, está siendo incorporado al acervo de nuestro país el referido concepto de autodeterminación personal haciendo parte del de calidad de vida en la versión de Robert Shalock, en cuya recepción está jugando un papel clave Miguel Ángel Verdugo. Ambos nos dicen que la definición más aceptada en la comunidad científica internacional de calidad de vida es la que propuso el primero en 1996, cuyo tenor es el siguiente: *Calidad de vida es un concepto que refleja las condiciones de vida deseadas por una persona en relación con ocho necesidades fundamentales que representan el núcleo de las dimensiones de la vida de cada uno: bienestar emocional, relaciones interpersonales, bienestar material, desarrollo personal, bienestar físico, autodeterminación, inclusión social y derechos.* (en Verdugo y Shalock, 2001: 108). Quede constancia sin entrar a discutir ni la heterogeneidad de la mezcla ni el orden en que se mencionan sus ingredientes.

En este campo de la discapacidad intelectual, se utiliza también de modo frecuente la noción de autonomía centrada principalmente en la realización de actividades. Sirva como muestra la historia de un caso relatada con gran rigor técnico y de reciente publicación (Troncoso y Flórez, 2006: 236 y 239).

Bien que de modo negativo, la siguiente definición, que aparece en un trabajo de geriatría, refiere la autonomía sólo a la capacidad funcional: *"Grado en el cual el sujeto encuentra dificultad de realizar una serie de actividades de la vida diaria (por ejemplo: cuidado de su aspecto físico, vestirse y desvestirse, hacer gestiones, etc.)"* (Fernández Ballesteros et al, 1996: 38).

En un documento vinculado a la II Asamblea Mundial del Envejecimiento, celebrada en Madrid y en 2002, la Organización Mundial de la Salud (OMS) adopta esta defi-

nición: *"La autonomía es la capacidad percibida de controlar, afrontar y tomar decisiones personales acerca de cómo vivir de acuerdo con las normas y preferencias propias."* (2002: 78). Se trata, salvo mejor interpretación, no sólo de la posibilidad de elegir, sino de hacerlo controlando el campo de opciones y asumiendo los riesgos que toda elección supone: decidir con conocimiento y responsabilidad, en suma.

De lo expuesto se desprende que, en los campos de la discapacidad y de la geriatría y la gerontología, la voz "autonomía" está siendo utilizada en su acepción tradicional para denotar la capacidad de decidir con conocimiento y responsabilidad sobre la propia vida, pero se usa también para indicar la capacidad funcional de llevar a cabo personalmente actividades. Tal vez sea oportuno señalar aquí que en el uso de las citadas disciplinas no suele mencionarse –supongamos que por obvia– la circunstancia de que la autonomía de la persona que vive en sociedad siempre está limitada por normas y relaciones de alcance colectivo.

### 1.1.2 Dependencia

La voz "dependencia" es un sustantivo verbal con tantos significados como relaciones puedan establecerse entre dos términos: dependencia energética de ciertos países, dependencia económica de la mano de obra inmigrante, dependencia política, drogodependencia humana, dependencia humana emocional o, para no alargar más la enumeración, dependencia humana funcional.

Ha hecho fortuna entre nosotros la siguiente definición adoptada en el seno del Consejo de Europa en 1998:

*La dependencia es un estado en el que se encuentran las personas que por razones ligadas a la falta o la pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual tienen necesidad de asistencia y/o ayudas importantes a fin de realizar los actos corrientes de la vida diaria.*

*La dependencia puede afectar a cualquier sector de la población y no sólo a las personas mayores. Si bien es cierto que la dependencia tiende a aumentar con la edad, y que la vejez se caracteriza por aparecer frecuentemente asociada con múltiples problemas de salud, la edad no es el único criterio acerca de este estado. (Consejo de Europa, 1999: 13).*

En el documento antes citado de la OMS se incluye una definición de "independencia" que, dejando aparte la impropiedad de este término en castellano referido a lo humano, nos sirve para, sensu contrario, conocer la noción que adopta la entidad sobre dependencia: *"La independencia se entiende comúnmente como la capacidad de desempeñar las funciones relacionadas con la vida diaria, es decir, la*

*capacidad de vivir con independencia en la comunidad recibiendo poca ayuda, o ninguna, de los demás." (OMS, 2002: 78). En el mismo documento se denotan las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria (ABVD y AIVD) en estos términos: "Las ABVD incluyen, por ejemplo, bañarse, comer, ir al baño y pasear por la habitación. Las AIVD incluyen actividades como ir de compras, hacer las tareas domésticas y preparar comida" (OMS, 2002: 78).*

Así pues, en los campos de la geriatría y la gerontología, y también de la discapacidad, se viene utilizando la palabra dependencia sin adjetivar para denotar la necesidad humana de ayudas para las actividades de la vida diaria. Se explicitan los factores funcionales de esa necesidad pero se mencionan o se implican también los de carácter psíquico. De este modo, cabe decir que la dependencia que interesa a esta exposición es la quiebra de la autonomía igualmente contemplada aquí en sus dos facetas.

## **1.2 Factores promotores de autonomía y factores generadores de dependencia**

Los factores personales propiciadores de la autonomía moral y de la funcional, así como también los relativos a la dependencia, son numerosos y diversos. En aras de la brevedad, enumeramos las clases de los mismos que nos parecen más importantes mediante una tabla. Veamos cual es su estructura.

### **1.2.1 Factores personales de la autonomía moral**

El primer bloque de la tabla incluye los factores de la capacidad de tomar decisiones, es decir, de la autonomía moral. La misma requiere, en primer lugar, conocimiento y capacidad de valoración de las opciones objeto de posibles decisiones, así como de las consecuencias de estas, tanto para el interesado como para los entornos. Obviamente, estas capacidades se ven condicionadas por las facultades cognitivas de los individuos, pero también influye el factor emocional. La ansiedad, la inseguridad, las obsesiones y otras alteraciones mentales, salvo en sus manifestaciones reactivas y circunstanciales, son factores limitantes de la capacidad de tomar decisiones de modo responsable. Por supuesto, tanto el factor cognitivo como el emocional no dependen sólo de la dotación natural de los individuos, sino que ésta se modifica mediante la instrucción, la formación y el desarrollo personal en las facetas relacionadas con los citados factores cognitivo y emocional.

El segundo bloque de la tabla cubre el campo de los factores concernientes a la capacidad de desempeño o realización de actividades, vale decir, autonomía funcional. Ésta es tributaria de los factores antes descritos, pero también viene condicionada por las capacidades físicas y sensoriales; el papel de éstas es obvio. Y

también influyen en la autonomía funcional la capacitación técnica y personal. La primera se refiere a la preparación del individuo para la acción en los entornos. La segunda corresponde a la habilitación para la gestión de la propia vida.

**Tabla nº 2. Factores de autonomía y dependencia (No exhaustivo)**

Factores personales	Factores promotores de autonomía	Factores generadores de dependencia
<b>Capacidad para tomar decisiones (con conocimiento y responsabilidad)</b>		
Cognitivo Emocional	Cuidados de salud prenatales Crianza saludable Atención temprana Atención a los problemas de salud mental	Patologías congénitas y por accidentes del embarazo y del parto Separación temprana (guarderías escuelas de 0-3 años) Patologías adquiridas y accidentes ocurridos en el curso de la vida
Instrucción, formación y desarrollo permanente	Atención educativa adecuada Refuerzos en casos de déficit Desarrollo permanente de la capacidad ejecutiva	Educación permisiva Educación dependizante (sobrepotección)
<b>Capacidad de desempeño o realización</b>		
Cognitivo Emocional Físicos Sensoriales	Los indicados para los factores cognitivo y emocional y análogos para el físico y el sensorial	Negligencia en el desarrollo del currículo común Negligencia en la provisión de prestaciones de habilitación y rehabilitación y de ayudas técnicas
Capacitación personal y técnica	Desarrollo y mantenimiento permanente de capacidades y destrezas Estilo de vida sano Habilitación y rehabilitación sensorial y/o física Provisión de ayudas técnicas personales Envejecimiento activo	Hábitos insalubres Déficit de prevención sanitaria Envejecimiento pasivo

Fuente: elaboración propia.

## 1.2.2 Factores circunstanciales

Inciden también en la autonomía y la dependencia muy diversos factores circunstanciales. En la tabla se enumeran algunas clases de ellos relativos a las posibilidades de hacer efectivas las decisiones y de realizar actividades.

Las circunstancias de los individuos no afectan, en rigor, a su capacidad de tomar decisiones, pero si condicionan y aun bloquean su posibilidad de hacerlas efectivas. Este es un fenómeno que se manifiesta en el común de la población, pero tiene una incidencia especial de signo negativo en algunas clases de situaciones de dependencia. Por de pronto, la enfermedad mental y la discapacidad intelectual intensas pueden abocar a medidas de incapacitación jurídica. Por otra parte, en las poblaciones con esas afectaciones son relativamente frecuentes las condenas penales y las sentencias de privación de libertad (Casado, 2008: 570-582).

La capacidad de desempeño está obviamente condicionada por las características de los entornos. El ejemplo más obvio nos lo ofrece el medio físico: las escaleras constituyen barreras infranqueables para las personas sin funcionalidad en sus piernas; los ascensores y las plataformas elevadoras les posibilitan la movilidad vertical. En el orden simbólico: la información mediante una sola lengua en sociedades plurilingües llega a imposibilitar, por ejemplo, que un enfermo conozca su diagnóstico y prescripciones correspondientes; la elegibilidad de lengua de comunicación asistencial –con auxilio de intérprete si fuera necesario– salva esa barrera (la Fundación 1000, con la colaboración del Real Patronato sobre Discapacidad y de la Junta de Castilla y León, ha publicado folletos con información de interés para la prevención prenatal en las lenguas más frecuentes entre la población inmigrante).

**Tabla nº 3. Factores circunstanciales incidentes en la autonomía y la dependencia (ejemplos)**

Posibilidad	Positivos	Negativos
De hacer efectivas las decisiones	Plenitud de derechos Integración relacional y social libre Poder adquisitivo suficiente Entornos técnicos accesibles y asistidos Ayudas personales	Incapacitación jurídica Prisión y otras limitaciones de origen judicial Limitaciones de facto (internamiento asistencial) Pobreza y marginalidad
De desempeño o realización	Entornos técnicos accesibles y asistidos	Barreras materiales, funcionales o simbólicas en los entornos

Fuente: elaboración propia.

### 1.3 Referencias europeas en la atención a la dependencia

La dependencia funcional, como la discapacidad, afecta a personas de todas las edades. Tanto en el ámbito internacional como en España, no faltan abordajes intelectuales y prácticos que abarcan ese fenómeno en su conjunto. Pero predominan las visiones y acciones especializadas en la discapacidad –o en las personas afectadas por ella– y en el envejecimiento –o en los “mayores”–. Por ello, en esta rúbrica, debemos referirnos a ambos bloques de pensamiento y acción.

Dejando aparte antecedentes anteriores y menos afines al objeto de esta exposición, vamos a mencionar el recordado por Aznar López en un trabajo sobre el mismo (1999: 179). Se trata de la previsión, recogida en el Convenio nº 17 de la Organización Internacional del Trabajo, adoptada en 1925, de un “suplemento de indemnización a las víctimas de accidentes que queden incapacitados y necesiten la asistencia constante de otra persona”. España adoptó esa figura protectora, que vendría denominarse “gran invalidez”.

El Programa de Acción Mundial para las Personas con Discapacidad, de Naciones Unidas (1982), que no visualiza explícitamente las situaciones de dependencia funcional, propone estas tres líneas de acción: prevención, rehabilitación y equiparación de oportunidades (nº 9). En Europa se prestó escasa atención al citado documento y sólo por excepción se puso de manifiesto la omisión en él de la dependencia funcional y de la “asistencia de mantenimiento” (Casado, 1991: 139-149; y 1995: 139-144). Ello no obstante, en los últimos decenios del pasado siglo, los países europeos, con fuerte implicación de sus poderes públicos, desarrollaron sus respuestas de asistencia de mantenimiento –como de las otras líneas de acción– para las situaciones de discapacidad con dependencia de ayuda de tercera persona. Viniendo a España, cabe recordar que la Ley 13/1982, de 7 de abril, de Integración Social de los Minusválidos establece, entre otras prestaciones, un subsidio de ayuda para tercera persona (art. 12.2.c), pensado para afectados sin opción a la protección por gran invalidez de la Seguridad Social.

El siglo pasado, la protección de los riesgos sociales por envejecimiento se desarrolló principalmente mediante prestaciones económicas para la jubilación y por la ampliación de la oferta de servicios sociales gerontológicos. Sin duda por la fuerte tendencia al envejecimiento de sus poblaciones, los países europeos más desarrollados, en los últimos años del siglo xx, fueron muy sensibles a la demanda de “cuidados de larga duración”, y bastante activos en la ampliación de la correspondiente acción protectora pública. Los organismos europeos incorporaron esa línea de cambio a sus agendas, según muestra la iniciativa que, por modo de ejemplo, recordamos seguidamente. En 1996, la Comisión Europea encarga a un equipo de la Universidad

de Lovaina un informe sobre la protección de la dependencia en la edad avanzada en los, a la sazón, 15 miembros de la Unión más Noruega (Pacolet et al., 1998).

El Consejo de Europa abordó la dependencia funcional sin restricciones por edad en su Recomendación nº (98) 9 del Comité de Ministros a los Estados miembros relativa a la dependencia del 18 de septiembre de 1998 (1999:13). En España, una importante obra precursora de la LAAD, producida por el entonces llamado Instituto de Migraciones y Servicios Sociales, aborda también la dependencia en todas las edades (Rodríguez Cabrero, 1999).

El Libro Blanco preparatorio de la LAAD toma como objeto las situaciones de dependencia funcional también para cualquier edad (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2004). En el capítulo que dicha obra dedica al estudio comparado de la protección de las situaciones de dependencia (pp. 667-722) adopta como punto de vista principal la acción pública e identifica estos tres tipos o “sistemas”: “de protección universal”, “de protección a través de la Seguridad Social” y “asistencial”. Extractamos en la tabla nº 4 lo que se propone en la obra, salvo para el tercer tipo, según lo que se indica seguidamente.

**Tabla nº 4. Tipología de sistemas públicos de cuidados personales**

Rasgos	Tipos		Caso
	Protección universal	Seguridad Social	Selectivo
<b>Países incluidos</b>	Países nórdicos y Holanda	Países centroeuropeos (Alemania, Austria y Luxemburgo)	España antes de la LAAD
<b>Regímenes institucionales de la protección</b>	Derecho social universal de ciudadanía	Protección de riesgo social de tendencia universalista	Protección de la población afecta de pobreza y/o de desamparo
<b>Instituciones responsables</b>	Poderes públicos generales	Seguridad Social	Seguridad Social y poderes públicos generales
<b>Financiación pública</b>	Fiscal	Contributiva principalmente	Fiscal
<b>Participación financiera del protegido</b>	Principalmente mediante copago de servicios	Principalmente mediante el topado de las prestaciones económicas	Indirecta en las prestaciones económicas por su insuficiencia y copago
<b>Carga financiera para los poderes públicos</b>	Elevada	Media	Baja

Continúa

Continuación

Rasgos	Tipos		Caso
	Protección universal	Seguridad Social	Selectivo
<b>Contenido prestacional</b>	Predominantemente servicios	Servicios y prestaciones económicas	Servicios y prestaciones económicas
<b>Gestión</b> (caracterización parcial)	Predominantemente pública directa y municipal	Pública centralizada para las prestaciones económicas	Plural

Fuente: Adaptación a partir de Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (2004). *Atención a las personas en situación de dependencia en España. Libro Blanco*, pp. 665-722.

En el Libro blanco, el tercer tipo incluye fundamentalmente a los países del sur de Europa, los cuales vienen teniendo mala fortuna en las tipologías de los estados y de los regímenes de bienestar, principalmente porque se tipifican sin base empírica suficiente o porque se caracterizan en función de sus carencias respecto a países con mayor desarrollo de las políticas sociales. Pese a que se ha producido algún intento de superar esta situación (Sarasa y Moreno, 1995), la pieza comparativa del Libro blanco citada sigue la pauta dominante. De ello resulta un tipo que, aparte de otras posibles limitaciones, no nos parece adecuado al caso español. En vista de ello, hemos sustituido el tipo "asistencial" por dicho caso español, que calificamos de "selectivo". La fundamentación de los rasgos que asignamos a nuestro complejo público de protección de la dependencia anterior a la LAAD puede verse más adelante en la rúbrica que dedicamos a los antecedentes de la misma. En cuanto a la denominación, en primer lugar, la calificación "selectivo" nos parece adecuada a las restricciones de acceso a la protección anterior a la LAAD. Por otra parte, ocurre que la voz "asistencia" –y, consiguientemente, el adjetivo "asistencial"– ha perdido, en nuestro lenguaje de las políticas sociales, su autonomía de significado: "*En nuestra opinión, Seguridad Social y asistencia social son nociones distintas, pero una prestación pertenecerá a uno u otro ordenamiento jurídico en función de la calificación o tipificación que, en cada momento, le conceda el legislador.*" (Alonso Seco y Gonzalo González, 1997: 98).

En España y en la perspectiva del Libro blanco, la tipología que el mismo propone sirve para indicar tácitamente que, partiendo del tipo tercero, se ofrecen dos opciones de mejora político-social: universalismo de base fiscal y Seguridad Social. Y así se plantea de modo expreso en el propio Libro blanco bien que, presumiblemente por el régimen competencial que establece la Constitución, se lleva esa disyuntiva a la cuestión de la fundamentación jurídica de la Ley en ciernes (2004: 243-245). La dialéctica de cambio se aprecia también en la polaridad que formula Rodríguez Cabrero al agrupar, por una parte, el modelo universal fiscal y al de la Seguridad

Social y, por otra, a los, en nuestra nomenclatura, selectivos (2005: 68). Quede dicho que esa polaridad institucional va asociada a la de mayor-menor gasto público.

Aparte de los regímenes institucionales de protección y de la magnitud del gasto público, la comparación internacional ofrece alternativas para los otros rasgos. Para valorarlas debe tenerse en cuenta que no pocas de esas opciones están asociadas a las características propias de las instituciones y organización de los países correspondientes. Así, por ejemplo, el municipalismo de Suecia no puede ser valorado al margen de la sólida tradición de servicio de este escalón administrativo en los mismos y de la racionalidad funcional de su estructuración. Por ello, la búsqueda en el ámbito internacional de criterios de mejora debe dirigirse a los documentos normativos, como la citada Recomendación nº (98) 9 del Comité de Ministros a los Estados miembros del Consejo de Europa (1999: 11-21). En la misma encontramos propuestas concernientes a cuestiones relevantes para la reforma española, como las relativas a la prevención, la integración residencial del afectado, el contenido prestacional y la elegibilidad:

- Preconiza la prevención primaria y reductora de la dependencia.
- Propone que las prestaciones beneficien tanto a los que residen en su domicilio como a quienes lo hacen en establecimientos, si bien recomienda que se favorezca la permanencia en el domicilio.
- Asume las prestaciones tanto en especie como monetarias, éstas directas o indirectas (reembolso de gastos realizados).
- Postula la libertad de elección, incluyendo el acceso a la información necesaria para que esa libertad sea efectiva.

Es de notar que el Consejo de Europa, en la misma fecha y mediante el mismo órgano que la anterior, adoptó la Recomendación nº R (98) 11 sobre organización de la atención sanitaria para los enfermos crónicos (1999: 23-28). Algunos de sus directrices se relacionan especialmente con las de la Recomendación nº (98) 9, como las siguientes:

- Reforzar la prevención primaria y secundaria (nº 1).
- Asegurar la oferta centrada en el paciente y en la comunidad (nº 7).
- Reforzar la oferta para readaptación y atención de larga duración (nº 8).
- Cooperación intersectorial en y entre los servicios médicos y los sociales, tanto a nivel de caso como de organizaciones (nº 9 y 10).

## 2. LA PROMOCIÓN DE LA VIDA AUTÓNOMA Y ATENCIÓN A SITUACIONES DE DEPENDENCIA

La LAAD constituye novedad por la adopción del término dependencia para designar la contingencia antes indicada, pero la acción pública relativa a la misma cuenta en España con muchos antecedentes. Por ello, anteponeamos a la reseña de la Ley la de los que nos parecen principales.

### 2.1 Antecedentes de la Ley de la promoción de la autonomía personal y protección de la dependencia en España

La materia de este epígrafe es muy basta. Por ello la tratamos aquí de modo no exhaustivo y esquemático, y remitimos a los trabajos específicos de los que extractamos la reseña que sigue (Casado, 2006, 2007c y 2009a).

#### 2.1.1 La asistencia familiar y los cuidadores domésticos

En nuestra historia asistencial relativa a la dependencia funcional destacan los establecimientos residenciales para "incurables", "decrépitos", "imposibilitados", "impedidos", "crónicos". Pero esto no significa que la atención asilar haya sido nunca dominante en nuestras sociedades, sino que la misma es más ostensible que la doméstica. En el tiempo anterior próximo a la aprobación de la LAAD, en torno al 90% de los afectos de dependencia funcional residían en domicilios particulares (véase la tabla 5).

**Tabla nº 5. Población dependiente en domicilio y en residencias. España, 2000**

	Moderados	Graves	Severos	Total	%
<b>1. Población 6-64</b>					
a. Domicilio	258.471	158.317	54.018	<b>470.806</b>	<b>95,2</b>
b. Residencia	6.826	5.650	11.064	<b>23.540</b>	<b>4,8</b>
<b>Total</b>	<b>265.297</b>	<b>163.967</b>	<b>65.082</b>	<b>494.346</b>	<b>100,0</b>
<b>2. Población 65 y +</b>					
a. Domicilio	429.755	3 80.908	206.441	<b>1.017.104</b>	<b>88,1</b>
b. Residencia	51.340	37.394	48.723	<b>137.457</b>	<b>11,9</b>
<b>Total</b>	<b>481.095</b>	<b>418.302</b>	<b>255.164</b>	<b>1.154.561</b>	<b>100,0</b>

Continúa

Continuación

	Moderados	Graves	Severos	Total	%
<b>1+2</b>					
Total Domicilio	688.226	539.225	260.459	<b>1.487.910</b>	<b>90,2</b>
Total Residencia	58.166	43.044	59.787	<b>160.997</b>	<b>9,8</b>
<b>Total</b>	<b>746.392</b>	<b>582.269</b>	<b>320.246</b>	<b>1.648.907</b>	
<b>%</b>	<b>45,3</b>	<b>35,3</b>	<b>19,4</b>	<b>100,0</b>	

Fuente: Elaboración de Rodríguez Cabrero, G. (2004) a partir de las fuentes que cita en "La población dependiente española y sus cuidadores". En Casado, D., *Respuestas a la dependencia*. Madrid: Editorial CCS, p. 58.

En el tiempo indicado, los familiares –sobre todo, mujeres– seguían siendo los principales proveedores de cuidados en el domicilio para las situaciones de referencia. Los empleados domésticos y ayudantes personales –muchos de ellos, en la España de hoy, inmigrantes– representaban un porcentaje del 6% aproximadamente del total de los cuidadores; y los cuidadores provistos por los servicios sociales –en su mayor parte públicos– no llegaban al 2,5% del total (Rodríguez Cabrero, 2004: 60). Quede nota igualmente de que también en los otros países europeos la familia era el principal recurso de ayuda a las situaciones de dependencia funcional (Rodríguez Cabrero, 2004: 57-59).

La solución asistencial domiciliaria viene siendo preconizada en España desde la Ilustración (Casado, 2007b: 270-273), por su menor costo y para evitar los graves inconvenientes de los establecimientos asilares. Pese a las evidentes mejoras de las residencias, permanecen los problemas propios de su régimen, por lo que no debe extrañar que los expertos sigan preconizando la permanencia de las personas afectas de dependencia en su entorno habitual, incluyendo su domicilio (Rodríguez Rodríguez, 2006: 52). En este punto es obligado recordar, como suele hacerse, los costes de oportunidad de al menos una parte de los cuidadores. No suele hacerse mención, en cambio, del coste emocional que sufren no pocas personas por no poder asistir a sus familiares. Procede indicar también que la contratación de auxiliares domésticos de acuerdo con la legislación laboral resulta muy costosa para una gran parte de las economías familiares.

En el orden de las tendencias sociales, son bien conocidos ciertos cambios que dificultan la asistencia de las situaciones de dependencia funcional en régimen familiar, especialmente: 1) incremento de la supervivencia de personas afectas de enfermedades y deficiencias graves en edades anteriores a la vejez cronológica, así como y sobre todo de la población de ese estadio, en el que la dependencia alcanza su mayor prevalencia; 2) creciente incorporación de las mujeres al empleo y también a otras manifestaciones extradomésticas de la vida social.

La ayuda familiar es objeto tradicional de la legislación. El Código Civil provee a la atención de las situaciones de dependencia funcional –y a la económica–, tanto de la infancia como de la población que interesa en esta exposición y lo necesite, mediante el llamado derecho de alimentos (título VI). El mismo incluye prestaciones materiales y personales. Están obligados a proveerlas los cónyuges, los ascendientes y descendientes, y los hermanos bajo cierta condición. La ayuda personal cubierta por el derecho de alimentos puede ser provista: de modo directo, mediante la prestación de pensiones, mediante la contratación de servidores domésticos y recurriendo a servicios. Esta última posibilidad ha dado pie a que algunas normas reguladoras del régimen de acceso y económico a y de servicios sociales públicos hayan incluido la exigencia de copago a los familiares en virtud de las obligaciones derivadas del derecho de alimentos (Vilà, 2004: 141 y 142).

La Ley 41/2003, de 18 de noviembre, de Protección Patrimonial de las Personas con Discapacidad establece medidas favorecedoras de la solidaridad familiar. Aparte de las orientadas expresamente al objeto que indica el título de la norma, cabe mencionar la modificación (mediante el art. 12) del Código Civil en materia del contrato de alimentos, por la cual *“una de las partes se obliga a proporcionar vivienda, manutención y asistencia de todo tipo a una persona durante su vida, a cambio de la transmisión de un capital en cualquier clase de bienes y derechos”* (art. 1791).

### 2.1.2 Conciliación de la vida familiar y laboral

Nos parece que está bastante extendida la conciencia de que el común de las madres y no pocos padres sienten un fuerte impulso hacia la crianza de sus hijos. En cambio, predomina la visión de la asistencia a los familiares afectos de dependencia funcional como una carga y un obstáculo para la realización personal. La investigación empírica nos muestra, sin embargo, que es muy frecuente la apreciación de valores en esta función. En un reciente análisis de investigaciones empíricas de los años 2004 y 2005, se confirma la valoración positiva del cuidado infantil, así como que *“El cuidado de mayores y enfermos del propio hogar genera un grado de satisfacción significativamente superior a la mayoría de tareas domésticas (como limpiar, fregar o cocinar) y al empleo.”* (Roger García, 2009:352). Por otra parte, entre otras fuentes, el Libro blanco de la dependencia recoge información indicativa de que la población española, en el supuesto de necesitar cuidados por dependencia funcional de edad avanzada, preferiría recibirlos en el propio domicilio (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2004: 203). Por lo anterior, la conciliación de la vida familiar y laboral no interesa sólo en relación con la crianza, sino también para posibilitar la atención de familiares afectos de la dependencia funcional objeto de este trabajo.

Ante la extensión del enrolamiento laboral, siguiendo pautas internacionales, se asume expresamente en España la política de conciliación de la vida laboral y familiar de las personas trabajadoras mediante la Ley 39/1999, de 5 de noviembre. De las medidas que establece esta norma, son aplicables a situaciones, entre otras, de dependencia funcional la reducción de jornada por motivos familiares y la excedencia por cuidado de familiares, que son incorporadas al Estatuto de los Trabajadores (arts. 37.5 y 46.3).

La reducción de jornada se prevé para dos supuestos (art. 2.2). Primero, para los trabajadores responsables de la guarda legal, no sólo de menores, sino también de *“un minusválido físico, psíquico o sensorial, que no desempeñe una actividad retribuida”*; esa reducción llevará consigo la proporcional del salario, entre un tercio y la mitad. En segundo lugar, la Ley habilita la reducción de jornada a *“quien precise encargarse del cuidado directo de un familiar, hasta el segundo grado de consanguinidad o afinidad, que por razones de edad, accidente o enfermedad no pueda valerse por sí mismo, y que no desempeñe actividad retribuida.”*

La excedencia por cuidado de familiares está prevista por la Ley 39/1999 (art. 4) para dos supuestos también. El primero se refiere a los hijos, de modo que no es de interés para esta exposición. Sí lo es el segundo supuesto: *“para atender al cuidado de un familiar, hasta el segundo grado de afinidad, que por razones de edad, accidente o enfermedad no pueda valerse por sí mismo, y no desempeñe actividad retribuida”* se prevé excedencia por tiempo no superior a un año. La excedencia por cuidado de familiares es incorporada a la Ley 30/1984, de Medidas para la Reforma de la Función Pública (art. 29.4).

La Ley 51/2003, de 2 de diciembre, de igualdad de oportunidades, no discriminación y accesibilidad universal vino a ratificar, mencionando expresamente el supuesto de discapacidad –que eventualmente puede alcanzar la situación de dependencia funcional–, la inclusión de la excedencia por cuidado de familiares en el Estatuto de los Trabajadores (disposición adicional primera) y en la Ley de Medidas para la Reforma de la Función Pública (disposición adicional segunda).

Para valorar adecuadamente las medidas de conciliación indicadas, resulta necesario indicar su alcance y sus limitaciones:

- Las reducciones de jornada y las consiguientes de salarios pueden resultar inaccesibles a personas o familias de escasos recursos.
- En lo que se refiere a las excedencias, el límite de un año para el supuesto de dependencia funcional resulta corto para no pocos supuestos.

En otro orden de cosas, en el tiempo de referencia, ya se habían desplegado iniciativas para prestar apoyos personales y técnicos a los familiares cuidadores; recursos muy necesarios para posibilitar su función con calidad y sin efectos negativos gra-

ves (Rodríguez Rodríguez, 2006). Pero la extensión de esta oferta era insuficiente, poco visible y de calidad insegura.

### 2.1.3 Accesibilidad pasiva y activa

Es factor importante para la permanencia de las personas afectas de dependencia funcional en **domicilio particular** la accesibilidad física del mismo, incluyendo los espacios y elementos comunes de las fincas, en el caso de edificios de varias viviendas y urbanizaciones. Esta condición es importante, no sólo para el afectado de dependencia funcional, sino también para sus cuidadores; la inaccesibilidad de los domicilios se suple con su esfuerzo físico y a costa, no pocas veces, de fatiga y aun lesiones. La accesibilidad tiene una faceta pasiva consistente en la ausencia de barreras físicas que dificulten la movilidad. La tecnología permite, además, la **accesibilidad activa** de los domicilios y de los edificios mediante la dotación de elementos destinados a facilitar el desenvolvimiento en ellos, como, por ejemplo: grúas para las operaciones de acostar y levantar de la cama o acceder al baño; recursos domóticos para mover cortinas, abrir puertas, conectar y desconectar la radio o la televisión; teléfonos de marcaje asistido; plataformas elevadoras y ascensores.

Por supuesto, la permanencia del afectado de dependencia funcional en domicilio particular requiere también la **accesibilidad del medio urbano**, los edificios de uso colectivo, los transportes y las telecomunicaciones. Las barreras en el mismo impiden el desenvolvimiento básico de las personas afectas de dependencia funcional o lo condicionan a la realización de esfuerzos peligrosos por sus cuidadores.

La promoción ideológica y técnica de la accesibilidad del medio físico se inicia en España en los años 70 del pasado siglo. En ese decenio se inicia también la oferta pública de ayudas a los particulares y a entidades asociativas en este campo. En el decenio siguiente, por Real Decreto 620/1981, de 5 de febrero, sobre régimen unificado de ayudas públicas a disminuidos se instituyen, entre otras, las aplicables a movilidad y transporte, incluyendo la adaptación de la propia vivienda (arts. 13 a 16). Actualmente, por el régimen de competencias, están interviniendo en materia de accesibilidad, por orden de protagonismo, las Comunidades Autónomas, los Municipios y el Estado central. Se han llevado a cabo realizaciones estimables, pero los principales enfoques de la acción son, a nuestro parecer, equivocados:

- Pese a que en España se registra una fuerte tendencia al incumplimiento de las normas jurídicas –entre otras–, se está centrando el esfuerzo pro accesibilidad en la promoción de las mismas, a la vez que se presta poca atención a la formación y concienciación de arquitectos e ingenieros.
- Pese a que la provisión de accesibilidad en el medio físico es, obviamente, responsabilidad de los departamentos gestores del mismo (urbanismo, arquitect-

tura, transportes, telecomunicaciones), la acción pública pro accesibilidad se viene centrando en los organismos de servicios sociales.

- Pese a que muchas de las personas en riesgo de dependencia, especialmente las de edad avanzada, y sus familiares, no son expertos en accesibilidad ni tienen información sobre posibilidades para alcanzarla, escasea la acción proactiva.

#### 2.1.4 Asistencia sanitaria

Los servicios sociales –de los que trataremos después– están llamados a jugar el papel principal en la complementación o sustitución de los cuidados familiares –directos o indirectos– a las personas afectas de dependencia funcional. Ha de tenerse en cuenta, por otra parte, la política contraria a los “hospitales de crónicos” para el común de las situaciones de dependencia funcional continuada. Pues bien, aun en ese contexto, según se verá, es necesario contar con la asistencia sanitaria para algunas de dichas situaciones, especialmente en coyunturas de riesgo funcional. Veamos la normativa correspondiente.

La asistencia sanitaria pública garantizada por la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad fue regulada mediante el Real Decreto 63/1995, de 20 de enero, en cuyo Anexo I se relacionan las prestaciones sanitarias, facilitadas directamente a las personas por el Sistema Nacional de Salud y financiadas con cargo a la Seguridad Social o fondos estatales adscritos a la sanidad. Tras alcanzarse la plena financiación fiscal de la acción sanitaria, se promulga la Ley 16/2003, de 28 de marzo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, la cual regula un “Catálogo de prestaciones del Sistema Nacional de Salud” en el que integran estas nueve clases o modalidades de las mismas: *“salud pública, atención primaria, atención especializada, atención sociosanitaria, atención de urgencias, la prestación farmacéutica, la ortoprotésica, de productos dietéticos y de transporte sanitario”* (art. 7.1). Todas esas clases prestacionales conciernen a la prevención y/o atención de las situaciones de dependencia funcional, pero de modo especial la **“Prestación de atención sociosanitaria”** destinada a *“enfermos, generalmente crónicos, que por sus especiales características pueden beneficiarse de la actuación simultánea y sinérgica de los servicios sanitarios y sociales para aumentar su autonomía, paliar sus limitaciones o sufrimientos y facilitar su reinserción social”* (art. 14.1). Dicha atención incluye *“cuidados sanitarios de larga duración”, “atención sanitaria de convalecencia”* y *“rehabilitación de pacientes con déficit funcional recuperables”* (art. 14.2).

El despliegue del citado catálogo se reglamentó mediante el Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la nueva cartera de servicios comunes

del Sistema Nacional de Salud. La misma abarca las modalidades o clases de prestaciones del catálogo, excepto la de "atención sociosanitaria". Esto significa que el acceso a sus prestaciones, al contrario de lo establecido para todas las demás, no está garantizado. Se trata de una muy grave deficiencia del Sistema Nacional de Salud, especialmente respecto a la prevención y atención de situaciones de dependencia.

Hablando de asuntos pendientes, la citada Ley 16/2003, de 28 de marzo, establece que "*La continuidad del servicio será garantizada por los servicios sanitarios y sociales a través de la adecuada coordinación entre las Administraciones públicas correspondientes*" (art. 14.3). Se han tomado muchas iniciativas de coordinación sanitario-social y social-sanitaria, pero falta mucho camino por recorrer, aparte de que deben depurarse aquellas que buscan más resolver problemas de las Administraciones que de los usuarios. Y se trata de una cuestión importantísima para el bienestar de las personas en situación de dependencia funcional y de sus familiares: ciertas altas en hospitales de agudos, por ejemplo, requieren la previsión y provisión de apoyos de servicios sociales que los afectados desconocen y que pueden estar afectados por largas listas de espera...

### 2.1.5 Prestaciones monetarias de la Seguridad Social

Las prestaciones monetarias son un medio muy importante de apoyo a la ayuda autogestionada y a la familiar, si bien pueden aplicarse igualmente a la financiación de bienes –como ayudas técnicas, por ejemplo– o servicios relativos a la dependencia funcional. La Seguridad Social dispensa la inmensa mayoría de esta clase de prestaciones. En sus inicios (Aznar López, 1999: 178 y 179), la acción protectora de los seguros sociales relativa a la dependencia alcanzaba a una parte relativamente pequeña de la población; en la actualidad, por el contrario, su ámbito subjetivo es ampliamente mayoritario. La Ley General de la Seguridad Social (LGSS en adelante), cuyo texto refundido fue aprobado por el Real Decreto Legislativo 1/1994, de 20 de junio, es la norma central de dicha institución. La misma regula el Régimen General de la Seguridad Social (título II), que abarca prestaciones contributivas y no contributivas.

La acción protectora de la **Seguridad Social contributiva** mediante prestaciones para asistencia de mantenimiento en situaciones de dependencia funcional se ha desarrollado tomando como objeto la contingencia que en la Ley 193/1963, de 28 de diciembre, de Bases de la Seguridad Social se denomina "gran invalidez" (base octava). La misma es definida por la LGSS en estos términos: "*Se entenderá por gran invalidez la situación del trabajador afecto de incapacidad permanente y que, por consecuencia de pérdidas anatómicas o funcionales, necesite la asistencia de otra persona para los actos más esenciales de la vida, tales como vestirse, despla-*

*zarse, comer o análogos."* (art. 137.6). La prestación para la gran invalidez consiste en un *"complemento, destinado a que el inválido pueda remunerar a la persona que le atienda"* no menor del 45% de la pensión que corresponda por incapacidad permanente total o absoluta (art. 139.4).

La Ley 26/1990, de 20 de diciembre, por la que se establecen **prestaciones no contributivas** en la Seguridad Social dio un gran paso en el camino de la universalización protectora de aquella institución y, aparte de otros cambios, vino a ocupar el espacio cubierto a la sazón por ciertas prestaciones monetarias de instrumentos político-sociales ajenos a la Seguridad Social (Fondo Nacional de Asistencia Social, protección de afectados por el síndrome tóxico, Ley 13/1982, de integración social de los minusválidos). En lo que interesa aquí, a la protección por gran invalidez del trabajador se sumó la del adulto de edad entre 18 y 65 años afecto de minusvalía de grado igual o superior al 75% y necesidad de ayuda para los actos esenciales de la vida, sin derecho al complemento de la Seguridad Social contributiva y con bajo nivel de ingresos. La prestación consistía en un complemento del 50% sobre la pensión no contributiva unificada de invalidez. Esta protección está incluida en la LGSS (arts. 144 y 145).

Las **prestaciones familiares** de la Seguridad Social han dado ocasión para la regulación de modalidades de las mismas diferenciadas en función de situaciones de dependencia funcional. La protección para beneficiarios de la Seguridad Social contributiva vino a ser doblada también por la Ley 26/1990, de 20 de diciembre, antes citada. En la LGSS vigente, toda la protección familiar que interesa a esta exposición es de carácter contributivo y uniforme. La relativa a situaciones de dependencia funcional consiste en una asignación unificada para los casos de hijos a cargo mayores de 18 años y con un grado de minusvalía igual o superior al 75% y necesidad de *"concurso de otra persona para realizar los actos más esenciales de la vida"* (art.182 bis. c).

**Tabla nº 6. Prestaciones monetarias de la Seguridad Social por dependencia funcional**

Contingencias	Calificaciones administrativas Habilitaciones	Prestaciones por dependencia	Financiación	Régimen de dispensación
1. Dependencia en hijos hasta 18 años		Asignación no diferenciada de la relativa a minusvalía		
2. Dependencia de hijos mayores de 18 años, sean sus padres beneficiarios o no de la Seguridad Social contributiva	Minusvalía-dependencia	Asignación económica unificada	Fiscal	Requisito de ingresos más calificación
3. Dependencia ocurrida antes de la edad de jubilación en adultos incluidos en el Régimen General de la SS	Gran invalidez	≥ 45% de la pensión variable de incapacidad	Contributiva	Requisito de cotización y mediante calificación
4. Idem después de la edad de jubilación		No		
5. Dependencia ocurrida en adultos de entre 18 y 65 años sin derecho a pensión contributiva	Minusvalía-dependencia	50% de la pensión unificada de invalidez	Fiscal	Requisito de ingresos y calificación
6. Idem después de los 65 años		No		

Fuente: elaboración propia.

La tabla muestra la amplia provisión protectora de contingencias consistentes en dependencia funcional por el Régimen General de la Seguridad Social y, a la vez, permite observar algunos importantes huecos. La LAAD podría haber sido orientada a cubrirlos. Lo cual, por cierto, habría permitido al Estado central instrumentar su iniciativa con medios integrantes de su ámbito competencial.

Los regímenes especiales de la Seguridad Social, con algunas variaciones en su regulación, incluyen en sus tablas de contingencia la “gran invalidez” y le dispensan protección específica. Lo mismo cabe decir, en términos generales, de la prestación familiar para situaciones de dependencia. El Seguro Escolar cubre también las situaciones de dependencia, pero la cuantía de sus prestaciones monetarias es muy baja.

Las intervenciones de prevención primaria, rehabilitación e integración no suelen orientarse exclusivamente a tal o cual grado de discapacidad. Hecha esta salvedad, quede nota de dos cambios relativos a **prestaciones activas** en la LGSS. La Ley 39/1999 establece la inclusión en la LGSS (título II, capítulo IV ter) de disposiciones que regulan una nueva prestación económica para el tiempo de suspensión del contrato por riesgo para el embarazo (art. 14). Mediante la Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo (disposición adicional decimoctava), se modifica la regulación de dicha protección y se extiende a la lactancia natural (arts. 134 a 135-ter de la LGSS). Es antecedente básico de estas medidas la Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales, que establece el derecho de suspensión de contrato de la mujer trabajadora embarazada o lactante cuando su puesto de trabajo entrañe riesgos para su estado o función y no resulte posible su integración en otro sin tal inconveniente. La protección de la Seguridad Social consiste en un subsidio paliativo de la pérdida de salario derivada de la suspensión del contrato. Se trata, pues, de una de las piezas de esa medida de prevención de riesgos para la salud, que en algún caso podría abocar a situaciones de dependencia funcional. El segundo cambio es de signo contrario: por la Ley 52/2003, de 10 de diciembre, se derogaron las disposiciones de dicha norma reguladoras de la recuperación.

Los regímenes especiales de la Seguridad Social, en general y con algunas variaciones en su regulación, incluyen prestaciones monetarias por suspensión de contrato de la mujer trabajadora embarazada o lactante.

Al margen de la Seguridad Social, la Ley 32/1999, de solidaridad con las víctimas del terrorismo estableció, además de otras medidas, indemnizaciones para varias contingencias, la gran invalidez entre ellas (art. 6.1).

### 2.1.6 Beneficios fiscales

La política fiscal viene adoptando numerosas y diversas medidas reguladoras de beneficios fiscales en favor de las personas con discapacidades. Los que favorecen directamente a las economías de las personas con discapacidad se incluyen en la normativa de los impuestos sobre las rentas de las personas físicas (IRPF), sobre sociedades, transmisiones patrimoniales, valor añadido, de la Administración Local, adquisición de vehículos en función de problemas de movilidad, etc. De ellas, por su obvia importancia, reseñamos y valoramos seguidamente las del IRPF. La regu-

lación vigente del mismo fue establecida por la Ley 35/2006, de 28 de Noviembre, del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas y de modificación parcial de las leyes de los Impuestos sobre Sociedades sobre la Renta de no Residentes y sobre el Patrimonio. Son muy numerosas las medidas de dicha norma relativas a la discapacidad y todas ellas alcanzan a la dependencia funcional, supuesto que sus ámbitos subjetivos sólo se acotan por los grados menores de afectación, nunca por los mayores. Por esto y en aras de la brevedad, la reseña que sigue no será exhaustiva sino selectiva.

Veamos primero las exenciones. La Ley del IRPF exime de fiscalidad a: las prestaciones y pensiones públicas por la condición de víctima de actos de terrorismo; a las prestaciones que el contribuyente recibe de la Seguridad Social o de entidades que la sustituyan por incapacidad permanente absoluta y gran invalidez –esta última equivalente a dependencia funcional–; las prestaciones económicas públicas por acogimiento de personas con discapacidad; las ayudas económicas públicas por discapacidad con un grado igual o superior al 65% para financiar la estancia en residencias o centros de día; las prestaciones económicas de la LAAD (art. 7.a, f, i, y x).

La Ley del IRPF aplica también la técnica de la reducción de las rentas para la determinación de la renta gravable. Para las percepciones por situaciones entre las que se incluye la dependencia funcional dicha reducción será del 40%: pensiones y haberes pasivos percibidos de la Seguridad Social, clases pasivas y demás prestaciones públicas por incapacidad; prestaciones de mutualidades generales obligatorias de funcionarios, colegios de huérfanos y otras entidades similares (arts. 17 y 18). Además, se minoran los rendimientos del trabajo como trabajadores activos de las personas con discapacidad; la cuantía de la minoración es superior para las situaciones de más graves (art. 20).

En la regulación de la base liquidable, la Ley del IRPF establece reducciones por atención a situaciones de dependencia y envejecimiento. Abarca aquella estos supuestos: aportaciones y contribuciones a sistemas de previsión social constituidos a favor de personas con discapacidad (art. 53); aportaciones a patrimonios protegidos de las personas con discapacidad (art. 54).

La regulación de los mínimos de la base liquidable que, por circunstancias personales y familiares, no se somete a tributación incluye medidas que alcanzan a la dependencia funcional. La Ley beneficia a las situaciones de discapacidad de los descendientes (art. 58), de los ascendientes (art. 59) y del contribuyente, en este caso cuando aquella suponga un grado de minusvalía igual o superior al 65% (art. 60).

La Ley del IRPF, en la determinación de la cuota líquida, contempla también la discapacidad del contribuyente, así como de su cónyuge y parientes próximos en la regulación de las deducciones por inversión en la vivienda habitual (art. 68.1.4º).

La política de beneficios fiscales es muy fácil de regular y de gestionar, esto último en razón de que no requiere montar y mantener organismos de administración *ad hoc*, con esta salvedad: los beneficios por discapacidad incrementan la demanda de valoraciones de la misma. Desde el punto de vista de la equidad, es positivo el trato favorable que la Ley del IRPF hace, en general, de las situaciones de discapacidad más graves. En el platillo de los inconvenientes, es obvia la limitación de las medidas fiscales para alcanzar la universalidad y la progresividad, tan importantes en las políticas sociales. Es conocido que la red fiscal no alcanza –al menos de modo relevante– a los individuos más pobres, en cuanto que sus ingresos, operaciones de ahorro, consumos e inversiones son de muy poca monta y en no pocos casos sin control público.

### 2.1.7 Servicios sociales

Los servicios sociales –con ésta u otra denominación– tienen una ejecutoria secular en la asistencia a situaciones de dependencia. En el tiempo próximo anterior a la aprobación de la LAAD dicha rama de actividades, bien que sin emplear apenas el término “dependencia”, había desplegado la gama completa de las prestaciones correspondientes a la misma en su faceta funcional. Esta es una valoración cualitativa; después veremos el problema de la cobertura de la demanda.

Si asumimos que a los afectados de dependencia les conviene –y desean–, en general, permanecer en su medio, es obvio que el papel principal de los servicios sociales ha de ser posibilitarlo. Así pues, no vamos a comenzar hablando –como suele hacerse– de residencias o medios similares de estancia permanente, sino de las prestaciones de que disponían en el tiempo de referencia los servicios sociales para **apoyar la permanencia en el domicilio**:

- La **teleasistencia**, que es un recurso para situaciones de riesgo; su utilización sin otros apoyos requiere que los usuarios tengan, salvo esas circunstancias de emergencia, capacidad para al menos las actividades básicas de la vida diaria: levantarse y acostarse, asearse, prepararse comida, etc.
- La llamada **ayuda a domicilio**, destinada a proveerse con frecuencia y contenido programados y que debe poder abarcar, mediante uno o más agentes, apoyos personales para las actividades comunes de la vida.
- Los **centros de día y de noche**, que sirven para proveer apoyos de duración diaria larga y ciertas prestaciones técnicas (terapia ocupacional, fisioterapia, terapia cognitiva, etc.). Algunos de ellos se especializan en determinadas afecciones causantes de dependencia, como la enfermedad de Alzheimer.
- Citaremos finalmente las **estancias temporales o de respiro**, necesarias para que los cuidadores familiares puedan atender necesidades propias y circunstanciales: vacaciones, enfermedades, viajes, etc.

Para que sea efectiva la opción de permanecer en el domicilio, es imprescindible disponer de una oferta pública suficiente de las prestaciones reseñadas anteriormente. No ocurría así en el tiempo de referencia para una gran parte de la población, por factores como los que se reseñan seguidamente. Salvo excepciones honrosas, los Ayuntamientos ofrecían ayuda a domicilio escasa, lo que daba lugar estos efectos: sólo una parte de los demandantes tenía acceso a la prestación; el número de horas que se concedían a los usuarios era generalmente insuficiente; el contenido de las prestaciones se refería más a los cuidados domésticos que a los personales. Los organismos públicos mantenían una oferta de centros de día muy inferior a la demanda, con un efecto de exclusión análogo al de la ayuda a domicilio. Las insuficiencias de la oferta pública de apoyos para la permanencia en el domicilio, además de entrañar descobertura, traían consigo el efecto indirecto de estimular la demanda de alternativas residenciales, más caras y, en general, menos deseables desde el punto de vista del bienestar.

Para los casos en los que la permanencia en el domicilio no está indicada, sea por factores técnicos o económicos, se debe poder recurrir a distintas **fórmulas residenciales alternativas a la domiciliaria**: domicilios de acogida, viviendas tuteladas o compartidas y residencias asistidas para estancia continuada durante 24 horas. Estos últimos recursos, aun cuando tengan funciones principalmente de apoyo personal, habrán de contar con o gestionar las atenciones sanitarias que necesiten sus usuarios. Pero no son la misma cosa las residencias asistidas que los hospitales de media o larga estancia.

La cobertura residencial para uso continuado era relativamente mayor que la de los recursos antes indicados, pero adolecía de importantes deficiencias. Por una parte, abundaban los establecimientos de gran tamaño con limitaciones para la individualización del trato. Ocurría, por otra parte, que era escasa la oferta de las fórmulas residenciales alternativas indicadas. Finalmente, en cuanto al acceso, muchos usuarios afectados de dependencia de clase media se topaban con fuertes limitaciones para las plazas públicas por mor del racionamiento de la oferta de las mismas que se realizaba en función de criterios de renta, y no sólo de necesidad asistencial.

## 2.2 Los derechos y deberes de las personas en situación de dependencia

Iniciamos aquí la reseña de la LAAD. Para evitar la necesidad de consultar su texto transcribiremos amplios fragmentos del mismo. En cuanto al análisis, nos serviremos en gran medida del realizado por el Seminario de Intervención y Políticas Sociales (2008). Lo citamos aquí para evitar repetir su mención.

## 2.2.1 Objeto de la Ley

La LAAD:

*... tiene por objeto regular las condiciones básicas que garanticen la igualdad en el ejercicio del derecho subjetivo de ciudadanía a la promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia, en los términos establecidos en las leyes, mediante la creación de un Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, con la colaboración y participación de todas las Administraciones Públicas y la garantía por la Administración General del Estado de un contenido mínimo común de derechos para todos los ciudadanos en cualquier parte del territorio del Estado español. (art. 1.1.).*

Según anuncia su exposición de motivos y establece en disposiciones que veremos después, la LAAD toma como medio principal de acción los servicios sociales, materia objeto de competencia exclusiva de las Comunidades Autónomas –salvo los de la Seguridad Social–. Aquellas, en la citada rama, venían realizando una acción protectora de contenido material no del todo coincidente y, salvo excepciones, sin garantía de acceso. La citada elección de los servicios sociales obligó al legislador a salvar la competencia exclusiva tomada por las Comunidades Autónomas en los mismos. Y lo hace, según lo que establece la disposición final octava, tomando como fundamento jurídico la competencia exclusiva que la Constitución asigna al Estado central en la *"Regulación de las condiciones básicas que garanticen la igualdad de todos los españoles en el ejercicio de todos los derechos y en el cumplimiento de los deberes constitucionales."* (art. 149.1.1º).

Con estas referencias, volvamos al precepto transcrito: 1) la opción de instituir un nuevo derecho subjetivo es autónoma; 2) el objetivo formal de la igualdad viene dado por el fundamento jurídico; 3) la cooperación administrativa, por lo que se refiere a las Comunidades Autónomas y al Estado central, deriva principalmente de la doble competencia indicada. En general, la idea de "cooperación" es objeto de valoración positiva, pero la experiencia muestra que su aplicación en régimen de obligatoriedad suele resultar problemática.

## 2.2.2 Definiciones

La LAAD adopta (art. 2) definiciones explícitas de sus dos objetos materiales; se transcriben y analizan seguidamente; para mostrar los importantes cambios de las definiciones iniciales aparecen subrayadas las adiciones introducidas en el Senado y que fueron aceptadas por el Congreso:

1. *Autonomía: la capacidad de controlar, afrontar y tomar, por propia iniciativa, decisiones personales acerca de cómo vivir de acuerdo con las normas y preferencias propias **así como de desarrollar las actividades básicas de la vida diaria.***
2. *Dependencia: el estado de carácter permanente en que se encuentran las personas que, por razones derivadas de la edad, la enfermedad o la discapacidad, y ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, precisan de la atención de otra u otras personas o ayudas importantes para realizar actividades básicas de la vida diaria **o, en el caso de las personas con discapacidad intelectual o enfermedad mental, de otros apoyos para su autonomía personal.***

La definición inicial de autonomía coincidía casi literalmente con la adoptada en el documento sobre envejecimiento activo de la OMS, antes transcrita, y sitúa aquella en el orden de las decisiones; el añadido del Senado la desdobra a la faceta funcional.

Para acotar el alcance de la voz “dependencia”, se comienza siguiendo el enfoque del Consejo de Europa, cuya definición quedó también transcrita más arriba, pero se adoptan importantes variaciones respecto a ese antecedente:

- Se limitan las situaciones objeto de protección a las de carácter permanente. Quede indicado al respecto que no está garantizada por otras normas la ayuda personal en situaciones de dependencia transitoria como, por ejemplo, las que se producen tras el alta hospitalaria de ciertas enfermedades y traumatismos.
- Las situaciones que se contemplan son, como en la definición del Consejo de Europa, las derivadas de quebras de “autonomía”; ello supone que objetivamente se conceptúa la dependencia como el opuesto a la autonomía, sin duda en su faceta funcional y cabe interpretar que también en la clásica relativa a las decisiones.
- Se adopta como requisito la necesidad de ayuda para las actividades básicas de la vida diaria. Esta restricción a las básicas, que no figura en la definición del Consejo de Europa, debe de estar inspirada en el propósito de limitar el gasto público.
- En su último trámite, se corrige el requisito de la necesidad de ayuda para las actividades básicas de la vida diaria en los casos de personas afectas de “discapacidad intelectual o enfermedad mental”, ampliando aquella a “otros apoyos para su autonomía personal”; indicación ésta manifiestamente indeterminada.

El legislador ha tenido conciencia de que también debía explicitar los significados de las dos referencias de su definición de dependencia, lo que ha hecho en estos términos:

3. *Actividades básicas de la Vida Diaria (ABVD): las tareas más elementales de la persona, que le permiten desenvolverse con un mínimo de autonomía e independencia, tales como: el cuidado personal, las actividades domésticas básicas, la movilidad esencial, reconocer personas y objetos, orientarse, entender y ejecutar órdenes o tareas sencillas.*
4. *Necesidades de apoyo para la autonomía personal: las que requieren las personas que tienen discapacidad intelectual o mental para hacer efectivo un grado satisfactorio de autonomía personal en el seno de la comunidad.*

La definición de actividades básicas de la vida diaria parece clara, pero no ocurre lo mismo en absoluto con la relativa al “apoyo para la autonomía personal”, incluida en el Senado. De este modo, salvo mejor interpretación, por ese flanco queda indeterminado el ámbito subjetivo a la LAAD.

Sin pretensión jurídica alguna, se aportan seguidamente algunos antecedentes sobre la noción de apoyos en la concepción de la Asociación Americana sobre Retraso Mental, que viene teniendo una influencia decisiva en la psicología y las asociaciones del campo de la discapacidad intelectual de España. Como era previsible, a la voz “apoyo” se le da un significado muy amplio: “recursos y estrategias cuyo propósito es promover el desarrollo, la educación, los intereses y el bienestar personal y que mejoran el funcionamiento individual” (2004: 186). Como la definición legal refiere los apoyos a la “autonomía personal en el seno de la comunidad”, parece oportuno indicar las “actividades representativas” de apoyo que enumera la citada fuente para el “Acceso y uso de la comunidad”: “Programa de transporte/viajes compartidos. Entrenamiento en transporte. Habilidades de protección personal. Implicación en ocio/tiempo libre. Oportunidades de tomar conciencia de la comunidad. Modificaciones del vehículo. Oportunidades de uso de la comunidad y de interactuar con servicios genéricos.” (2004: 189).

### 2.2.3 Derechos y obligaciones

La LAAD explicita el derecho de igualdad de protección en estos términos (art. 4.1):

*Las personas en situación de dependencia tendrán derecho, con independencia del lugar del territorio del Estado español donde residan, a acceder, en condiciones de igualdad, a las prestaciones y servicios previstos en esta Ley, en los términos establecidos en la misma.*

Este precepto es la aportación más específica de la Ley. Y es una aportación muy estimable en relación con la disparidad territorial de la oferta pública y de las oportunidades de acceso a la misma en la rama de los servicios sociales, principal medio de acción de la LAAD. Dicho esto, resulta obligado señalar la limitación del alcance de esa igualdad de derecho que la Ley establece. El artículo 1.1, antes transcrito, compromete *“la garantía por la Administración General del Estado de un contenido mínimo común de derechos para todos los ciudadanos en cualquier parte del territorio del Estado español.”* De este modo, la LAAD no instituye la igualdad de acceso para toda la acción protectora derivada de su aplicación, sino sólo la cubierta por la financiación de la Administración General del Estado. Quede anotado, por otra parte, que las dispares regulaciones adoptadas por las Comunidades Autónomas para la aplicación de la LAAD están generando desigualdades que afectan incluso a ese “contenido mínimo”.

En el apartado 2 de su artículo 4, la LAAD establece que las personas en situación de dependencia disfrutarán una selección de doce derechos políticos, civiles y sociales regulados por otras leyes. Puesto que ya están instituidos, la citada disposición pudiera parecer superflua. Cabe justificarla por los riesgos diferenciales que se derivan de las situaciones de dependencia en relación con los derechos seleccionados.

En un precepto siguiente se establece que *“Los poderes públicos adoptarán las medidas necesarias para promover y garantizar el respeto de los derechos enumerados en el párrafo anterior, sin más limitaciones en su ejercicio que las directamente derivadas de la falta de capacidad de obrar que determina su situación de dependencia.”* (art. 4.3). Como los derechos de referencia derivan de normas del Estado central, nos excusamos de abordar en este informe el examen de lo actuado para cumplir el precepto transcrito.

En cuanto a obligaciones, la LAAD se limita al campo burocrático: información para el reconocimiento de la dependencia (art. 4.4). Se obvia así la importante cuestión de la correcta aplicación de las prestaciones que se conceden. Ejemplos: algunos beneficiarios de prestaciones preventivas pueden recibirlas pasivamente y comprometer su eficacia; pensemos en el supuesto de una prestación monetaria que fuera aplicada a fines diferentes de la asistencia al beneficiario; la calidad de los servicios condiciona su valor...

Por seguir el orden del articulado, dejamos para el final de este momento la indicación de que el artículo 5 de la LAAD regula su **ámbito subjetivo**, con este criterio material: estar afectado de dependencia. El mismo se aplica, no sólo a la protección por dicha contingencia, sino a la promoción de la autonomía personal.

## 2.3 Contenido protector de la LAAD en el sistema de servicios sociales

### 2.3.1 Principios que sustentan el sistema público de promoción de autonomía y protección a las situaciones de dependencia

La LAAD establece en su artículo 3 lo que sigue:

*Esta Ley se inspira en los siguientes principios:*

- a) El carácter público de las prestaciones del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia.*
- b) La universalidad en el acceso de todas las personas en situación de dependencia, en condiciones de igualdad efectiva y no discriminación, en los términos establecidos en esta Ley.*
- c) La atención a las personas en situación de dependencia de forma integral e integrada.*
- d) La transversalidad de las políticas de atención a las personas en situación de dependencia.*
- e) La valoración de las necesidades de las personas, atendiendo a criterios de equidad para garantizar la igualdad real.*
- f) La personalización de la atención, teniendo en cuenta de manera especial la situación de quienes requieren de mayor acción positiva como consecuencia de tener mayor grado de discriminación o menor igualdad de oportunidades.*
- g) El establecimiento de las medidas adecuadas de prevención, rehabilitación, estímulo social y mental.*
- h) La promoción de las condiciones precisas para que las personas en situación de dependencia puedan llevar una vida con el mayor grado de autonomía posible.*
- i) La permanencia de las personas en situación de dependencia, siempre que sea posible, en el entorno en el que desarrollan su vida.*
- j) La calidad, sostenibilidad y accesibilidad de los servicios de atención a las personas en situación de dependencia.*
- k) La participación de las personas en situación de dependencia y, en su caso, de sus familias y entidades que les representen en los términos previstos en esta Ley.*
- l) La colaboración de los servicios sociales y sanitarios en la prestación de los servicios a los usuarios del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia que se establecen en la presente Ley*

*y en las correspondientes normas de las Comunidades Autónomas y las aplicables a las Entidades Locales.*

- m) La participación de la iniciativa privada en los servicios y prestaciones de promoción de la autonomía personal y atención a la situación de dependencia.*
- n) La participación del tercer sector en los servicios y prestaciones de promoción de la autonomía personal y atención a la situación de dependencia.*
- ñ) La cooperación interadministrativa.*
- o) La integración de las prestaciones establecidas en esta Ley en las redes de servicios sociales de las Comunidades Autónomas, en el ámbito de las competencias que tienen asumidas, y el reconocimiento y garantía de su oferta mediante centros y servicios públicos o privados concertados.*
- p) La inclusión de la perspectiva de género, teniendo en cuenta las distintas necesidades de mujeres y hombres.*
- q) Las personas en situación de gran dependencia serán atendidas de manera preferente.*

Algunos de los anteriores principios no se ven correspondidos por las disposiciones ejecutivas de la LAAD. Para facilitar el análisis de las mismas, adelantamos aquí las limitaciones de coherencia que nos parecen más importantes:

- La integralidad y la transversalidad de atención que proclaman los apartados c) y d) no está al alcance de la LAAD en razón de que su catálogo de servicios y prestaciones económicas no abarca recursos importantes para la atención a la dependencia, especialmente los de carácter sanitario.
- Las medidas de prevención, rehabilitación y estímulo social y mental que anuncia el apartado g) son harto limitadas en la LAAD, por circunstancias como estas: su déficit sanitario, ya señalado; la limitación de su ámbito subjetivo a las personas con dependencia funcional establecida, que deja fuera las situaciones de riesgo y las fases aguda y subaguda demandantes y propicias para la acción preventiva primaria y para la rehabilitación médica.
- La contribución a la promoción de las condiciones para la autonomía personal que afirma el apartado h), en lo que concierne a los entornos es harto limitada y precaria, ya que la LAAD que no cuenta con ningún recurso propio para ese fin y, mediante su disposición adicional decimoquinta, deriva la responsabilidad práctica a las Comunidades Autónomas y, en el orden normativo, remite a una Ley precedente.

- La colaboración de los servicios sanitarios y sociales que compromete el apartado l) no es objeto de medidas de aseguramiento en la LAAD.

Por otra parte, se echa de menos en la tabla de principios de la LAAD uno especialmente importante para sus objetivos: el de la **continuidad asistencial** (Casado 2009b: 11-12). El mismo es relevante en muy diversos supuestos, de los que vamos a recordar uno a título de ejemplo. Los problemas de salud consistentes en lesiones medulares y en daños cerebrales requieren atención médica y quirúrgica en su fase aguda, que suele prestarse en los servicios hospitalarios especializados. Al concluir esa fase del problema y del tratamiento, una gran parte de los casos deben pasar a hospitales de media estancia para ser objeto de rehabilitación médica y funcional de fase subaguda. La transición debe hacerse sin pausa para no perder las potencialidades de rehabilitación de los pacientes. Al terminar esa segunda fase, los afectados siguen alguna de estas derivas: reintegración a sus domicilios o ingreso en una residencia asistencial. La opción domiciliaria suele requerir supresión de barreras arquitectónicas en el mismo y servicios de apoyo (teleasistencia, ayuda a domicilio, centro de día, etc.). El ingreso en residencia colectiva debe pasar obviamente por conseguir plaza. La Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud reguló la *"prestación de asistencia sociosanitaria"* (art. 14), que incluye cuidados sanitarios de larga duración, atención sanitaria de convalecencia y rehabilitación en pacientes con déficit funcional recuperable. Pero dicha clase asistencial no fue incluida en la cartera de servicios de dicho Sistema regulado por Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, de modo que no está garantizada la continuidad asistencial por esa vía (Casado, 2009: 13 y 14). El catálogo de servicios de la LAAD (art. 15) no incluye la citada prestación, de modo que no tiene capacidad para salvar ese grave riesgo de discontinuidad. El catálogo de servicios de la LAAD sí cuenta con recursos para el siguiente paso del itinerario (servicios de apoyo para la permanencia en el domicilio particular, servicios residenciales), pero para alcanzarlos ha de seguirse un complejo procedimiento de solicitud, valoración, programación y resolución cuya duración es incompatible con la continuidad asistencial.

### 2.3.2 Estructura de la Ley y grados y niveles de dependencia

La LAAD establece una estructura de protección social cuyos elementos principales son los siguientes:

- Objetivos: promoción de la autonomía personal y atención a las situaciones de dependencia (art. 1).
- Régimen jurídico de la protección: garantía mediante la institución de un derecho subjetivo de ciudadanía (art. 1). Ese régimen jurídico no alcanza a lo que la LAAD denomina –aparentemente de modo impropio– *"garantía de accesibilidad y supresión de barreras"* (disposición adicional decimoquinta).

- **Ámbito subjetivo:** población afecta de dependencia (arts. 1.1 y 4.1).
- **Acción protectora:** servicios de prevención de las situaciones de dependencia y de promoción de la autonomía personal (arts. 15.1.a y 21), servicios sociales supletorios de la dependencia funcional (arts. 15.1.b-e y 22 a 25) y prestaciones económicas (arts. 17 a 20).
- **Acceso a las prestaciones:** mediante solicitud, valoración, programación y concesión (arts. 28 a 30).
- **Contenido e intensidad de la protección:** en función de la necesidad y del nivel económico del afectado (arts. 3.e y 33).
- **Financiación pública:** no vinculada institucionalmente y de modo automático al coste de la protección reconocida (arts. 32).

En la estructura apuntada se observa un grave problema de inadecuación en el procedimiento de acceso a las prestaciones de promoción de la autonomía personal. Este objetivo exige intervenir con la máxima antelación posible, es decir, es de **modo proactivo**. La LAAD establece el procedimiento inspirado en el enfoque contrario, el reactivo, por estas dos medidas: 1) limita su acción protectora a quienes ya están afectados de dependencia y 2) actúa a demanda de los mismos.

El medio principal adoptado por la LAAD para discriminar el contenido material de la protección consiste en el diagnóstico del grado de dependencia, cuyas intensidades son definidas por el artículo 26 en los siguientes términos:

1. *La situación de dependencia se clasificará en los siguientes grados:*
  - a) **Grado I. Dependencia moderada:** cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria, al menos una vez al día o tiene necesidades de apoyo intermitente o limitado para su autonomía personal.
  - b) **Grado II. Dependencia severa:** cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria dos o tres veces al día, pero no quiere el apoyo permanente de un cuidador o tiene necesidades de apoyo extenso para su autonomía personal.
  - c) **Grado III. Gran dependencia:** cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria varias veces al día y, por su pérdida total de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, necesita el apoyo indispensable y continuo de otra persona o tiene necesidades de apoyo generalizado para su autonomía personal.
2. *Cada uno de los grados de dependencia establecidos en el apartado anterior se clasificarán en dos niveles, en función de la autonomía de las personas y de la intensidad del cuidado que requiere.*

**3.** Los intervalos para la determinación de los grados y niveles se establecerán en el baremo al que se refiere el artículo siguiente.

Esta escala de gravedad de la dependencia parece apropiada para orientar la graduación de las prestaciones económicas y servicios supletorios de la dependencia, pero sólo por casualidad será apropiada para discriminar y dosificar los servicios de promoción de la autonomía personal. La intervención en pro de este objetivo no depende de la gravedad de afectación, sino de la **potencialidad del afectado** de riesgo para aprovechar los recursos preventivos y rehabilitadores disponibles. Por otra parte, las intervenciones de promoción de la salud no importan solo al destinatario, sino que interesan también a la colectividad; entre otras cosas, porque favorecen la participación productiva de los beneficiados directos y economizan gastos de asistencia de mantenimiento.

Los fallos indicados de la LAAD respecto a la promoción de la dependencia parecen sugerir que la adición de este objetivo al primero previsto en el proceso de elaboración de la LAAD (atención a la dependencia) no fue acompañada de la construcción de la estructura protectora adecuada.

**Tabla nº 7. Adecuación de los criterios de intervención de la LAAD**

Objetivos de la LAAD	Criterios de intervención indicados	Criterios de intervención de la LAAD
Atención a las situaciones de dependencia	Reactividad	Idem
	Asignación de recursos en función del grado de afectación	Idem
	Equidad	Idem
Promoción de la autonomía personal	Proactividad	Reactividad
	Prescripción según la potencialidad del afectado	Prescripción según el grado de afectación
	Eficiencia y beneficio público	Equidad

Fuente: elaboración propia.

Finalmente, el régimen de financiación adoptado por la LAAD es obviamente inapropiado para una protección sustentada en un derecho subjetivo.

## 2.4 Las competencias del Estado y las competencias de las Comunidades Autónomas

### 2.4.1 Marco competencial

El *Libro Blanco* preparatorio de la LAAD (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2005) reseñó diferentes clases de recursos destinados a las situaciones de dependencia funcional. En la elaboración de la Ley se añade al objetivo de atención a la dependencia funcional inicialmente previsto el de la promoción de la autonomía personal. Pese a que este nuevo compromiso es fuertemente tributario de la acción de la rama sanitaria –aparte de otras–, la misma fue ostensiblemente minimizada al diseñar la herramienta del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD), en la que juega un papel estelar la rama de los servicios sociales. Tan es así, que en la exposición de motivos de la LAAD (ap. 2) se proclama el siguiente objetivo institucional: *“Se trata ahora de configurar un nuevo desarrollo de los servicios sociales del país que amplíe y complemente la acción protectora de este sistema, potenciando el avance del modelo de Estado social que consagra la Constitución Española, potenciando el compromiso de todos los poderes públicos en promover y dotar los recursos necesarios para hacer efectivo un sistema de servicios sociales de calidad, garantistas y plenamente universales.”* Pero era –y es– el caso que la instancia que aprueba la LAAD –el Estado (central)– sólo tenía –y tiene– competencia jurídica marginal en servicios sociales, según quedó apuntado anteriormente.

El indicado déficit competencial en servicios sociales del Estado (central) deriva de una cadena de hechos (Casado, 2007a: 122-126) que puede resumirse así: 1) la Constitución no contempló los servicios sociales propiamente dichos; 2) incluye la “Asistencia Social” en su relación de materias susceptibles de ser objeto de competencia por parte de las Comunidades Autónomas (art. 148.1.20); 3) los estatutos de las mismas se apoyaron en esa facultad para tomar competencia exclusiva, no en asistencia social, sino en servicios sociales; 4) esa exclusividad no alcanza a los servicios sociales de la Seguridad Social en cuanto que la legislación básica y el régimen económico de la misma son reservadas por la Constitución al Estado (central).

Los objetivos de la LAAD podrían haberse abordado mediante la ampliación y el perfeccionamiento de las instituciones de protección social sobre las que el Estado central tiene competencia normativa y responsabilidad financiera, pero se eligió una vía cuyo núcleo –los servicios sociales– queda fuera de su responsabilidad y control. Para salvar el problema gratuitamente creado se recurrió a fundamentar la nueva Ley en un precepto subsidiario:

Disposición final octava. Fundamento constitucional

*Esta Ley se dicta al amparo de la competencia exclusiva del Estado para regular las condiciones básicas que garanticen la igualdad de todos los*

*españoles en el ejercicio de los derechos y el cumplimiento de los deberes constitucionales, conforme al artículo 149.1.1.<sup>a</sup> de la Constitución.*

## **2.4.2 Consejo Territorial y órganos consultivos del SAAD**

La pluralidad de agentes responsables del SAAD motiva, sin duda, el establecimiento del Consejo Territorial de aquel por el artículo 8 de la LAAD:

- 1. Se crea el Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia como instrumento de cooperación para la articulación del Sistema. El Consejo estará constituido por el titular del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, y por un representante de cada una de la Comunidades Autónomas, recayendo dicha representación en el miembro del Consejo de Gobierno respectivo que tenga a su cargo las competencias en la materia. Integrarán igualmente el Consejo un número de representantes de los diferentes Departamentos ministeriales. En la composición tendrán mayoría los representantes de las Comunidades Autónomas.*
- 2. Sin perjuicio de las competencias de cada una de las Administraciones Públicas integrantes, corresponde al Consejo, además de las funciones que expresamente le atribuye esta Ley, ejercer las siguientes:*
  - a) Acordar el Marco de cooperación interadministrativa para el desarrollo de la Ley previsto en el artículo 10.*
  - b) Establecer los criterios para determinar la intensidad de protección de los servicios previstos de acuerdo con los artículos 10.3 y 15.*
  - c) Acordar las condiciones y cuantía de las prestaciones económicas previstas en el artículo 20 y en la disposición adicional primera.*
  - d) Adoptar los criterios de participación del beneficiario en el coste de los servicios.*
  - e) Acordar el baremo a que se refiere el artículo 27, con los criterios básicos del procedimiento de valoración y de las características de los órganos de valoración.*
  - f) Acordar, en su caso, planes, proyectos y programas conjuntos.*
  - g) Adoptar criterios comunes de actuación y de evaluación del Sistema.*
  - h) Facilitar la puesta a disposición de documentos, datos y estadísticas comunes.*
  - i) Establecer los mecanismos de coordinación para el caso de las personas desplazadas en situación de dependencia.*
  - j) Informar la normativa estatal de desarrollo en materia de dependencia y en especial las normas previstas en el artículo 9.1.*

- k) Servir de cauce de cooperación, comunicación e información entre las Administraciones Públicas.*

*El Consejo Territorial del Sistema, una vez constituido, acordará sus normas en cuanto a funcionamiento y Presidencia.*

La regulación abierta de la composición del Consejo posibilita la articulación de los órganos responsables de la acción protectora de la LAAD con otros competentes en prestaciones y acciones conexas. Por sus funciones, cabe entender que se trata de un auténtico órgano de gobierno, pero es presumible que su efectividad sea limitada, supuesto que el bloque central y cada Comunidad Autónoma no están vinculados por relaciones jerárquicas de contenido determinado, a la vez que la conducta de sus representantes estará condicionada por intereses diferenciados.

La LAAD regula un órgano asesor denominado Comité Consultivo del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, en el que participan las Administraciones General del Estado, de las Comunidades Autónomas y Locales, y las organizaciones empresariales y sindicales (art. 40). Además de a dicho órgano, la LAAD asigna la condición órganos consultivos de participación institucional a otros tres preexistentes: el Consejo Estatal de Personas Mayores, el Consejo Nacional de la Discapacidad y el Consejo Estatal de Organizaciones no Gubernamentales de Acción Social (art. 41).

### 2.4.3 Prestaciones del SAAD: catálogo de servicios y prestaciones económicas

Las prestaciones del SAAD son reguladas en los artículos 13 a 27 de la Ley. El primero de ellos describe supuestamente los **objetivos** ya enunciados (art. 1.1) en estos términos:

- a) Facilitar una existencia autónoma en su medio habitual, todo el tiempo que desee y sea posible.*
- b) Proporcionar un trato digno en todos los ámbitos de su vida personal, familiar y social, facilitando su incorporación activa en la vida de la comunidad.*

Como se ve: la proposición a) es contradictoria con el hecho de que la LAAD exige a sus beneficiarios que estén afectos de dependencia (arts. 1.1 y 5.1a); la proposición b) elude mencionar la función material de la protección social en las situaciones de dependencia, es decir, la suplencia de la autonomía.

El artículo 14 establece la **estructura de la acción protectora de la LAAD** y anticipa la definición de las prestaciones económicas. Transcribimos íntegramente dicho artículo

y formulamos algunos comentarios sobre sus preceptos generales, dejando para después el examen de las citadas prestaciones económicas.

- 1. Las prestaciones de atención a la dependencia podrán tener la naturaleza de servicios y de prestaciones económicas e irán destinadas, por una parte, a la promoción de la autonomía personal y, por otra, a atender las necesidades de las personas con dificultades para la realización de las actividades básicas de la vida diaria.*
- 2. Los servicios del Catálogo del artículo 15 tendrán carácter prioritario y se prestarán a través de la oferta pública de la Red de Servicios Sociales por las respectivas Comunidades Autónomas mediante centros y servicios públicos o privados concertados debidamente acreditados.*
- 3. De no ser posible la atención mediante alguno de estos servicios, en los Convenios a que se refiere el artículo 10 se incorporará la prestación económica vinculada establecida en el artículo 17. Esta prestación irá destinada a la cobertura de los gastos del servicio previsto en el Programa Individual de Atención al que se refiere el artículo 29, debiendo ser prestado por una entidad o centro acreditado para la atención a la dependencia.*
- 4. El beneficiario podrá, excepcionalmente, recibir una prestación económica para ser atendido por cuidadores no profesionales, siempre que se den condiciones adecuadas de convivencia y de habitabilidad de la vivienda y así lo establezca su Programa Individual de Atención.*
- 5. Las personas en situación de dependencia podrán recibir una prestación económica de asistencia personal en los términos del artículo 19.*
- 6. La prioridad en el acceso a los servicios vendrá determinada por el grado y nivel de dependencia y, a igual grado y nivel, por la capacidad económica del solicitante. Hasta que la red de servicios esté totalmente implantada, las personas en situación de dependencia que no puedan acceder a los servicios por aplicación del régimen de prioridad señalado, tendrán derecho a la prestación económica prevista en el artículo 17 de esta Ley.*
- 7. A los efectos de esta Ley, la capacidad económica se determinará, en la forma que reglamentariamente se establezca, a propuesta del Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, en atención a la renta y el patrimonio del solicitante. En la consideración del patrimonio se tendrán en cuenta la edad del beneficiario y el tipo de servicio que se presta.*

Sobre el apartado 1 conviene recordar que la promoción de la autonomía personal queda limitada a las personas afectas de dependencia (art. 1.1).

El apartado 2 impone la prioridad de los servicios sobre las prestaciones económicas. Dejando ahora a un lado que las así denominadas por la Ley son heterogéneas en cuanto a su naturaleza, la imposición de esa prioridad parece contraria al ideal de autonomía de decisión obviamente abarcada por la autonomía personal cuya promoción es el primer objetivo de la LAAD. La misma debería comenzar por aplicar amplia e intensamente el principio de libre elección del beneficiario respecto a las opciones protectoras.

Las **prestaciones económicas**, además de ser definidas en el artículo 14 –antes transcrito–, son reguladas por los artículos 17 a 20.

El legislador tuvo conciencia de que podría producirse un desbordamiento de la oferta de servicios del Sistema público –de gestión directa o concertada–, por lo cual prevé, en el apartado 3 del artículo 14, la **prestación económica vinculada al servicio**. Se trata de un medio para adquirir los servicios asignados por la aplicación de la LAAD en la oferta mercantil o del tercer sector no concertada. El artículo 17 abunda en la definición indicada y prevé la supervisión controladora de las Administraciones Públicas.

La prestación indicada, al estar afectada obligatoriamente a la adquisición de servicios, no altera la prioridad que la Ley asigna a éstos sobre las prestaciones económicas. En cuanto al motivo de su concesión, hubiera sido deseable agregar a la imposibilidad de acceso la inadaptación y aun la insatisfacción con los servicios de la oferta pública asignados y utilizados.

Pasamos ahora a la **prestación económica para cuidados en el entorno familiar y apoyo a cuidadores no profesionales**. La LAAD define los “cuidados no profesionales” en estos términos: “*la atención prestada a personas en situación de dependencia en su domicilio, por personas de la familia o de su entorno, no vinculadas a un servicio de atención profesionalizada*” (art. 5). El apartado 4 del artículo 14 transcrito establece una prestación económica para dicha modalidad de atención con carácter excepcional. El artículo 18 la regula en estos términos:

1. *Excepcionalmente, cuando el beneficiario esté siendo atendido por su entorno familiar, y se reúnan las condiciones establecidas en el artículo 14.4, se reconocerá una prestación económica para cuidados familiares.*
2. *Previo acuerdo del Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, se establecerán las condiciones de acceso a esta prestación, en función del grado y nivel reconocido a la persona en situación de dependencia y de su capacidad económica.*
3. *El cuidador deberá ajustarse a las normas sobre afiliación, alta y cotización a la Seguridad Social que se determinen reglamentariamente.*

4. *El Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia promoverá acciones de apoyo a los cuidadores no profesionales que incorporarán programas de formación, información y medidas para atender los periodos de descanso.*

Esta prestación es genuinamente económica. El régimen de excepcionalidad de la misma es contradictorio con el objetivo de autonomía de decisión que el legislador asigna a la LAAD. El condicionamiento a la capacidad económica (apartado 2), no de la cuantía o de la intensidad, sino del acceso choca con el universalismo proclamado por el artículo 3.b. La integración de los cuidadores en la Seguridad Social es una novedad neta de la LAAD.

El apoyo a los “cuidadores no profesionales” (apartado 4) es, en rigor, otra prestación y muy necesaria y estimable. Resulta por ello lamentable que la LAAD no la garantice.

La LAAD aporta la novedad prestacional de la “asistencia personal” que define así: *“servicio prestado por un asistente personal que realiza o colabora en tareas de la vida cotidiana de una persona en situación de dependencia, de cara a fomentar su vida independiente, promoviendo y potenciando su autonomía personal”* (art. 2.7). Con carácter excepcional, la LAAD incorpora una prestación económica para facilitar dicho servicio (art. 14.5): **prestación económica de asistencia personal**, la cual es regulada por el art. 19 en estos términos:

*La prestación económica de asistencia personal tiene como finalidad la promoción de la autonomía de las personas con gran dependencia. Su objetivo es contribuir a la contratación de una asistencia personal, durante un número de horas, que facilite al beneficiario el acceso a la educación y al trabajo, así como una vida más autónoma en el ejercicio de las actividades básicas de la vida diaria. Previo acuerdo del Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, se establecerán las condiciones específicas de acceso a esta prestación.*

También la excepcionalidad de esta prestación es contradictoria con el objetivo primero de la LAAD. No cabe apoyar ese régimen en el alto coste de la prestación puesto que la Ley sólo se compromete a “contribuir a la contratación”, no a financiar el 100% de su coste.

La LAAD no asigna a la asistencia personal funciones preventivas ni de desarrollo personal, de modo que la autonomía personal que se menciona en los artículos 2.7 y 19 como objetivo de dicha prestación es sólo autonomía de ejecución de decisiones.

El artículo 20 de la LAAD remite a normas de desarrollo la fijación de la cuantía de **las prestaciones económicas**.

El **catálogo de servicios de la LAAD** es regulado, por el artículo 15 de la misma, en términos generales –que se desarrollan en los artículos 22 a 25–:

1. *El Catálogo de servicios comprende los servicios sociales de promoción de la autonomía personal y de atención a la dependencia, en los términos que se especifican en este capítulo:*
  - a) *Los servicios de prevención de las situaciones de dependencia y los de promoción de la autonomía personal.*
  - b) *Servicio de Teleasistencia.*
  - c) *Servicio de Ayuda a domicilio:*
    - (i) *Atención de las necesidades del hogar.*
    - (ii) *Cuidados personales.*
  - d) *Servicio de Centro de Día y de Noche:*
    - (i) *Centro de Día para mayores.*
    - (ii) *Centro de Día para menores de 65 años.*
    - (iii) *Centro de Día de atención especializada.*
    - (iv) *Centro de Noche.*
  - e) *Servicio de Atención Residencial:*
    - (i) *Residencia de personas mayores en situación de dependencia.*
    - (ii) *Centro de atención a personas en situación de dependencia, en razón de los distintos tipos de discapacidad.*
2. *Los servicios establecidos en el apartado 1 se regulan sin perjuicio de lo previsto en el artículo 14 de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud.*

Merece destacarse, como rasgo positivo, que el orden de enumeración de los servicios sigue el de su deseabilidad técnica: se inicia con los de prevención y la promoción de la autonomía; los de apoyo a la permanencia en el domicilio se anteponen a los de residencia colectiva. El examen de las clases de los mismos pone de relieve, por el contrario, importantes deficiencias del catálogo:

- Frente a la identificación de los servicios del apartado a) por su objetivo, se enuncian los restantes sin esa especificación, de modo que no se sabe si se prevé que actúen sólo para suplir la dependencia o también para contribuir a la autonomía.
- Por otra parte, los citados servicios de las clases b) y e) no vienen identificados en términos de prestaciones técnicas determinadas, sino de vehículos o contenedores de ellas.

Antes de examinar los servicios incluidos en el catálogo, vamos a señalar lo que falta en el mismo. De la rama de los servicios sociales, echamos de menos los medios de aplicación individual estricta, sobre todo el trabajo social de caso y la gestión de caso. Ambos son especialmente necesarios en las situaciones de dependencia sin apoyos familiares capacitados para la información y la gestión asistenciales y, en rigor, no estaban garantizados por las leyes de servicios sociales vigentes en el momento de aprobarse la LAAD. Faltan también en el catálogo los servicios sanitarios específicos para las situaciones de dependencia. El inciso 2 del artículo que comentamos ahora hace una remisión a la normativa sanitaria que parece dar a entender que la misma cubre ese flanco, pero es lo cierto que el mismo estaba desguarnecido. El artículo 14 de la Ley 16/2003 regula la “Prestación de atención sociosanitaria”, la cual incluye estas prestaciones: “cuidados de larga duración”, “atención sanitaria a la convalecencia” y “rehabilitación en pacientes con déficit funcional recuperables”. Pero esa “Prestación de atención sociosanitaria” no está garantizada por el Sistema Nacional de Salud; ello deriva de haber sido excluida de su catálogo de servicios regulado por Real Decreto de 15 de septiembre de 2006. De este modo, el endoso que parece hacer la LAAD al Sistema Nacional de Salud se encuentra con la insolvencia del mismo.

Vamos a examinar ahora el **alcance de los servicios incluidos en el catálogo**, que son regulados en los artículos 21 a 25 de la LAAD.

La clase “Servicios de prevención de las situaciones de dependencia y los de promoción de la autonomía personal” que encabeza el catálogo (art. 15.1 a) es objeto de regulación en el artículo 21, pero sólo parcialmente, puesto que se refiere únicamente a la “*prevención de las situaciones de dependencia*”; en los siguientes términos:

*Tiene por finalidad prevenir la aparición o el agravamiento de enfermedades o discapacidades y de sus secuelas, mediante el 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. Con este fin, el Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia acordará criterios, recomendaciones y condiciones mínimas que deberían cumplir los Planes de Prevención de las Situaciones de Dependencia que elaboren las Comunidades Autónomas, con especial consideración de los riesgos y actuaciones para las personas mayores.*

Como quedó dicho, la LAAD limita su ámbito subjetivo a los afectados de dependencia (art. 5.1.a). De este modo, el objetivo de “prevenir la aparición” de las situa-

ciones de dependencia queda fuera de su objeto. Cabría celebrar este exceso de celo de la LAAD en razón del obvio interés del objetivo, pero ocurre que los planes que la LAAD encomienda a las Comunidades Autónomas no constituyen novedad sustantiva sobre lo establecido por la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. La misma asigna al sistema sanitario funciones de prevención de las enfermedades y de las deficiencias –la dependencia es un efecto posible de unas y otras–, incluyendo la rehabilitación (arts. 3.1, 6.3, 6.5, 18.2, 18.5 y 19). Como quiera que las Comunidades Autónomas tienen trasferida la gestión de la acción sanitaria, ya era parte de su responsabilidad la prevención de la dependencia; los “planes” que les encomienda la LAAD son meras formas de gestión.

La LAAD regula el **servicio de teleasistencia** mediante su artículo 22, en los siguientes términos:

1. *El servicio de Teleasistencia facilita asistencia a los beneficiarios mediante el uso de tecnologías de la comunicación y de la información, con apoyo de los medios personales necesarios, en respuesta inmediata ante situaciones de emergencia, o de inseguridad, soledad y aislamiento. Puede ser un servicio independiente o complementario al de ayuda a domicilio.*
2. *Este servicio se prestará a las personas que no reciban servicios de atención residencial y así lo establezca su Programa Individual de Atención.*

Como se ve, la LAAD limita la teleasistencia a la cobertura de necesidades personales en situaciones críticas. Hacemos este comentario porque dicho servicio se presta en régimen comercial para cubrir también otra clase de demandas.

El **servicio de ayuda a domicilio** es regulado por la LAAD en su artículo 23, del modo siguiente:

*El servicio de ayuda a domicilio lo constituye el conjunto de actuaciones llevadas a cabo en el domicilio de las personas en situación de dependencia con el fin de atender sus necesidades de la vida diaria, prestadas por entidades o empresas, acreditadas para esta función:*

- a) *Servicios relacionados con la atención de las necesidades domésticas o del hogar: limpieza, lavado, cocina u otros.*
- b) *Servicios relacionados con la atención personal, en la realización de las actividades de la vida diaria.*

La LAAD toma como objeto de protección las situaciones de dependencia para las ABVD y en la definición de las mismas se incluye la “movilidad esencial” (art. 2.3). Cabría entender que la misma incluye ciertas actividades fuera del domicilio, como la participación en juntas de vecinos, la emisión de votos, la comparecencia en juz-

gados, etc. Parece que, por encima de la literalidad de su denominación, el Servicio de Ayuda a Domicilio (SAD) debería cubrir tales necesidades. La regulación del artículo 23 no permite dar con seguridad una respuesta afirmativa.

El **servicio de centro de día y de noche** es regulado por el artículo 24 de la LAAD como sigue:

- 1. El servicio de Centro de Día o de Noche ofrece una atención integral durante el periodo diurno o nocturno a las personas en situación de dependencia, con el objetivo de mejorar o mantener el mejor nivel posible de autonomía personal y apoyar a las familias o cuidadores. En particular, cubre, desde un enfoque biopsicosocial, las necesidades de asesoramiento, prevención, rehabilitación, orientación para la promoción de la autonomía, habilitación o atención asistencial y personal.*
- 2. La tipología de centros incluirá Centros de Día para menores de 65 años, Centros de Día para mayores, Centros de Día de atención especializada por la especificidad de los cuidados que ofrecen y Centros de Noche, que se adecuarán a las peculiaridades y edades de las personas en situación de dependencia.*

La clasificación de los centros por edades parece inconveniente por circunstancias como éstas: 1) lo que debe cualificar a los centros de servicios técnicos son las prestaciones que ofrecen y los centros de día y de noche son establecimientos que pueden dispensar varias clases de prestaciones; 2) la división por edades puede ser discutida para una gran parte de las prestaciones de esos centros, como las de alimentación, gimnasia y fisioterapia, sesiones de televisión, etc.; 3) la unidad del establecimiento no impide la división interna en secciones para ciertas funciones; 4) la división por edades y especialidades redundará en la imposibilidad, por carencia de masa crítica de usuarios, de dotar de estos servicios a las zonas de bajo doblamiento.

El artículo 25 de la LAAD regula el **servicio de atención residencial**, en los términos que trascribimos seguidamente:

- 1. El servicio de atención residencial ofrece, desde un enfoque biopsicosocial, servicios continuados de carácter personal y sanitario.*
- 2. Este servicio se prestará en los centros residenciales habilitados al efecto según el tipo de dependencia, grado de la misma e intensidad de cuidados que precise la persona.*
- 3. La prestación de este servicio puede tener carácter permanente, cuando el centro residencial se convierta en la residencia habitual de la persona, o temporal, cuando se atiendan estancias temporales de convalecencia o durante*

*vacaciones, fines de semana y enfermedades o periodos de descanso de los cuidadores no profesionales.*

4. *El servicio de atención residencial será prestado por las Administraciones Públicas en centros propios y concertados.*

Al menos en el orden terminológico, la LAAD deja a un lado fórmulas residenciales alternativas a la convencional, como el acogimiento familiar, las viviendas tuteladas o las unidades de convivencia. Éstas, en general, son más propicias para la conservación y promoción de la autonomía personal.

La asignación a las residencias de funciones sanitarias choca con la opción general que hace el legislador por los servicios sociales –aparte de las prestaciones económicas– para el ejercicio de la acción protectora de la LAAD.

A la especialización de las residencias que parece apuntar el apartado 2, cabe aplicarle las consideraciones que hicimos para análoga opción respecto a los centros de día y de noche.

#### **2.4.4 Coordinación entre administraciones: Central, Autonómicas y Locales. Los convenios**

La exposición de motivos de la LAAD anticipa la exigencia de cooperación y coordinación entre las Administraciones Públicas, tanto en la dimensión sectorial como en la territorial. La cooperación interadministrativa es uno de los principio adoptados por la Ley (art. 3.ñ). La necesidad de aquella deriva sobre todo de la división de responsabilidades entre la Administraciones General del Estado y de las Comunidades Autónomas (art. 7). Al servicio de la misma, la LAAD crea el Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (art. 8), reseñado anteriormente y que es definido como "*instrumento de cooperación para la articulación del Sistema*"; vale decir para su coordinación. Cabe mencionar aquí el Sistema de Información del Sistema para la Autonomía y la Atención a la Dependencia (art. 37), por su función auxiliar a la coordinación.





## **SEGUNDA PARTE**

# **EL FUNCIONAMIENTO DEL SISTEMA PARA LA AUTONOMÍA Y ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA (SAAD) EN CASTILLA Y LEÓN**





### 3. PROCEDIMIENTO Y APLICACIÓN DEL SISTEMA PARA LA AUTONOMÍA Y LA ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA (SAAD)

La LAAD en sus aspectos generales, a los que nos hemos referido en los capítulos anteriores, supone un avance en el desarrollo de los derechos subjetivos en el ámbito de la protección social. La concreción de la Ley, a través de un sistema articulado de servicios y prestaciones, plantea retos y desafíos que se han ido concretando a medida que se van aplicando sus preceptos en el contexto territorial de las Comunidades Autónomas. A continuación, exponemos algunos de los principales aspectos que explican el funcionamiento del SAAD y su concreción en Castilla y León.

Como indica el artículo 16.1 de la LAAD, las prestaciones y servicios del SAAD quedan integradas en la **red de Servicios Sociales** de las respectivas Comunidades Autónomas (CC.AA), desde las competencias que las mismas tienen asumidas. Por su parte, la Administración General del Estado (AGE) debe garantizar un contenido mínimo común de derechos para todos los ciudadanos, en cualquier parte del territorio del Estado español (art. 1, LAAD).

El SAAD se configura como un sistema de protección universal con tres finalidades principales: a) garantizar las condiciones básicas y el contenido común del derecho a la atención en las situaciones de dependencia, b) integrar todos los centros y servicios –públicos y privados– en una red pública y c) promover la autonomía personal de todas las personas en situación de dependencia.

El Sistema se articula con la colaboración y participación de todas las Administraciones Públicas, lo cual no es sencillo porque cada Comunidad Autónoma dispone de competencias exclusivas en materia de Servicios Sociales<sup>1</sup>. En el **Consejo Territorial**

---

<sup>1</sup> En el caso de Castilla y León, tales competencias quedan atribuidas según lo establecido explícitamente en el art. 70.1.10º de su Estatuto de Autonomía (L.O. 14/2007, de 30 de noviembre).

del SAAD se acuerdan las directrices de la cooperación administrativa. En el seno del Consejo se establecen los servicios, condiciones y cuantías de las prestaciones económicas. Este órgano permite pactar los criterios comunes de actuación y evaluación en lo que se refiere a los baremos de valoración de las situaciones de dependencia, la participación del beneficiario, las condiciones de los servicios o los cauces de comunicación e información del propio Sistema.

El artículo 10 de la LAAD establece que la AGE y las CCAA deben acordar en el Consejo Territorial el marco de cooperación interadministrativa que se desarrollará mediante los correspondientes convenios. Desde 2007, todas las CCAA vienen estableciendo los respectivos convenios de colaboración con la AGE para la implantación del SAAD. Además, las Entidades Locales (EELL) participan en la gestión de los servicios de atención a las personas en situación de dependencia, de acuerdo con la normativa de sus respectivas CCAA y dentro de las competencias que la legislación vigente les atribuye.

Como veremos en el capítulo siguiente, la AGE define un **nivel mínimo de protección** que garantiza financieramente el Sistema. Además, la Ley contempla un **segundo nivel de protección**, mediante un régimen de cooperación y cofinanciación entre la AGE y las CCAA para el desarrollo y aplicación de las demás prestaciones y servicios contemplados. Finalmente, las CCAA pueden desarrollar, si así lo estiman oportuno, un **tercer nivel adicional** de protección a los ciudadanos.

Las principales **competencias autonómicas** que, en materia de promoción de la autonomía y atención a situaciones de dependencia, desarrollan dentro de su territorio son las de planificación, coordinación y dirección de los servicios de atención; gestión de los recursos (Ej. valoración, PIA, prestaciones); establecimiento de la coordinación sociosanitaria; creación y actualización del registro de centros y servicios; inspección y evaluación. Por su parte, las **EELL** deben colaborar en la gestión de los servicios de atención participando, con su red de servicios sociales, en el proceso de valoración –informe del entorno– y de diseño, gestión y evaluación del Programa Individual de Atención (en adelante PIA), cuando este se lleve a cabo en el propio entorno de convivencia. En la siguiente tabla mostramos las principales competencias que cada una de las Administraciones tiene encomendadas en el SAAD, según la LAAD:

**Tabla nº 8. Competencias atribuidas por la LAAD a las Administraciones Públicas**

<p><b>Administración General del Estado (art. 9)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; Determinar y financiar el nivel mínimo de protección (con la información aportada por el Consejo Territorial).</li> <li>&gt; Establecer y mantener el Sistema de Información y la Red de Comunicaciones del Sistema (Cap. III, art. 37 y 38).</li> </ul>
<p><b>Comunidades Autónomas (art. 11)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Planificar, ordenar, coordinar y dirigir los servicios.</li> <li>• Gestionar servicios y recursos necesarios para valoración y atención a la dependencia.</li> <li>• Establecer procedimientos de coordinación socio-sanitaria creando, en su caso, los órganos de coordinación que procedan.</li> <li>• Crear y actualizar el Registro de Centros y Servicios.</li> <li>• Asegurar la elaboración de los correspondientes PIAs.</li> <li>• Inspeccionar y, en su caso, sancionar los incumplimientos sobre requisitos y calidad de los centros y derechos de los usuarios.</li> <li>• Evaluar el funcionamiento del Sistema.</li> <li>• Definir, con cargo a sus presupuestos, niveles de protección adicionales.</li> </ul>
<p><b>Entidades Locales (art.12)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; Participar en la gestión de los servicios.</li> <li>&gt; Participar, con su red de servicios sociales, en el proceso de valoración –informe del entorno– y de diseño, gestión y evaluación del PIA, cuando este se lleve a cabo en el propio entorno de convivencia.</li> </ul>

**Por acuerdo entre la Administración General del Estado y las Comunidades Autónomas (art. 10)**

Establecimiento de convenios que fijan objetivos, medios y recursos para aplicación de los servicios y prestaciones, incrementando el nivel mínimo de protección, y comprometiendo la financiación necesaria para llevarlo a cabo.

**Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y la Atención a la dependencia (art. 8)**

- Acordar el marco de cooperación interadministrativa.
- Establecer criterios para determinar la intensidad de protección de los servicios del catálogo.
- Acordar las condiciones y cuantías de las prestaciones económicas.
- Adoptar los criterios de participación del beneficiario en el coste de los servicios.
- Acordar el baremo, los criterios básicos del procedimiento de valoración y de las características de los órganos de valoración.

Continúa

### **Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y la Atención a la dependencia (art. 8)**

- Acordar, en su caso, planes, proyectos y programas conjuntos.
- Adoptar criterios comunes de actuación y de evaluación del Sistema.
- Facilitar la disposición de documentos, datos y estadísticas comunes.
- Establecer mecanismos de coordinación para las personas desplazadas.
- Informar sobre la normativa estatal de desarrollo en materia de dependencia y de esta Ley, incluida la definición del nivel mínimo de protección.
- Establecer criterios comunes de acreditación de centros y planes de calidad, así como mecanismos para garantizar la calidad del Sistema (criterios de calidad y seguridad de centros y servicios, indicadores de calidad, guías de buenas prácticas y cartas de servicios (art. 34.2).

---

**Fuente:** García Herrero, G. y Ramírez Navarro, J. M. (2008): *Ley de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia. Análisis y comentarios*. C.G.T.S. Libros Certeza. Zaragoza.

En el año 2010, el SAAD cumple tres años desde su creación. Para su efectivo funcionamiento se han necesitado las fases de desarrollo normativo del sistema y la paulatina puesta en marcha de los respectivos sistemas autonómicos. En este tiempo, el Sistema se ha edificado buscando la concordancia administrativa, aunque –según las primeras evaluaciones realizadas– se han encontrado aspectos que deberán ser subsanados paulatinamente, y que mostraremos más adelante.

En todo caso, cualquier valoración que se realice sobre el funcionamiento del SAAD debe tener presente que el Sistema tiene implicados a múltiples actores con sus objetivos, intereses y demandas. Además, el SAAD ha generado un procedimiento administrativo y técnico inédito hasta la fecha, tanto para usuarios como para profesionales. Se trata de un complejo proceso que incluye múltiples casuísticas, fases e implicaciones (Ej. valoración, cálculo de la aportación del usuario, elección del recurso, consulta, determinación del Programa Individual de Actuación, etc.).

Desde estas consideraciones, a continuación exponemos los principales aspectos del procedimiento y aplicación del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, y las derivaciones que se refieren al ámbito de Castilla y León.

### 3.1 Desarrollo de la LAAD y aplicación reglamentaria en Castilla y León

Como ya indicamos anteriormente, la LAAD, a lo largo de su articulado, se ocupa del derecho subjetivo de las personas en situación de **dependencia permanente** para desarrollar de la forma más normalizada posible las denominadas “Actividades Básicas de la Vida Diaria”<sup>2</sup> (ABVD) –incluyendo la promoción de su autonomía– y el derecho a recibir unos servicios y prestaciones, integrados en la red pública de Servicios Sociales de las respectivas Comunidades Autónomas y definidos en un catálogo que figura en la Ley. Para ser beneficiario de los servicios y prestaciones del Sistema es necesario obtener el reconocimiento administrativo de encontrarse en situación de *dependencia*, lo cual requiere la tramitación a través de un procedimiento administrativo.

Por tanto, el primer paso del SAAD consiste en regular las **valoraciones de las situaciones de dependencia**. Para ello, se han determinado unos órganos especializados para emitir el dictamen de la valoración, como resultado de la aplicación del Baremo de Valoración de la Dependencia (BVD) o de la Escala de Valoración Específica (EVE) para los menores de 3 años de edad. La resolución administrativa de dependencia da lugar a la elaboración de un Programa Individual de Atención (PIA). Por tanto, la Administración Pública es responsable tanto de dictaminar del grado y nivel de dependencia, de acuerdo a los resultados de la aplicación del instrumento correspondiente, como de la elaboración del PIA y la prescripción de los servicios y prestaciones correspondientes.

El reconocimiento de la situación de dependencia y el derecho a las prestaciones del SAAD se regulan en el Capítulo IV del Título I de la LAAD. En concreto, los artículos 28 y 29 establecen el acceso al sistema para el reconocimiento de la situación de dependencia y la asignación de la consiguiente prestación social adecuada a dicha situación.

El **Real Decreto 504/2007**, de 20 de abril, aprueba el baremo de valoración de la situación de dependencia establecido en la LAAD. A partir de entonces queda configurado el procedimiento de valoración, que debe ser iniciado a instancia del ciudadano (o su representante legal). Éste será evaluado por los órganos designados por las Comunidades Autónomas (CCAA). En la actualidad, todas las CCAA gestionan

---

<sup>2</sup> La definición y clasificación de las “Actividades Básicas de la Vida Diaria” posee precedentes jurídicos asociados a la valoración de la discapacidad. Como ejemplo reciente, el Real Decreto 1971/1999, de 23 de diciembre, de procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación del grado de discapacidad, denomina y delimita los “actos esenciales de la vida diaria” en los que el individuo requiere el concurso de una tercera persona para poder ejecutarlos.

las solicitudes de valoración y reconocimiento de la situación de dependencia, aunque con algunas diferencias en la modalidad y el proceso que utilizan los sistemas autonómicos para la Autonomía y Atención a la Dependencia.

La acumulación, tratamiento y explotación de la información sobre los procesos administrativos de valoración y reconocimiento de las situaciones de dependencia permite, entre otras cosas, analizar en profundidad la estructura, cobertura y desarrollo del SAAD. De igual modo, los resultados estadísticos sirven de cauce de cooperación, comunicación e información entre las Administraciones Públicas. La AGE, a través de sus infraestructuras de comunicaciones y servicios telemáticos, tiene la responsabilidad de establecer una red de comunicaciones que facilite y dé garantías de protección al intercambio de información entre los integrantes del SAAD. El **Servicio de Información del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia** (SISAAD) es quien establece los objetivos y contenidos comunes de la información gestionada por el SAAD<sup>3</sup>. El SISAAD recopila los datos sobre el número de solicitudes, valoraciones, dictámenes, prestaciones económicas y servicios del Sistema.

Según las cifras del SISAAD, a 1 de enero de 2010, había 1.141.608 solicitudes de valoración de la situación de dependencia, distribuidas en los 17 territorios autonómicos y las ciudades autónomas de Ceuta y Melilla. Andalucía es la que posee el mayor porcentaje de solicitudes (29,5%), junto a Cataluña (15,4%). Se han emitido 1.021.830 dictámenes, lo que representa que hay un 89,5% de respuesta a las solicitudes tramitadas. Cataluña, siendo la segunda Comunidad Autónoma que registra más solicitudes (175.530), alcanza un 98,7% de respuesta mediante dictamen de resolución.

---

<sup>3</sup> Este sistema se enuncia en los artículos 37 y 38 de la LAAD y se crea por Acuerdo del Consejo Territorial del SAAD, mediante la Resolución de 4/11/2009, de la Secretaría General de Política Social y Consumo.

**Tabla nº 9. Distribución estatal de solicitudes, dictámenes según grado y personas beneficiarias con derecho a prestación del SAAD. Información acumulada (2007 - 1 enero 2010)**

Ámbito territorial	Solicitudes			Dictámenes			Grado III			Grado II			Personas beneficiarias con derecho a prestación			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Andalucía	336.246	29,5	286.057	85,1	113.022	39,5	86.413	30,2	199.435	69,7						
Aragón	39.837	3,5	34.153	85,7	16.260	47,6	9.220	27,0	25.480	74,6						
Asturias (Principado de)	28.407	2,5	22.119	77,9	9.778	44,2	5.367	24,3	15.145	68,5						
Balears (Illes)	19.416	1,7	16.694	86,0	7.275	43,6	4.944	29,6	12.219	73,2						
Canarias	25.056	2,2	18.579	74,2	10.840	58,4	4.375	23,6	15.215	81,9						
Cantabria	17.765	1,6	16.322	91,9	7.782	47,7	4.871	29,8	12.653	77,5						
<b>Castilla y León</b>	<b>60.934</b>	<b>5,3</b>	<b>54.772</b>	<b>89,9</b>	<b>27.721</b>	<b>50,6</b>	<b>14.305</b>	<b>26,1</b>	<b>42.026</b>	<b>76,7</b>						
Castilla-La Mancha	64.986	5,7	56.159	86,4	24.200	43,1	14.993	26,7	39.193	69,8						
Cataluña	175.530	15,4	173.164	98,7	80.511	46,5	50.276	29,0	130.787	75,5						
Comunitat Valenciana	88.339	7,7	85.275	96,5	34.257	40,2	24.156	28,3	58.413	68,5						
Extremadura	32.068	2,8	22.250	69,4	12.182	54,8	5.827	26,2	18.009	80,9						
Galicia	62.329	5,5	56.819	91,2	28.960	51,0	15.802	27,8	44.762	78,8						
Madrid (Comunidad de)	61.000	5,3	60.362	99,0	31.223	51,7	18.147	30,1	49.370	81,8						
Murcia (Región de)	20.313	1,8	20.207	99,5	13.107	64,9	7.100	35,1	20.207	100,0						

Continúa

Continuación

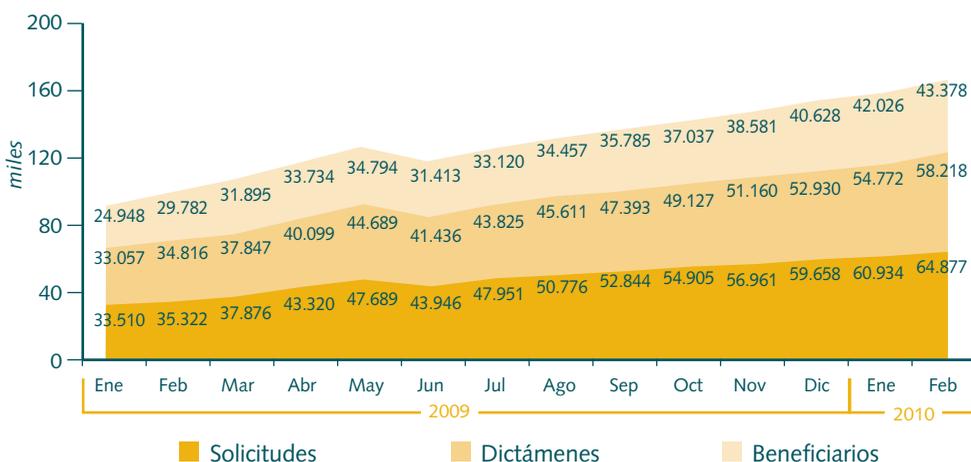
Ámbito territorial	Solicitudes		Dictámenes		Grado III		Grado II		Personas beneficiarias con derecho a prestación	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Navarra (Comunidad Foral de)	18.541	1,6	17.453	94,1	4.741	27,2	5.341	30,6	10.082	57,8
País Vasco	76.880	6,7	68.559	89,2	22.591	33,0	18.854	27,5	41.445	60,5
Rioja (La)	10.872	1,0	10.169	93,5	4.891	48,1	2.667	26,2	7.558	74,3
Ceuta y Melilla (CA)	3.089	0,3	2.717	88,0	881	32,4	716	26,4	1.597	58,8
<b>Total</b>	<b>1.141.608</b>	<b>100,0</b>	<b>1.021.830</b>	<b>89,5</b>	<b>450.222</b>	<b>44,1</b>	<b>293.374</b>	<b>28,7</b>	<b>743.596</b>	<b>72,8</b>

Fuente: IMERSO, Servicio de Estadísticas de la Subdirección General Adjunta de Valoración, Calidad y Evaluación. Situación a 1/01/2010.

**Castilla y León** con un 89,9% de respuesta a las solicitudes con dictamen, obtiene 0,4 puntos porcentuales por encima de la media. Con los datos ofrecidos por el Sistema Autonómico para la Autonomía y Atención a la Dependencia de Castilla y León (SAAD CyL) se puede observar la evolución seguida por las solicitudes y resoluciones. Hasta septiembre de 2007 no comenzaron a producirse resoluciones. Una vez organizado y articulado el sistema, **las resoluciones han mantenido una tendencia creciente**. En abril de 2008, después de un año de aplicación, el porcentaje de valoraciones sobre solicitudes en Castilla y León era del 87%. En febrero de 2010, se registraron una media de **2.500 solicitudes por mes** de las que se resolvieron alrededor de 2.260 (es decir el 90,4%). Estas cifras sitúan a Castilla y León como la octava Comunidad con mayor porcentaje de respuesta a las solicitudes.

Los datos anteriores son positivos, si bien se debe tener presente que, como se aprecia en el siguiente gráfico, el proceso administrativo en Castilla y León todavía mantiene grupos de solicitantes con resolución que acredita la condición de dependencia que se encuentran a la espera de beneficiarse de alguna prestación.

**Gráfico nº 1. Evolución de las solicitudes, dictámenes y resoluciones de la situación de dependencia en Castilla y León**



Fuente: Gerencia de Servicios Sociales. Dirección General de Política Social y Atención a la Dependencia. Situación a 1/02/2010. Elaboración propia con datos del SISAAD.

Un apartado principal del que informa el SISAAD es el que se refiere a las **prestaciones** y al **catálogo de servicios** de atención que se ofrece a quien ha recibido el dictamen que acredita la situación de dependencia. Como ya hemos indicado, los principales servicios que ofrece el SAAD, a través de los Servicios Sociales de ámbito autonómico, son los de: prevención de dependencia y promoción de la autonomía

personal, teleasistencia, ayuda a domicilio, centros de día/noche y atención residencial. Excepcionalmente, se establecen las prestaciones económicas vinculadas a un servicio, por cuidados familiares y la del asistente personal.

Según los datos facilitados por el SISAAD, el 1 de enero de 2010 había 485.526 personas que en ese momento recibían alguno de los servicios y prestaciones económicas del Catálogo del SAAD. Ello quiere decir que, en el contexto estatal, el 65,3% de las personas valoradas con derecho a recibir prestaciones económicas o servicios los están recibiendo. Siguiendo estos mismos datos (tabla nº 10), **Castilla y León**, junto a Ceuta y Melilla, es la Comunidad con el **porcentaje más elevado de respuesta efectiva, en forma de prestación o servicio, a las personas que tienen reconocido el derecho** (85,4%). Ello quiere decir que Castilla y León se sitúa por encima de la media nacional en la reducción de la diferencias establecida entre dictámenes y beneficiarios reales.

**Tabla nº 10. Distribución estatal de las personas beneficiarias del SAAD, prestaciones tramitadas y Ratio de prestaciones por beneficiario, 1 enero 2010**

Ámbito territorial	Beneficiarios con derecho a prestación	Beneficiarios con prestaciones	Proporción	Total prestaciones	ratio prestaciones por benefic.
	Nº	Nº	% fila	Nº	% fila
Andalucía	199.435	144.716	72,6	189.335	1,3
Aragón	25.480	19.765	77,6	19.823	1,0
Asturias	15.145	10.725	70,8	11.210	1,1
Balears	12.219	5.524	45,2	5.664	1,0
Canarias	15.215	6.157	40,5	6.157	1,0
Cantabria	12.653	10.566	83,5	10.573	1,0
<b>Castilla y León</b>	<b>42.026</b>	<b>35.885</b>	<b>85,4</b>	<b>39.609</b>	<b>1,1</b>
Castilla-La Mancha	39.193	25.329	64,6	30.449	1,2
Cataluña	130.787	69.962	53,5	78.880	1,1
Comunitat Valenciana	58.413	25.926	44,4	25.926	1,0
Extremadura	18.009	12.776	70,9	14.102	1,1
Galicia	44.762	29.715	66,4	30.530	1,0
Madrid	49.370	26.287	53,2	26.900	1,0
Murcia	20.207	13.523	66,9	14.873	1,1
Navarra	10.082	8.260	81,9	8.593	1,0
País Vasco	41.445	33.376	80,5	38.672	1,2

Continúa

Continuación

	Beneficiarios con derecho a prestación	Beneficiarios con prestaciones	Proporción	Total prestaciones	ratio prestaciones por benefic.
Ámbito territorial	Nº	Nº	% fila	Nº	% fila
Rioja (La)	7.558	5.670	75,0	7.442	1,3
Ceuta y Melilla (CA)	1.597	1.364	85,4	1.612	1,2
<b>Total</b>	<b>743.596</b>	<b>485.526</b>	<b>65,3</b>	<b>560.350</b>	<b>1,2</b>

Fuente: IMSERSO, Servicio de Estadísticas de la Subdirección General Adjunta de Valoración, Calidad y Evaluación. Situación a 1/01/2010.

En la actualidad, las Comunidades Autónomas poseen una detallada colección de normas jurídicas para la aplicación de la LAAD y han constituido un Sistema autonómico de promoción de la autonomía y atención a situaciones de dependencia, más allá de las insuficiencias que todavía puedan persistir en su desenvolvimiento operativo. Hay más de veinte normas jurídicas estatales, de diferente rango, que concretan el cumplimiento de los derechos y deberes contenidos en la LAAD e instan a las Comunidades Autónomas al desarrollo de la normativa, en el ejercicio de sus respectivas competencias, para generar un marco estable de recursos y servicios para la promoción de la autonomía y la atención a la dependencia.

### 3.1.1 Desarrollo de la normativa y sistema de aplicación en Castilla y León

En el contexto estatal, una vez se aprobó la LAAD se promulga, en primer lugar, el baremo para la valoración de la situación de dependencia. En 2007 se regularon aspectos como el nivel mínimo de protección (Real Decreto 614/2007) y las condiciones de Seguridad Social para los cuidadores no profesionales (Real Decreto 615/2007). Ese mismo año también se aprobó la intensidad de protección de los servicios y cuantías económicas (Real Decreto 727/2007). En 2008 se firmaron varios acuerdos del Consejo Territorial para establecer el cálculo de capacidad económica del beneficiario, los criterios para la acreditación de centros y servicios. En enero de 2008 el IMSERSO y las Comunidades Autónomas suscribieron el Convenio correspondiente al "nivel acordado" de cofinanciación de los servicios y prestaciones para personas en situación de dependencia del año anterior. En 2009 se determinó el nivel mínimo de protección garantizado a los beneficiarios del sistema para ese año (Real Decreto 74/2009).

La Comunidad Autónoma de **Castilla y León** posee un modelo integrado en el Sistema de Servicios Sociales. La gestión del SAAD está descentralizada, de forma que

las Corporaciones Locales –Ayuntamientos y Diputaciones Provinciales– tienen un gran protagonismo en la valoración de las situaciones de dependencia o en la organización de la provisión de los servicios. El SAAD se articula con la red de Servicios Sociales Básicos, a través de los Centros de Acción Social, y con el Sistema de Acceso Unificado a los Servicios Sociales (SAUSS)<sup>4</sup>.

En Castilla y León, la **Orden FAM/824/2007**, de 30 de abril, estableció el procedimiento para el reconocimiento de la situación de dependencia y del derecho a las prestaciones del SAAD. En la citada Orden se publicaron los modelos de solicitud y las instancias administrativas donde presentarlos. Las solicitudes de valoración se deben dirigir a la Gerencia Territorial de Servicios Sociales correspondiente a la provincia en la que reside el solicitante, y se puede presentar en cualquiera de los lugares previstos en la Ley 30/1992 de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y Procedimiento Administrativo Común.

Las Órdenes FAM/1056/2007 y FAM/1057/2007, ambas de 31 de mayo, modificaron la normativa de acceso de las personas con resolución de grado y nivel de dependencia a centros residenciales y unidades de estancias diurnas, así como las condiciones de acceso a la prestación de ayuda a domicilio. De este modo, el SAAD en Castilla y León se integra en su propio sistema de Servicios Sociales<sup>5</sup>. Tras la armonización de algunas prestaciones fundamentales del Sistema, y para proseguir en su articulación, se regularon provisionalmente los criterios para el cálculo de la capacidad económica, coeficiente reductor para prestaciones económicas, aportación del usuario en el coste de los servicios y régimen de las prestaciones económicas del Sistema para la Autonomía Personal y Atención a la Dependencia en Castilla y León, gracias a la Orden FAM 2044/2007, de 19 de diciembre. Entre abril y septiembre de 2008 se da un impulso al proceso de fiscalización de expedientes que incrementó el número de las resoluciones realizadas hasta el momento (alrededor de 20.000 en esos meses) gracias también a la contratación y al refuerzo de profesionales dedicados a este ámbito. Con todo ello, Castilla y León se anticipa a la promulgación de Acuerdos del Consejo Territorial sobre criterios de cálculo de capacidad

---

<sup>4</sup> El SAUSS unificó el Sistema de Información sobre Usuarios de Servicios Sociales (SIUSS) y diferentes bases de datos utilizadas en centros y servicios de las EE.LL, así como las de los centros y servicios de la propia Gerencia de Servicios Sociales (Ej. Aplicaciones informáticas de la Valoración de la Minusvalía (VAMI)). Mediante el SAUSS, se crea una red virtual regional muy utilizada por los técnicos de las EELL.

<sup>5</sup> La promulgación de la Ley 18/1988, de 28 de diciembre, de Acción Social y Servicios Sociales consagró un sistema de Acción Social para garantizar la prestación de los Servicios Sociales Básicos y potenciar el desarrollo de los Servicios Específicos a través de programas y planes. Posteriormente, el Decreto 13/1990, de 25 de enero, reguló el sistema de acción social de Castilla y León. En la actualidad, si bien existe el borrador de una nueva Ley de Servicios Sociales en la Comunidad, está en trámite parlamentario en las Cortes de Castilla y León.

económica del beneficiario y la acreditación de centros y servicios que no se realizó hasta diciembre de 2008.

En octubre de 2008 se aprueba, mediante Resolución, un nuevo modelo de solicitud de valoración y de acceso a las prestaciones. Este modelo, entre otras novedades, aunó las dos vías de acceso contempladas en el Real Decreto 504/2007, por un lado a través de la valoración y aplicación del correspondiente baremo, y por otro mediante la equivalencia de puntuación para los solicitantes que tuvieran reconocido el complemento de ayuda de tercera persona. El objetivo planteado es evitar nuevos requerimientos al interesado o resolver el reconocimiento de prestaciones sin necesidad de trámite de consulta, preferentemente cuando el usuario se encuentra recibiendo servicios públicos con carácter previo. También incluyó nuevos contenidos en el objeto de la solicitud para posibilitar las peticiones de revisión, tanto de la situación de dependencia como de las prestaciones reconocidas. Además, el nuevo modelo sirve para normalizar la circunstancia de las personas con la situación de dependencia reconocida por otra Comunidad Autónoma que trasladaban su domicilio a Castilla y León.

Una Resolución autonómica de octubre de 2008 delega en los Gerentes Territoriales de Servicios Sociales la competencia para dictar la resolución de reconocimiento de la situación de dependencia. Con ello, se pretende agilizar los procedimientos en la tramitación, resolución del reconocimiento y derecho a las prestaciones del sistema. En diciembre de 2008 se produce la unificación de las resoluciones en una única que reconoce tanto la situación de dependencia, como el Programa Individualizado de Atención (PIA), y las prestaciones a las que se tiene derecho, una vez superado el trámite de audiencia y consulta. Con ello, se avanza en la agilización de los trámites y se simplifican los procedimientos de resolución de prestaciones y servicios.

En febrero de 2009 se promulga la Orden FAM/323/2009 que modifica los criterios provisionales para el cálculo de la capacidad económica, coeficiente reductor para prestaciones económicas, aportación del usuario en el coste de los servicios y régimen de las prestaciones económicas. Con ello, el SAAD de Castilla y León adecua las prestaciones del Sistema del año 2008 para las personas con situación de dependencia reconocida en grado II nivel 2 y la ampliación en 2009 al grado II nivel 1.

Desde la promulgación de estas normas autonómicas hasta la fecha, la Comunidad autonómica de Castilla y León ha centrado sus esfuerzos en adaptar a su contexto los acuerdos del Consejo Territorial sobre criterios comunes de acreditación en materia de formación e información de cuidadores no profesionales, los objetivos y contenidos comunes de la información del SAAD (noviembre de 2009), los criterios comunes en los órganos y procedimientos de valoración de la situación de dependencia y la mejora de la calidad de la prestación económica para cuidados en el entorno familiar del SAAD (febrero de 2010).

**Tabla nº 11. Evolución cronológica del desarrollo jurídico de la LAAD y aplicación reglamentaria en Castilla y León**

Fechas	Normas jurídicas de ámbito estatal	Normas jurídicas en Castilla y León
<b>Dic. 2006</b>	Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia.	
<b>Abr. 2007</b>	Aprobación del procedimiento valoración. RD 504/2007, de 20 de abril, que aprueba el baremo de valoración de la situación de dependencia establecido por la LAAD.	
<b>May. 2007</b>	<p>Acuerdo del Consejo Territorial:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• En materia de valoración de la situación de dependencia (Resolución de 23 de mayo de 2007).</li> </ul>	<p>Aprobación del <b>procedimiento de reconocimiento</b> y derecho a prestaciones (Orden FAM/824/2007, 30 de abril, regula el procedimiento de reconocimiento de situación de dependencia y derecho a prestaciones del SAAD).</p> <p>Modelo solicitud y procedimiento de valoración y reconocimiento.</p>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Regulación nivel mínimo de protección (RD 614/2007).</li> <li>• Regulación Seguridad Social cuidadores no profesionales (RD 615/2007).</li> </ul>	<p>Regulación del baremo para la valoración de solicitudes de acceso a prestaciones y recursos de Ayuda a Domicilio. (Orden M/1057/2007), de ingreso y traslados en centros residenciales y estancias diurnas (Orden FAM/1056/2007).</p>
<b>Jun. 2007</b>	<p>RD 727/2007:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aprobación intensidad de protección de los servicios y cuantías económicas.</li> <li>• Contenido prestacional que constituye el derecho a la promoción de la autonomía y atención a las personas en situación de dependencia, establecido en los niveles de protección I y II.</li> </ul>	

Continúa

Continuación

Fechas	Normas jurídicas de ámbito estatal	Normas jurídicas en Castilla y León
Dic. 2007		Regulación provisional de los criterios de capacidad económica y acreditación de centros y servicios (Orden FAM 2044/2007).
Feb. 2008	Determinación del nivel mínimo de protección garantizado a los beneficiarios del SAAD en 2008 (RD 179/2008)	
Ago. 2008	Acuerdos del Consejo de Ministros: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Formalización de créditos para cofinanciar planes y programas de las CCAA.</li> <li>• Aprobación de criterios de reparto de créditos AGE para financiación a la dependencia.</li> </ul>	Agilización de proceso de fiscalización de expedientes
Oct. 2008		Nuevo modelo de solicitud de valoración y acceso a las prestaciones.
Dic. 2008	Acuerdos del Consejo Territorial: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Criterios de cálculo de capacidad económica del beneficiario.</li> <li>• Acreditación de centros y servicios.</li> </ul>	Resolución única que unifica los procedimientos de reconocimiento de dependencia y derecho a prestaciones.
Ene. 2009	Nivel mínimo de protección garantizado a los beneficiarios del SAAD para 2009 (RD 74/2009).	
Feb. 2009	Establecimiento del nivel mínimo de protección del SAAD garantizado por la AGE (RD 99/2009 que modifica el RD 614/2007).	Reconocimiento del importe mínimo garantizado compatible con prestaciones de análoga naturaleza.  Regulación provisional de los criterios para el cálculo de la capacidad económica en el coste de los servicios del SAAD (Orden FAM 323/2009).

Continúa

Continuación

Fechas	Normas jurídicas de ámbito estatal	Normas jurídicas en Castilla y León
<b>Nov. 2009</b>	Acuerdos del Consejo Territorial: <ul style="list-style-type: none"><li>• Criterios comunes de acreditación en materia de formación e información de cuidadores no profesionales (Resolución de 4/11/09).</li><li>• Objetivos y contenidos comunes de la información del SAAD (Resolución de 4/11/09).</li></ul>	
<b>Feb. 2010</b>	Acuerdos del Consejo Territorial: <ul style="list-style-type: none"><li>• Criterios comunes en los órganos y procedimientos de valoración de la situación de dependencia (Resolución 4/02/2010).</li><li>• Criterios comunes para la mejora de la calidad de la prestación económica para cuidados en el entorno familiar del SAAD (Resolución 4/02/2010).</li><li>• Publicación de las tablas salariales de 2010 del Convenio estatal de servicios de atención a las personas dependientes y desarrollo de la promoción de la autonomía personal (Resol. 16/02/2010) Dirección General de Trabajo.</li><li>• Convocatoria de la concesión de ayudas de atención a la dependencia en 2010. Resol. 24/02/2010, Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado.</li></ul>	
<b>Mar. 2010</b>	Resolución de 24 marzo de 2010, por la que se convoca el curso de formación para la habilitación como asesor o evaluador de las unidades de competencia de las cualificaciones profesionales. Atención sociosanitaria a personas dependientes.	
<b>Abril 2010</b>		Resolución de 29 de abril de 2010 de la Gerente de Servicios Sociales de Castilla y León, por la que se aprueba el modelo de solicitud para la valoración de la situación de dependencia y acceso a las prestaciones.

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos disponibles en el Boletín Oficial del Estado (BOE), en la página Web del SAAD y en el Boletín Oficial de Castilla y León (BOCyL).

La tabla anterior muestra que **Castilla y León** ha desarrollado una **respuesta ágil en la configuración del entramado normativo necesario para articular el sistema**. Al comparar las fechas de publicación de las resoluciones autonómicas y estatales observamos que los pormenores del procedimiento para hacer efectiva la LAAD se han ido regulando con relativa rapidez.

Sin embargo, el avance en la normativa autonómica también se ha visto condicionado por diferentes circunstancias. En algunas ocasiones, la aprobación de las normas estatales ha determinado la promulgación de las autonómicas. Así, por ejemplo, hasta que en enero de 2008 el Consejo Territorial no obtuvo acuerdo sobre el co-pago en el proceso, Castilla y León no pudo aprobar la resolución autonómica que determina el grado y nivel de dependencia y las circunstancias que regulan las aportaciones de los beneficiarios. En otras ocasiones, han sido los primeros resultados en la práctica de la aplicación del SAAD los que han determinado las fluctuaciones jurídicas y del procedimiento. Por ello, en 2008 se plantean una serie de medidas y normas para permitir recoger todos los requisitos del procedimiento administrativo y acortar sensiblemente, tanto la resolución de prestaciones como el acceso a las mismas.

La configuración y organización jurídica del SAAD de Castilla y León mantiene ciertas divergencias respecto a otras CCAA. Así por ejemplo, el Procurador del Común de Castilla y León en su *Informe sobre la Aplicación de la Ley de dependencia en Castilla y León*, publicado en marzo de 2009, indica la **ausencia de un desarrollo normativo** sobre el procedimiento de aprobación y establecimiento del **Programa Individual de Atención (PIA)**, como ordena el artículo 29 de la LAAD. Esta circunstancia **ha venido a resolverse** con la promulgación de **una única resolución que reconoce tanto la situación de dependencia, como el PIA, y las prestaciones** a las que se tiene derecho, una vez superado el trámite de audiencia y consulta.

En definitiva, el **desarrollo de la normativa** de la LAAD en **Castilla y León** ha procurado estar **contemporizado con el marco jurídico estatal**. Aunque, como ha sucedido en casi todas CCAA, la aplicación de la normativa en el SAAD ha sufrido retrasos que han sido mayores al comienzo de la organización del sistema y que se van recortando con el paso del tiempo. Por ello, **ha tenido un efecto positivo** que la Comunidad de Castilla y León haya establecido diversas **medidas jurídicas que tratan de simplificar los procedimientos** de solicitud de valoración, acceso a las prestaciones económicas y servicios de las personas en situación de dependencia y también que se **haya descentralizado el sistema de reconocimiento**. Ello ha permitido, desde mayo de 2008, acortar sensiblemente tanto la resolución de prestaciones como el acceso a las mismas.

Por otro lado, en este mismo contexto jurídico, sería deseable reforzar los pasos dados hasta el momento en Castilla y León en el avance del reconocimiento del derecho subjetivo de promoción de la autonomía y atención a la dependencia. Tras más de veinte años de utilidad y vigencia, parece que estamos en un momento

oportuno para actualizar la actual Ley 18/1988 de Servicios Sociales y el Sistema que desarrolla. Existe un **borrador de una nueva Ley de Servicios Sociales de nueva generación** en la Comunidad que se encuentra en trámite parlamentario en la Cortes de Castilla y León.

### 3.1.2 Desarrollo de las prestaciones y de los servicios en Castilla y León

La provisión de prestaciones y servicios es uno de los aspectos clave a la hora de analizar el SAAD (junto a los procedimientos de valoración y la financiación del sistema). Ello se debe considerar teniendo en cuenta la variedad de las CCAA en sus composiciones organizativas y estructuraciones de servicios. Han pasado tres años desde la aprobación e implantación de la LAAD y puede considerarse un tiempo suficiente para saber si las personas en situación de dependencia reconocida reciben los cuidados y las prestaciones que les corresponden por ley. La respuesta a esta cuestión está llena de matices y depende de determinadas variables y circunstancias de las que, a continuación, exponemos las consideradas principales.

#### A. PERFIL DE LAS PERSONAS BENEFICIARIAS DEL SAAD

Como ya indicamos más arriba, según los datos del SISAAD, el 1 de enero de 2010 había 485.526 personas en España que recibían prestaciones económicas o servicios del Sistema. En lo que se refiere al **perfil de las personas beneficiarias**, cabe destacar que el 67% del total de las personas atendidas son mujeres. Como se observa en la tabla nº 12, en el contexto nacional, más de la mitad de los beneficiarios (54,5%) son mayores de 80 años y un 21,8% pasan de los 65 años. En Castilla y León nos encontramos con un porcentaje inferior de menores de 65 años (17,9%), pero un una mayor proporción de personas de 80 y más años (60,9%). **Alrededor de 6 de cada 10 beneficiarios del SAAD en Castilla y León son mayores de 80 años.**

**Tabla nº 12. Perfil de las personas en situación de dependencia beneficiarias del SAAD, 1 enero 2010**

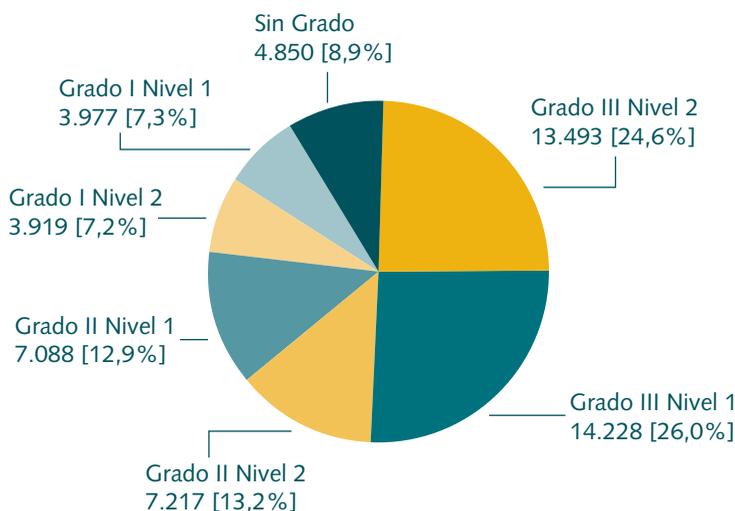
	España		Castilla y León	
	Nº	%	Nº	%
Sin especificar	13.693	2,8	0	0,0
Menores de 65 años	101.209	20,8	12.173	17,9
De 65 a 79 años	105.851	21,8	14.459	21,2
De 80 y más años	264.773	54,5	41.454	60,9
<b>Total</b>	<b>485.526</b>	<b>100,0</b>	<b>68.086</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos disponibles en el SISAAD y en la Gerencia de Servicios Sociales de Castilla y León. Situación a 1/01/2010.

## B. GRADOS Y NIVELES DE LAS PERSONAS BENEFICIARIAS DEL SAAD

Otro dato que define las características de las personas en situación de dependencia en Castilla y León es la representatividad de los grados y niveles con los que han sido reconocidas estas personas por la Administración. En **Castilla y León, alrededor de la mitad de los dictámenes (50,6%) corresponden a personas con dependencias propias del Grado III**. Es la población con mayor grado de dependencia, **cuya atención trae aparejado un mayor esfuerzo económico**. Si tenemos en cuenta que no a todas las personas que lo solicitan se les reconoce situación de dependencia (sin grado) y que, actualmente, la aplicación de la LAAD es efectiva para los grados II y III (excluido el grado I hasta 2011 ó 2013), en Castilla y León al 23,4% de las personas que solicitan dependencia no les corresponde prestación.

**Gráfico nº 2. Distribución de las Resoluciones de la situación de dependencia en Castilla y León, según Grado y Nivel, 1 de abril 2010**



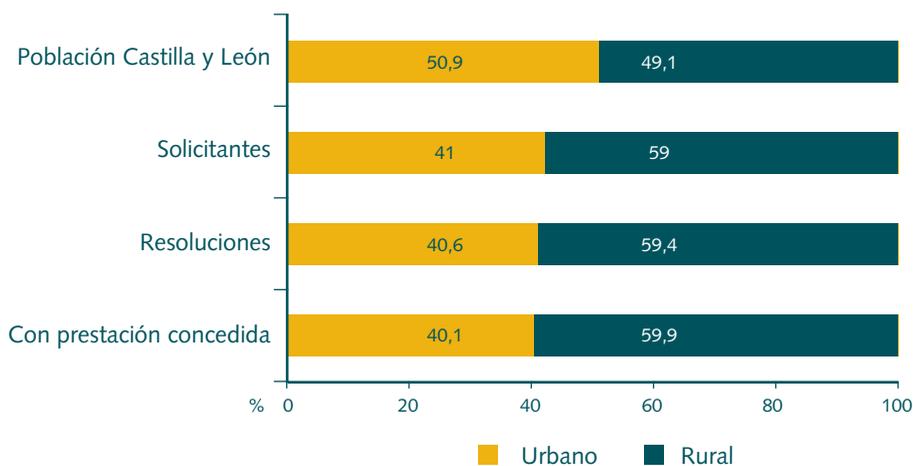
**Fuente:** Comparecencia CAC 0201, de 7 de mayo de 2010, del Consejero de Familia e Igualdad de Oportunidades de la Junta de Castilla y León en la Comisión de Familia e Igualdad de Oportunidades para "Analizar el informe balance de la Ley de Dependencia en Castilla y León 2007-2009" con datos de 1 de abril de 2010.

## C. CONTEXTO DE RESIDENCIA DE LAS PERSONAS BENEFICIARIAS DEL SAAD

Es importante también mostrar la relación entre la situación de la dependencia de los contextos rural y urbano. El mundo rural en Castilla y León, como

mostraremos más adelante, posee altas tasas de envejecimiento. Según los datos recogidos en Castilla y León, la implantación de la LAAD está prestando atención a esta realidad de la Comunidad. Ello queda reflejado en un **mayor porcentaje de solicitantes en el contexto rural (59%)**, pero también de **dictámenes elaborados (59,4%)** y de población con prestación concedida (59,9%), lo que demuestra la **coherencia de las políticas sociales autonómicas entre necesidad-demanda-prestación ajustada a la realidad**.

**Gráfico nº 3. Distribución de las Resoluciones de la situación de dependencia en Castilla y León, según Grado y Nivel, 1 de abril de 2010**



**Fuente:** Comparecencia CAC 0201, de 7 de mayo de 2010, del Consejero de Familia e Igualdad de Oportunidades de la Junta de Castilla y León en la Comisión de Familia e Igualdad de Oportunidades para "Analizar el informe balance de la Ley de Dependencia en Castilla y León 2007-2009" con datos de 1 de abril de 2010.

#### **D. CARACTERÍSTICAS DE LOS RECURSOS QUE SE ASIGNAN A LAS PERSONAS BENEFICIARIAS DEL SAAD**

La tabla siguiente muestra el reparto de las personas beneficiarias del SAAD, según el tipo de prestaciones tramitadas y servicios reconocidos hasta enero 2010. Las cifras demuestran que la **ayuda económica para el cuidador familiar** es la prestación más extendida, y en algunas Comunidades Autónomas es prácticamente la única ayuda existente (Ej. en Murcia representa el 82% de su subtotal). Las prestaciones económicas –según la Ley excepcionales– representan el 56,9% de los casos en los que hay un derecho reconocido (6,8% vinculada a un servicio, 50% por cuidados familiares y 0,1% la prestación por asistente personal).

**Tabla nº 13. Distribución estatal de las personas beneficiarias del SAAD, según el tipo de prestaciones tramitadas. Situación a 1 de enero de 2010**

Ámbito territorial	Beneficiario con prestación de dependencia y Promoción de A. Personal		Prevención		Teleasistencia		Ayuda a Domicilio		Centros de Día/Noche Residencial		P.E Vinculada Servicio		P.E Cuidados Familiares		P. E Asist. Personal		
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Andalucía	144.716	5,00	42.153	22,3	32.149	17,0	8.029	4,2	15.718	8,3	3.348	1,8	87.901	46,4	32	0,0	
Aragón	19.765	0,00	0	0,00	0	0,00	646	3,3	2.378	12,0	3.852	19,4	12.947	65,3	0	0,00	
Asturias (Principado de)	10.725	0,00	164	1,5	1.033	9,2	883	7,9	2.800	25,0	982	8,8	5.348	47,7	0	0,00	
Balears (Illes)	5.524	0,00	0	0,00	0	0,00	352	6,2	1.267	22,4	245	4,3	3.787	66,9	13	0,2	
Canarias	6.157	0,00	0	0,00	0	0,00	1.085	17,6	1.725	28,0	54	0,9	3.293	53,5	0	0,00	
Cantabria	10.566	0,00	11	0,1	491	4,6	913	8,6	2.515	23,8	0	0,00	6.643	62,8	0	0,00	
<b>Castilla y León</b>	<b>35.885</b>	<b>4,5</b>	<b>731</b>	<b>1,9</b>	<b>2.620</b>	<b>6,6</b>	<b>2.265</b>	<b>5,7</b>	<b>7.285</b>	<b>18,4</b>	<b>8.943</b>	<b>22,6</b>	<b>15.951</b>	<b>40,3</b>	<b>34</b>	<b>0,1</b>	
Castilla-La Mancha	25.329	59,02	2.179	7,2	3.147	10,3	713	2,3	6.292	20,7	1.314	4,3	16.737	55,0	8	0,00	
Cataluña	69.962	0,00	5	0,00	7.299	9,3	2.008	2,6	13.257	16,8	9.847	12,5	46.446	58,9	18	0,00	
Comunitat Valenciana	25.926	1,00	0	0,00	0	0,00	500	1,9	9.805	37,8	1.665	6,4	13.955	53,8	0	0,00	
Extremadura	12.776	574	4,1	349	2,5	1.057	7,5	323	2,3	3.121	22,1	2.854	20,2	5.824	41,3	0	0,00
Galicia	29.715	36	0,1	126	0,4	4.707	15,4	1.385	4,5	4.798	15,7	1.497	4,9	17.952	58,8	29	0,1
Madrid (Comunidad de)	26.287	0,00	436	1,6	1.026	3,8	3.975	14,8	16.117	59,9	178	0,7	5.150	19,1	18	0,1	
Murcia (Región de)	13.523	0,00	1.118	7,5	0	0,00	35	0,2	960	6,5	570	3,8	12.190	82,0	0	0,00	
Navarra (Comunidad Foral de)	8.260	0,00	136	1,6	2	0,00	171	2,0	1.020	11,9	1.529	17,8	5.734	66,7	1	0,00	
País Vasco	33.376	0,00	3.680	9,5	4.607	11,9	4.592	11,9	8.753	22,6	699	1,8	15.809	40,9	532	1,4	
Rioja (La)	5.670	409	5,0	324	4,4	1.378	18,5	575	7,7	992	13,3	457	6,1	3.307	44,4	0	0,00
Ceuta y Melilla (CA)	1.364	154	9,6	68	4,2	60	3,7	29	1,8	138	8,6	124	7,7	1.039	64,5	0	0,00
<b>Total</b>	<b>485.526</b>	<b>3.018</b>	<b>0,5</b>	<b>51.480</b>	<b>9,2</b>	<b>59.576</b>	<b>10,6</b>	<b>28.479</b>	<b>5,1</b>	<b>98.941</b>	<b>17,7</b>	<b>38.158</b>	<b>6,8</b>	<b>280.013</b>	<b>50,0</b>	<b>685</b>	<b>0,1</b>

Fuente: IMERSO, Servicio de Estadísticas de la Subdirección General Adjunta de Valoración, Calidad y Evaluación. Datos a 1 de enero de 2010.

El artículo 14 de la LAAD establece el **carácter prioritario de los servicios sobre las prestaciones económicas** en la concesión de los recursos del Sistema. Sólo cuando no sea posible la atención mediante alguno de los servicios se concederá la prestación económica vinculada al servicio, dirigida a cubrir los gastos del servicio previsto en el PIA (art. 14. 3). Asimismo, la Ley determina que, con carácter excepcional, el beneficiario puede recibir una prestación económica para ser atendido por su familia o cuidadores no profesionales, siempre que concurran las condiciones adecuadas de convivencia y de habitabilidad de su vivienda y, una vez más, así lo establezca el PIA (art. 14. 4).

Los datos observados en la tabla anterior ponen de relieve que, aunque la tendencia se ha reducido, si se analiza el histórico de las prestaciones desde el inicio del SAAD, en términos globales, **prevalece un desequilibrio en la concesión de prestaciones económicas sobre los servicios**, teniendo en cuenta que estos últimos son prioritarios para la LAAD. Las cifras de la tabla nº 13 también ponen de manifiesto que **la mayor parte de las prestaciones económicas y servicios se desarrollan en el propio domicilio** (ayuda económica para el cuidador familiar, ayuda a domicilio o teleasistencia). Hay 391.069 personas (el 80,5% del total) que reciben prestaciones económicas o servicios en su propio domicilio. En estos casos, las funciones competenciales de evaluación de los PIA en los servicios sociales comunitarios generan una compleja y laboriosa organización de las tareas de seguimiento, labores de apoyo al beneficiario y a las familias que reciben prestaciones y servicios del SAAD.

Por otro lado, en el momento en el que recogemos las cifras nacionales, **tan sólo siete CCAA incluyen datos estadísticos sobre las ayudas para promover la autonomía y prevenir la dependencia**. De las 3.018 ayudas que se dan en todo el Estado para promover la autonomía personal, Castilla y León introduce en las estadísticas estatales más de la mitad (59%) con 1.780 beneficiarios. Después se sitúan Extremadura (574 beneficiarios), La Rioja (409 beneficiarios) y Ceuta (154 beneficiarios). Muy por debajo, se encuentran Castilla-La Mancha (59 ayudas), Galicia (36 ayudas). Andalucía y la Comunidad Valenciana tienen, respectivamente, 5 y 1 beneficiarios.

Los datos sin acumular recogidos en **Castilla y León** ofrecen un **porcentaje significativamente superior de prestaciones económicas** (62,9%) que de servicios ofrecidos (37,1%). La proporción es superior a la media nacional en seis puntos porcentuales. Destaca el alto porcentaje destinado a prestaciones económicas vinculadas a servicios<sup>6</sup> (22,6%) que se otorgan. Como en otras

---

<sup>6</sup> Según el art. 17 de la LAAD esta prestación económica tiene carácter periódico y se reconoce únicamente cuando no sea posible el acceso a un servicio público o concertado de atención y cuidado, en función del grado y nivel de dependencia y de la capacidad económica del beneficiario, de acuerdo con lo previsto en el convenio celebrado entre la AGE y CA. Esta prestación económica de carácter personal estará, en todo caso, vinculada a la adquisición de un servicio.

CCAA, en el caso de las plazas residenciales, las denominadas anteriormente a la LAAD “plazas para asistidos” se han transformado en “plazas para personas en situación de dependencia”.

**Tabla nº 14. Distribución comparativa por el tipo de prestación que reciben las personas beneficiarias del SAAD en España y Castilla y León, 1 de enero 2010**

Prestaciones y servicios reconocidos	España		Castilla y León	
	Nº	% respecto reconocidas	Nº	% respecto reconocidas
<b>Servicios</b>				
Atención residencial	98.941	17,7	7.285	18,4
Centro de día/noche	28.479	5,1	2.265	5,7
Ayuda a domicilio	59.576	10,6	2.620	6,6
Teleasistencia	51.480	9,2	731	1,9
Prevención y promoción de autonomía personal	3.018	0,5	1.780	4,5
<b>Prestaciones</b>				
Prestación vinculada a servicio	38.158	6,8	8.943	22,6
Asistente personal	685	0,1	34	0,1
Prestación de cuidados en el entorno familiar	280.013	50,0	15.951	40,3
<b>Total</b>	<b>560.350</b>	<b>100,0</b>	<b>39.609<sup>7</sup></b>	<b>100,0</b>

Fuente: SISAAD y Gerencia de Servicios Sociales. Dirección General de Política Social y Atención a la Dependencia. Situación a 1/01/2010. Datos sin acumular.

La prescripción del **servicio de ayuda a domicilio** representa el 6,6% de las prestaciones tramitadas en la Comunidad Autónoma, lo cual es sensiblemente inferior a la media estatal que constituye el 10,6% del total de las prestaciones. Lo mismo sucede con el servicio de **teleasistencia** que tiene un porcentaje promedio de 9,2%, mientras que en Castilla y León representan el 1,9% de los servicios y prestaciones concedidas. Ante esta circunstancia también hay que tener en cuenta que existe un número importante de personas en la región que ya reciben la ayuda a domicilio y el servicio de teleasistencia y que, aunque podrían tener derecho a prestaciones por dependencia, no han solicitado el reconocimiento de tal situación dado que ya tienen garantizada la atención.

<sup>7</sup> Una persona puede tener varias prestaciones.

En el momento en el que recabamos los datos, el número de beneficiarios de la prestación de **Asistente Personal** es de 34 personas. Supone la segunda mejor cifra del contexto nacional, pero tan sólo representa el 0,1% de los beneficiarios, siendo una prestación fundamental para facilitar la efectividad de la autonomía (tabla nº 14).

Los datos de la tabla nº 13 ponen de manifiesto que Castilla y León es la Comunidad Autónoma del Estado que más beneficiarios tiene inscritos en el SISAAD como usuarios de los **servicios de prevención de dependencia y promoción de la autonomía personal** (1.780, el 59% de la totalidad). El Real Decreto 727/2007 sobre  *criterios para determinar las intensidades de protección de los servicios y la cuantía de las prestaciones económicas de la LAAD*, señala que los servicios de promoción para la autonomía personal son los de asesoramiento, orientación, asistencia y formación en tecnologías de apoyo y adaptaciones que contribuyan a facilitar la realización de las actividades de la vida diaria, los de habilitación, los de terapia ocupacional así como cualesquiera otros programas de intervención que se establezcan con la misma finalidad (art. 6 de la LAAD). En Castilla y León la promoción de la autonomía proviene, en primer lugar, de la **línea de ayudas individuales para la autonomía personal** de personas con discapacidad y de las personas con dependencia que tengan reconocidos los Grados III o II de acuerdo con lo establecido en la LAAD, siempre que no sean beneficiarios del servicio de atención residencial establecido por dicha Ley<sup>8</sup>. En esta línea se financian obras de adaptación de la vivienda habitual y la adquisición de ayudas técnicas que faciliten la relación de la persona con su entorno, como gastos corrientes: atención temprana y transporte para dicho fin y la obtención del permiso de conducir. También se incluyen los **programas prevención de la dependencia**, dirigidos a EE.LL. menores de 20.000 habitantes y entidades privadas sin ánimo de lucro.

Aunque **la cartera de servicios que se reconoce** en el artículo 15 de la LAAD, como hemos señalado, **no añade nada que no estuviera ya contemplado en las leyes de servicios sociales** y que constituyera parte de las prestaciones y recursos previstos, sí podemos afirmar que la LAAD, en cuanto reconoce un derecho subjetivo, y por lo tanto exigible por las personas que tengan reconocido el grado y nivel de dependencia según el calendario de aplicación esta-

---

<sup>8</sup> Resolución de 28 de enero de 2009, de la Gerencia de Servicios Sociales, que convoca ayudas individuales destinadas a favorecer la autonomía personal de personas mayores, personas con discapacidad y personas en situación de dependencia en la Comunidad de Castilla y León para el año 2009 (BOCyL nº 22).

blecido en el desarrollo, implementación y cobertura de estos derechos protegidos, plantea algunas exigencias que es necesario destacar y que necesariamente ponen de relieve la deseable coordinación con otros sistemas de protección. Se trata de los sectores de empleo, educación y salud fundamentalmente.

El Real Decreto 727/2007 de 8 de junio sobre intensidades y cuantía de las prestaciones económicas reconocidas en la LAAD, tiene la virtud de definir el contenido y finalidad de los servicios, así como la intensidad de acuerdo al derecho reconocido mediante la valoración y baremación correspondiente. En este sentido es oportuno recordar las definiciones que de las diferentes prestaciones y servicios contempla el mencionado decreto:

- El artículo 4.2 entiende por **servicios asistenciales** los que recibe la persona en situación de dependencia para su atención y cuidado personal en la realización de las ABVD, así como los que persiguen la promoción de su autonomía personal, mencionando de manera específica al transporte adaptado para poder ir a los centros de día o de noche, si se precisa por razones de movilidad.
- Los **servicios de prevención** tratan de prevenir el agravamiento del grado y nivel de dependencia, incluyéndose en ellos los programas de teleasistencia, ayuda a domicilio, los centros de día y la atención residencial (art. 5).
- Respecto a los **servicios de promoción de la autonomía personal**, el artículo 6.1 señala que su finalidad es desarrollar y mantener la capacidad personal de controlar, afrontar y tomar decisiones acerca de cómo vivir de acuerdo con las normas y preferencias propias y facilitar la ejecución de las actividades básicas de la vida diaria. El párrafo 2 del mismo artículo indica que son servicios de promoción para la autonomía personal los de asesoramiento, orientación, asistencia y formación en tecnologías de apoyo y adaptaciones que contribuyan a facilitar la realización de las actividades de la vida diaria, los de rehabilitación, los de terapia ocupacional así como cualesquiera otros programas de intervención que se establezcan con la misma finalidad.

Todo ello, supone remitir a los diferentes grupos y colectivos en situaciones de especial vulnerabilidad o riesgo hacia los servicios y programas que se vienen prestando desde los servicios sociales, lo cual supone incluir a las personas con derecho de dependencia reconocido a los programas y servicios generales, sin que nada se diga de si deben o no tener preferencia sobre otros grupos que se estén o puedan beneficiarse de estos servicios, pero que no tengan reconocido ningún grado o nivel de dependencia.

Algo similar podemos indicar del contenido de los otros servicios que se mencionan en la cartera de servicios del artículo 15 de la LAAD. Aunque sí se debe constatar que, tal como define el Real Decreto 727/2007, algunos de los servicios que se incluyen en la cartera de servicios del artículo 15 de la LAAD, no suponen en la práctica un incremento sobre las prestaciones y servicios que se venían dando a personas con necesidades especiales, antes de la aprobación de la LAAD, aunque sí puede suponer una modificación de las intensidades. De manera más detallada, podemos ver las semejanzas y diferencias entre los servicios que se venían prestando desde el sistema de servicios sociales y los mismos reconocidos en el catálogo de la LAAD y desarrollados en el Real Decreto 727/2007:

**Tabla nº 15. Comparación entre los servicios que se venían prestando desde el Sistema de servicios sociales y los mismos reconocidos desarrollados en el RD 727/2007**

Ayuda a domicilio
Servicios Sociales Generales
Servicio
<p>1. La prestación de Ayuda a Domicilio conforme a las exigencias de atención que se requieran en cada caso podrán tener los siguientes contenidos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Atenciones de carácter personal:           <ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; Higiene, aseo y vestido.</li> <li>&gt; Ayuda a la movilidad dentro del domicilio.</li> <li>&gt; Seguimiento de la medicación y alimentación.</li> <li>&gt; Ayuda en la ingesta de alimentos.</li> <li>&gt; Compañía y atenciones en el domicilio y con carácter excepcional acompañamiento nocturno.</li> </ul> </li> <li>b. Atenciones de carácter doméstico:           <ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; Limpieza y orden del domicilio, del mobiliario y enseres de uso diario. No estarán incluidos en la Ayuda a Domicilio los arreglos de cierta entidad como pintura, empapelado, etc.</li> <li>&gt; Lavado y planchado de ropa.</li> <li>&gt; Adquisición y preparación de alimentos.</li> <li>&gt; Realización de compras.</li> <li>&gt; Manejo de aparatos electrodomésticos y sistemas de calefacción.</li> </ul> </li> <li>c. De relación con el entorno:           <ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; Acompañamiento y realización en su caso de gestiones fuera del hogar.</li> <li>&gt; Ayuda a la movilidad externa, que garantice la atención e integración en su entorno habitual.</li> <li>&gt; Apoyo dirigido a facilitar la participación en actividades comunitarias y de relación familiar o social.</li> </ul> </li> </ul>

Continúa

## Continuación

- > Este servicio incluiría poder recoger al usuario de lugares que no fueran su propio domicilio.
- d. Otros:
  - > Apoyar el descanso de la familia en su atención a la persona que necesite esta prestación.
  - > Atención psicosocial en situaciones de conflicto convivencial y desestructuración familiar.
  - > Apoyo socioeducativo para estimular la autonomía e independencia.
  - > Apoyo a las relaciones intrafamiliares.
  - > Otros apoyos complementarios de carácter similar, valorados técnicamente como adecuados a las circunstancias del caso para favorecer su autonomía, integración social y acceso a otros servicios.
  - > Las prestaciones citadas no incluyen a otros miembros de la familia o allegados que habiten en el mismo domicilio que el beneficiario.
- 2. En ningún caso los servicios prestados por voluntarios se contemplarán como sustitutos de los servicios de la prestación de Ayuda a Domicilio, aunque se deberán potenciar como complementarios de la misma.
- 3. Quedarían excluidas de esta prestación todas aquellas tareas que no sean cometido del personal de la Ayuda a Domicilio y especialmente las funciones o tareas de carácter exclusivamente sanitario que requieran una especialización de la que carecen los profesionales que intervienen en la misma como: la realización de ejercicios específicos de rehabilitación o mantenimiento, colocar o quitar sondas, poner inyecciones o cualquier otro de similar naturaleza. (Decreto 269/1998, de 17 de diciembre, por el que se regula la Prestación Social Básica de la Ayuda a Domicilio en Castilla y León, art. 7).

**Intensidad**

No deberá exceder de dos horas diarias o catorce semanales. En situaciones excepcionales podrá incrementarse el límite de tiempo establecido hasta un 50% por un periodo máximo de 6 meses siendo posible la prórroga por igual periodos.

**SAAD****Servicio**

Atención personal en la realización de las actividades de la vida diaria y la cobertura de las necesidades domésticas. Lo constituyen:

- a. Servicios relacionados con la atención de necesidades domésticas o del hogar: limpieza, lavado, cocina u otros.
- b. Servicios relacionados con la atención personal, en la realización de las actividades de la vida diaria.

Los que quiera incluir la CCAA. En el caso de Castilla y León el servicio de Ayuda a Domicilio incluye:

- a. Atención a las necesidades domésticas, atención personal para ABVD, promoción de la autonomía personal, apoyo a personas cuidadoras.

Continúa

#### Continuación

- b. Servicio de comida a domicilio (no aplicable en todas las zonas geográficas de la comunidad).
- c. Servicio de respiro, para descanso de las personas cuidadoras.

#### Intensidad

La determina el PIA.

Incrementa las horas hasta un máximo de 90 horas.

Grado III. G.D:

- > Nivel 2: 70-90 horas.
- > Nivel 1: 55-70 horas.

Grado II. DS

- > Nivel 2: 40-55 horas.
- > Nivel 1: 30-40 horas.

#### Teleasistencia

##### Servicios Sociales Generales

##### Servicio

Consiste en un dispositivo de medallón o pulsera que conectado a una central de seguimiento a través de la red telefónica, garantiza apoyo en su propio domicilio, durante las 24 horas del día, ante situaciones de urgencia a las personas que tienen una autonomía limitada debido a problemas de edad, enfermedad, discapacidad física o psíquica, etc.

Este servicio posibilita a sus usuarios que continúen residiendo en su medio habitual con la garantía de unas condiciones mínimas de seguridad y asistencia inmediata en situaciones de emergencia.

#### SAAD

##### Servicio

Uso de tecnologías de la comunicación y de la información y apoyo de los medios personales necesarios, en respuesta inmediata ante situaciones de emergencia, o de inseguridad, soledad y aislamiento y con el fin de favorecer la permanencia de los usuarios en su medio habitual.

#### Intensidad

La determina el PIA.

#### Centro de día

##### Servicios Sociales Generales

##### Servicio

Los centros de día son un recurso cuya finalidad es ofrecer durante el día la atención que precisen las personas mayores según su grado de autonomía personal o dependencia. En función de la atención ofrecida se distinguen dos tipos de unidades: de atención social y de estancias diurnas.

Continúa

### Continuación

Las unidades de atención social son recursos que favorecen la promoción personal y con carácter preventivo respecto a la dependencia, dirigido a personas mayores con un buen nivel de autonomía funcional, a través de la oferta de actividades socioculturales y recreativas, ofreciendo también otros servicios (comedor, peluquería, podología, información, biblioteca, etc.).

Se ofrecen talleres ocupacionales y talleres psicosociales.

## Centro de día y de noche

### SAAD

#### Servicio

Atención integral durante el periodo diurno o nocturno a las personas en situación de dependencia, con el objetivo de mejorar o mantener el mejor nivel posible de autonomía personal y apoyar a las familias o cuidadores. En particular, cubre, desde un enfoque biopsicosocial, las necesidades de asesoramiento, prevención, rehabilitación, orientación para la promoción de la autonomía, habilitación o atención asistencial y personal.

#### Intensidad

La determina el PIA.

## Servicios residencial

### Servicios Sociales Generales

#### Servicio

Se trata de un recurso especializado de alojamiento permanente, temporal o diurno cuando no es posible garantizar la calidad de vida en sus hogares.

### SAAD

#### Servicio

Ofrece, desde un enfoque biopsicosocial, servicios continuados de carácter personal y sanitario.

Puede tener carácter permanente, cuando el centro residencial se convierta en la residencia habitual de la persona, o temporal, cuando se atiendan estancias temporales de convalecencia o durante vacaciones, fines de semana y enfermedades o periodos de descanso de los cuidadores no profesionales.

Los centros privados han de estar acreditados.

#### Intensidad

La determina el PIA

**Fuente:** elaboración propia a partir del análisis de la normativa sobre promoción de la autonomía y atención a situaciones de dependencia y de los Sistemas de Servicios Sociales en Castilla y León.

### 3.2 El procedimiento para el reconocimiento de la situación de dependencia y el dictamen técnico

De modo general, el procedimiento de valoración y 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 LAAD. El reconocimiento de la situación de dependencia, a instancia de la persona afectada o quien la represente (el tutor, si está incapacitada), es un proceso que resuelve la Comunidad Autónoma a partir de la valoración que resulta al aplicar un baremo único (RD 504/2007), aprobado por el Consejo Territorial del SAAD (Acuerdo de 22/01/2007, BOE 7/06/2007). En dicha normativa se plantea la homologación de reconocimientos anteriores a la ley, las competencias de los órganos de valoración, los criterios comunes de su composición y las pautas básicas en el desarrollo del procedimiento de valoración.

Según indican distintas exploraciones comparativas realizadas por expertos, con carácter general, todas las CCAA están realizando las valoraciones de acuerdo al procedimiento expresado en la LAAD y el baremo que establece el Real Decreto 504/2007, así como los acuerdos para su desarrollo. Los análisis también señalan que se han producido algunas inobservancias de la regla general<sup>9</sup>.

Todas las CCAA establecen para sus respectivos territorios los impresos de solicitud de valoración, a los que se ha de acompañar obligatoriamente un informe de salud (art. 27.5 de la LAAD). Las CCAA han acordado que el informe de salud sea emitido por un facultativo del Sistema Nacional de Salud (como se desprende de los arts. 27.1 y 28.6 de la LAAD), salvo la Comunidad de Madrid que ha abierto la posibilidad a que pueda emitirlo un facultativo de una entidad sanitaria privada aunque debidamente colegiado. Las Comunidades Autónomas regularon el procedimiento de valoración con criterios similares, tal como lo establecen los artículos 27 y 28 de la Ley<sup>10</sup>, según el siguiente esquema de procedimiento que se resume en los siguientes pasos:

---

<sup>9</sup> Pueden consultarse sin excesiva dificultad los análisis realizados por el Observatorio de la dependencia sobre el desarrollo e implantación territorial de la LAAD, en la página Web de la Asociación de Directoras y Gerentes de Servicios Sociales.

<sup>10</sup> Desarrollados por Acuerdo del Consejo Territorial del SAAD en Resolución del IMSERSO (BOE 7/07/2007) por la que se establece el procedimiento de valoración y se establecen las pasarelas de personas valoradas con necesidad de Asistencia de Tercera Persona para realizar las actividades de la vida diaria.

**Tabla nº 16. Esquema común de las CCAA en el procedimiento de valoración para el reconocimiento de la situación de dependencia**

Paso	Requisitos	Inicia	Tramita
<b>1. Solicitud de valoración</b>	Acreditación residencia y empadronamiento	Ciudadano o su representante	EELL Direcciones Regionales o Territoriales de Servicios Sociales
<b>2. Valoración</b>	Aplicación del Baremo Informe sanitario	Equipos valoración domiciliaria	Servicios Sociales de Base
<b>3. Resolución administrativa de valoración</b>	Reconocimiento de situación de dependencia (grado y nivel/titular de derecho de prestación o servicio (art. 5, LAAD))	Consejería de la CCAA con competencia en la materia	Direcciones Regionales o Territoriales de Servicios Sociales
<b>4. Programa Individual de Atención (PIA)</b>	Informe social Datos económicos Datos patrimoniales Solicitud de información sobre cónyuge	Servicios Sociales de base	Servicios Sociales de Base o Direcciones Regionales o Territoriales de Servicios Sociales
<b>5. Consulta/ elección del solicitante titular del derecho</b>	Asesoramiento Consulta Elección Acude el interesado y/o su representante	Servicios Sociales de base	Servicios Sociales de Base o Direcciones Territoriales de Servicios Sociales
<b>6. Resolución administrativa de concesión de prestación</b>	Notificada al perceptor de prestación/ representante	Consejería de la CCAA con competencia en la materia	Direcciones Regionales o Territoriales de Servicios Sociales
<b>7. Prestación del servicio</b>	Justificación del servicio o prestación económica Pago/cobro	Consejería de la CCAA con competencia en la materia	EELL Direcciones Regionales o Territoriales de Servicios Sociales

**Fuente:** Elaboración propia a partir del Estudio comparativo autonómico realizado por la Confederación de Autismo de España y el Departamento de Derecho Público de Landwell Price Waterhouse Coopers. Colección cermi.es. Madrid (2009).

Así, los Servicios Sociales de Base de las EELL sirven como puerta de entrada a las solicitudes de los beneficiarios, aplican los instrumentos específicos diseñados para la valoración de la dependencia (baremo, informe social, etc.) y hacen las propuestas (valoración, PIA, etc.) que resuelven definitivamente los órganos específicos de cada Comunidad Autónoma.

Los requerimientos de documentación que exige cada Comunidad Autónoma suelen ser homogéneos y, generalmente, tienen por objeto acreditar la personalidad del solicitante y su representante, las circunstancias de su residencia, así como el estado de salud de la persona y su situación en el entorno. A tal fin, suele ser exigido un informe específico al respecto. El órgano competente en cada Comunidad Autónoma realiza una valoración –teniendo en cuenta informes sobre su salud y entorno– y emite una resolución con el grado y nivel de dependencia, especificando los cuidados que la persona pueda requerir. El baremo de valoración dictamina la capacidad de la persona para realizar, por sí misma, las actividades básicas de la vida diaria, así como la necesidad de apoyo. En ese momento se establece un Programa Individual de Atención para la persona dependiente que, tras un proceso de audiencia, se hace firme en una resolución. La intensidad de los servicios y prestaciones viene determinada por la resolución de la Comunidad Autónoma sobre el grado y nivel de dependencia y la capacidad económica personal (Ej. número de horas de atención/cuantía de la prestación económica).

### 3.2.1 Requisitos generales en el procedimiento y su aplicación en Castilla y León

Siguiendo los preceptos de la LAAD, podemos resumir los principales pasos en el *proceso de reconocimiento de la situación de dependencia* en los siguientes: **solicitud, valoración, reconocimiento y PIA**.

#### A. SOLICITUD

El artículo 28.1 de la LAAD establece que el procedimiento se iniciará a instancia de la persona que pueda estar afectada por algún grado de dependencia o quien ostente su representación. Y añade que su tramitación se ajustará a las previsiones establecidas en la Ley 30/1992 de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común, con las especificidades que resulten de la presente Ley.

De este modo, se determina cómo se inicia el procedimiento, pero no se especifica dónde se puede iniciar o dónde deben presentar la solicitud las personas interesadas en ello. Es algo que decide cada Comunidad Autónoma y, como ya hemos visto en el punto 3.1., la tendencia ha sido que todas las CCAA han establecido impresos de solicitud de valoración como recoge la LAAD en su

artículo 27.5. La Disposición Final primera de la LAAD explica que la retroactividad del reconocimiento de la prestación se aplica al momento de presentación de la solicitud. Esta disposición ha sido modificada por *Real Decreto Ley 8/2010 de 20 de mayo, de medidas extraordinarias para la reducción del déficit público y su traslado a la normativa autonómica* que, en Castilla y León, se produce por la Orden FAM/766/2010 de 1 de junio para las solicitudes presentadas a partir de 1 de junio de 2010.

En **Castilla y León**, a finales de abril de 2007, se presentan las primeras solicitudes de valoración de la situación de dependencia y el posible acceso a los servicios y prestaciones<sup>11</sup>. Poco después se difunden los modelos de solicitud y la información adecuada sobre los tiempos y lugares de presentación. Posteriormente, la norma se modifica con el ánimo de mejorar la eficacia del procedimiento.

En esta parte del proceso se cuenta con la estructura del Sistema de Servicios Sociales autonómico que permite que las personas que residen en su propio domicilio presenten la solicitud en los Centros de Acción Social (CEAS) dependientes de las Diputaciones Provinciales y de los Ayuntamientos con más de 20.000 habitantes. La solicitud se debe dirigir a la Gerencia Territorial de Servicios Sociales correspondiente a la provincia en la que resida el solicitante.

Esta solicitud se puede presentar en las Gerencias Territoriales de Servicios Sociales, Puntos de Información y Atención al Ciudadano, Oficinas de Registro de los Ayuntamientos que hayan suscrito el oportuno convenio y Diputaciones Provinciales. También en otras Oficinas de Registro Único, oficinas de correos y cualquier otro lugar previsto en la Ley 30/1992 de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y Procedimiento Administrativo Común (LRJ y PAC). Con la delegación de la gestión de las solicitudes a las Gerencias Territoriales de Servicios Sociales, gracias a la Resolución autonómica de 27 de octubre de 2008, **se ha acordado el plazo de tramitación de solicitudes** de reconocimiento de situaciones de dependencia.

El procedimiento también recoge la subsanación de errores en las solicitudes, según las previsiones de la Ley 30/1992 de *Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y Procedimiento Administrativo Común* (LRJ y PAC). Es decir, si las solicitudes no reuniesen los requisitos exigidos (o no se presentasen los documentos necesarios), se requerirá al interesado para que en el plazo de 10 días, subsane los defectos de que adolezca o presente los documentos

---

<sup>11</sup> Para ello, la Comunidad Autónoma promulga la Orden FAM/824/2007 que regula el procedimiento para el reconocimiento de la situación de dependencia y el derecho a las prestaciones.

preceptivos. En el supuesto de que no hacerse así, se entenderá que el solicitante ha desistido de su petición.

La solicitud del reconocimiento tiene que acreditarse en un documento firmado por el interesado y/o el representante. La representación del interesado puede ser legal o voluntaria. En la representación voluntaria el interesado autoriza, con su firma, a otra persona para que le represente en el procedimiento de dependencia. Uno de los trámites del procedimiento es la elección de prestaciones, por tanto, el representante voluntario está autorizado por el interesado para realizar esa elección. Por otro lado, no hay que olvidar que el profesional valorador conoce el caso y a la persona interesada; es él quien ha realizado el informe social, por tanto, en caso de producirse cualquier anomalía puede detectarlo.

## B. VALORACIÓN

La **valoración** de la dependencia viene establecida en los artículos 27, 28 y 30 de la LAAD y tiene la finalidad de determinar **si existe una situación de dependencia y en qué grado y nivel se presenta**. La Ley encomienda a las CCAA establecer los órganos específicos para valorar las situaciones de dependencia. En este sentido, las CC.AA determinan los órganos de valoración de la situación de dependencia (art. 27.1). El Consejo Territorial acuerda unos criterios comunes de composición y actuación de los órganos de valoración de las Comunidades autónomas que, en todo caso, tendrán carácter público (art. 27.1). La LAAD también establece que deberán ser de titularidad y gestión pública directa "(...) no pudiendo ser objeto de delegación, contratación o concierto con entidades privadas" (art. 28.6).

La mayor parte de las CCAA disponen de **órganos específicos para llevar a cabo esta valoración**, que se desplazan hasta el lugar de residencia de la persona a valorar, bien sea el propio domicilio familiar o un centro residencial. Los órganos de valoración tienen un carácter técnico-facultativo y les corresponde evaluar las diferentes situaciones personales de los interesados que formulan sus solicitudes. Los órganos de valoración emiten un dictamen que contempla la determinación del grado y nivel de dependencia, mediante la aplicación del correspondiente baremo y emisión del correspondiente dictamen (art. 27.1 de la LAAD), y también la especificación de los cuidados que la persona pueda requerir. En Castilla y León es el Equipo mixto –compuesto por técnicos de la EELL correspondiente y de las Gerencias Territoriales de Servicios Sociales– el órgano responsable de garantizar que la valoración sea correcta, mediante revisión del BVD y el informe de salud, siendo este equipo quien da validez a la valoración.

La Resolución de 4 de febrero de 2010, que publica el Acuerdo del Consejo Territorial del SAAD, en materia de órganos y procedimientos de valoración de la situación de dependencia introduce algunas acotaciones para acordar criterios comunes sobre aspectos de la valoración.

Respecto a la **composición de los órganos de valoración**, estos deben configurarse por equipos multiprofesionales de carácter público, encuadrados en el modelo biopsicosocial que establece la Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud (CIF), aportando las especificidades de su profesión pero dentro de un enfoque de interdisciplinariedad. Las funciones de estos equipos serán las de colaborar, asesorar y, en su caso, elaborar el Dictamen-propuesta de la situación de dependencia con la determinación de los diagnósticos que la originan, su grado y nivel, y la especificación de las actividades de la vida diaria en las que precisan cuidados. Los equipos serán la referencia técnica en coordinación con otros equipos que en campos distintos atienden a las personas que se valoran.

Sobre los **criterios básicos de procedimiento**, destacan –y por ello, las reflejamos literalmente– las pautas enunciadas en la Resolución respecto al Informe de salud preceptivo para la valoración (Tercero. Criterios básicos de procedimiento. 2.):

- a) *Las CCAA establecerán la coordinación sociosanitaria que permita garantizar la eficacia y eficiencia de las valoraciones, especialmente en lo relativo a los Informes expedidos por el Servicio Público de Salud.*
- b) *Esta coordinación deberá protocolizarse con acuerdo del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, incluyendo aquellos supuestos de enfermedad mental y otras patologías complejas en las que el órgano de valoración necesita del apoyo de la información de otras especialidades para poder emitir un dictamen objetivo.*
- c) *El informe considerará las siguientes indicaciones:*
  - *Referencia a los diagnósticos de patologías codificadas en la CIE-10<sup>12</sup> o, en su defecto, CIE-9 o CIAP, y a ser posible con indicación del año de diagnóstico, fase evolutiva y posible pronóstico, así como si su situación es estable o susceptible de modificación por tratamiento médico.*

---

<sup>12</sup> Publicada por la OMS, la CIE es la Clasificación estadística internacional de enfermedades y otros problemas de salud (en inglés ICD, siglas de International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems). Determina los códigos utilizados para clasificar las enfermedades y una amplia variedad de signos, síntomas, hallazgos anormales, denuncias, circunstancias sociales y causas externas de daños y/o enfermedad.

- *Reseña de las limitaciones que conlleva el estado de salud de la persona, en las actividades de la vida diaria y/o funciones o estructuras afectadas.*
- *Indicación de las medidas de soporte terapéutico, funcional y/o ayudas técnicas que tenga prescritas.*
- *Alteraciones del comportamiento o deterioro cognitivo, si constan, y si alguna patología cursa por brotes, con datos de los habidos en el último año, así como cualquier otra información que se considere de interés por parte del facultativo/a que expide el informe en relación con la finalidad del mismo.*

*Sin perjuicio de lo anterior, las personas solicitantes podrán aportar documentación complementaria sobre su condición de salud.*

Nos parece importante señalar que la Resolución de 4 de febrero de 2010 establece que el **plazo máximo, entre la fecha de entrada de la solicitud y la de resolución de reconocimiento de la prestación de dependencia será de seis meses**. Y para la CA que haya establecido un procedimiento diferenciado para el reconocimiento y el de prestaciones, el plazo máximo para el reconocimiento de la situación de dependencia será de tres meses.

Los **contenidos del baremo** de valoración (BVD) se acuerdan en el Consejo Territorial del SAAD. El baremo establece los criterios objetivos de valoración del grado de autonomía de la persona, su capacidad para realizar las distintas actividades de la vida diaria y la puntuación. Las ABVD son las tareas más elementales de la persona, que le permiten desenvolverse con un mínimo de autonomía e independencia, tales como: cuidado personal, actividades domésticas básicas, movilidad esencial, reconocimiento de personas y objetos, orientación, entendimiento y ejecución de órdenes o tareas sencillas.

En lo que concierne al informe de salud, todas las Comunidades Autónomas han encargado la elaboración del **informe que hace referencia a la salud** de la persona a los **servicios de atención primaria del Sistema de Salud** correspondiente<sup>13</sup>. Respecto al **informe sobre el entorno**, la mayor parte de las CCAA han determinado que corresponde a los **servicios sociales básicos** o de atención primaria, como un “informe social”. Si bien, alguna CCAA encomienda este informe a los propios órganos autonómicos específicos de valoración.

<sup>13</sup> En Castilla y León, las personas que tengan una cobertura sanitaria distinta a la SACyL, habrán de presentar un informe de salud por su facultativo correspondiente (Ej. MUFACE, ASISA, etc.).

También hay CCAA que delegan el informe sobre el entorno a los órganos específicos que realizan esta función, y el “informe social” a las estructuras territoriales básicas de servicios sociales, como paso previo a la elaboración del PIA.

El BVD mide 11 actividades básicas de la vida diaria, cada una de las cuales está desglosada en diferentes tareas. Se trata de valorar la capacidad de las personas para realizar una tarea de manera eficaz, segura en su entorno habitual, identificando el grado de apoyo que necesita, en tiempo razonable y sin ayuda. En el caso de que la persona no pueda realizar la tarea sin ayuda, se identifica la dificultad o imposibilidad y el tipo de ayuda que necesita la persona. También se deben considerar, en su caso, las ayudas técnicas, órtesis y prótesis que le hayan sido prescritas (art. 27.5, LAAD) y que utiliza la persona para mejorar su autonomía.

La valoración se basa en la aplicación de un cuestionario y en la observación directa de la persona que se valora por parte de un profesional cualificado. El baremo debe ser aplicado en el entorno habitual de la persona (según los criterios de aplicación incluidos en el Real Decreto 504/2007). Como ya hemos dicho, este baremo es el mismo en todo el territorio estatal. Hay dos colectivos que requieren una aplicación específica del baremo que son los **menores de 3 años de edad** y las **personas con discapacidad intelectual o con enfermedad mental**.

A los **menores de tres años** se les aplica una escala de valoración específica (EVE). La escala determina la situación de dependencia del niño/a en comparación con el funcionamiento esperado en otros de la misma edad, sin limitaciones en sus condiciones de salud. Existe una complejidad añadida con este grupo que consiste en establecer la permanencia en sus condiciones de salud. Por ello, debido a su proceso madurativo y de crecimiento, es necesario revalorar a los 6, 12, 18, 24 y 30 meses.

En lo que se refiere a las **personas con discapacidad intelectual o con enfermedad mental, así como con alteraciones perceptivo-cognitivas**, la LAAD establece que el baremo evaluará la capacidad de la persona para llevar a cabo por sí misma las actividades básicas de la vida diaria, así como la necesidad de apoyo y supervisión para su realización (art. 27.4). El cuestionario se aplicará en forma de entrevista presencial con la participación de una persona que conozca debidamente la situación del solicitante. Los valoradores determinarán si la persona requiere de apoyo y supervisión general para realizar de manera comprensiva las actividades, así como la falta de desempeño en todas las tareas de la actividad correspondiente, a pesar de que la persona pueda llevarlas a cabo de un modo aislado. Se deben valorar, adicionalmente, las necesidades de apoyo para hacer efectivo un grado satisfactorio de autonomía personal en el seno de la comunidad.

Las 11 actividades que contempla el BVD, tal y como se definen en el Anexo I del Real Decreto 504/2007<sup>14</sup> que aprueba el baremo de valoración de la situación de dependencia son las siguientes:

1. Comer y beber.
2. Regulación de la micción/defecación.
3. Lavarse.
4. Otros cuidados corporales.
5. Vestirse.
6. Mantenimiento de la salud.
7. Traslados corporales.
8. Desplazarse dentro del hogar.
9. Desplazarse fuera del hogar.
10. Realizar tareas domésticas (47 tareas).
11. Tomar decisiones (sólo para DI/EM o Baremo específico) (6 tareas).

A partir de estos de estos bloques de actividad, el baremo se estructura en más de 50 ítems. En cada uno de ellos se valoran tres aspectos:

**a. Niveles de desempeño de tareas**

- **NA:** No aplicable, según los grupos de edad.
- **SI:** Si la persona valorada es capaz de realizar la tarea, sin apoyo de otra.
- **NO:** La persona necesita apoyo de otra.

**b. Problemas en el desempeño de tareas**

- **F:** No ejecuta físicamente la tarea.
- **C:** No comprende la tarea y/o la ejecuta sin coherencia y/o con desorientación (sólo aplicable en personas con discapacidad intelectual o enfermedad mental).
- **I:** No muestra iniciativa para la realización de la tarea (sólo aplicable en personas con discapacidad intelectual o enfermedad mental).

**c. Grado de apoyo de otra persona en las tareas**

- **SP. Supervisión/Preparación.** La persona valorada sólo necesita que otra le prepare los elementos necesarios para realizar la actividad y/o

---

<sup>14</sup> El Real Decreto 504/2007 ha sido modificado por Acuerdo del Consejo Territorial publicado el 12 de julio de 2010, y entrará en vigor 12 meses después de la publicación de un Real Decreto que sustituya al 504/2007 para permitir la adaptación de equipos, sistemas informáticos y procedimientos a las modificaciones.

le haga indicaciones o estímulos, sin contacto físico, para realizar la actividad correctamente y/o evitar que represente un peligro.

- **FP. Asistencia Física Parcial.** La persona valorada requiere que otra persona colabore físicamente en la realización de la actividad.
- **FM. Asistencia Física Máxima.** La persona valorada requiere que otra persona le sustituya en la realización física de la actividad.
- **ES. Asistencia Especial.** La persona valorada representa trastornos de comportamiento y/o problemas perceptivos-cognitivos que dificultan la prestación de apoyo de otra persona en la realización de la actividad.

En la siguiente tabla, sintetizamos el procedimiento de aplicación del baremo de valoración de la situación de autonomía y de dependencia.

**Tabla nº 17. Síntesis del Baremo de valoración de la dependencia (BVD)**

Actividades/Tareas	Desempeño			Problemas en el desempeño			Tipo de apoyo que necesita				
	NA	SÍ	NO	F	C	I	SP	FP	FM	ES	
<b>Actividades básicas de la vida diaria (ABVD):</b>											
1. Comer y beber.											
2. Regulación de la micción/ defecación.											
3. Lavarse.											
4. Otros cuidados corporales.											
5. Vestirse.											
6. Mantenimiento de la salud.											
7. Traslados corporales.											
8. Desplazarse dentro del hogar.											
9. Desplazarse fuera del hogar.											
10. Realizar tareas domésticas (47 tareas).											
11. Tomar decisiones (sólo para DI/EM o Baremo específico): autocuidado, movilidad, tareas domésticas, interacciones básicas y complejas, gestión del dinero y uso de servicios públicos (6 tareas).											

**Fuente:** Anexo I del Real Decreto 504/2007 de 20 de abril que aprueba el baremo de valoración de la situación de dependencia establecido por la LAAD.

Se puntuía cada una de las tareas entre 0,1 y 0,5 a través de sistema de ponderación (peso de la tarea y coeficiente de necesidad de apoyo). A ello se añaden las “**notas complementarias de la valoración**” de cada actividad:

- Problemas identificados en el informe de condiciones de salud que afectan el desempeño del solicitante en la actividad.
- Descripción del funcionamiento del solicitante en la actividad.
- Identificación del empleo de ayudas técnicas.
- Barreras o facilitadores del entorno.

La puntuación obtenida en cada uno de los ítems, según los códigos expuestos y la aplicación de unas tablas de peso para cada tarea y actividad, da como resultado una puntuación general sobre un máximo de 100 puntos. La puntuación sitúa a cada persona valorada en un determinado grado y nivel de dependencia. El derecho a recibir los servicios y prestaciones se obtendrá a partir de una puntuación total de 25 puntos. Es un derecho que se implanta progresivamente. Se inició en el año 2007, para las personas con mayor necesidad de apoyos (gran dependencia/dependencia severa) y alcanzará las personas con dependencia moderada en el año 2014, como establece la siguiente tabla.

**Tabla nº 18. Secuencia temporal de acceso a los servicios según el grado, nivel y puntuación obtenida en la valoración de la situación de dependencia**

Grado y Nivel	Escala de puntuación del BVD	Año de acceso a servicios
<b>Grado III. Gran dependencia</b>		
Nivel 2	90 a 100 puntos	2007
Nivel 1	75 a 89 puntos	
<b>Grado II. Dependencia severa</b>		
Nivel 2	65 a 74 puntos	2008 y 2009
Nivel 1	50 a 64 puntos	2009 y 2010
<b>Grado I. Dependencia moderada</b>		
Nivel 2	40 a 49 puntos	2011 y 2012
Nivel 1	25 a 39 puntos	2013 y 2014

**Fuente:** Real Decreto 504/2007, de 20 de abril, por el que se aprueba el baremo de valoración de la situación de dependencia establecido por la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia (BOE nº 96, pág. 17666).

En el caso de **Castilla y León**, las funciones de valoración se atribuyen a profesionales de las Administraciones Públicas que, por sus características, se consideran capacitados para poder reconocer y graduar la situación de dependencia. Dichos profesionales son los que ejercen las funciones en materia de dependencia.

La Comunidad Autónoma posee uno de los modelos más descentralizados de gestión del SAAD, de forma que las Corporaciones Locales –Ayuntamientos y Diputaciones Provinciales– adquieren un gran protagonismo en la valoración de las situaciones de dependencia y en la organización y gestión de la provisión de los servicios a prestar. Ello también puede implicar el riesgo de crear una heterogeneidad de protocolos de actuación a utilizar en los procedimientos de cada Entidad Local. Por ser conscientes de este riesgo, desde la Gerencia de Servicios Sociales, se realizan periódicamente cursos de formación, reuniones de seguimiento, distribución de criterios comunes, etc.

Para facilitar la homologación en los protocolos a utilizar, desde los servicios técnicos de la Gerencia de Servicios Sociales, se ha establecido el denominado “coordinador/a de caso” con la colaboración con las Diputaciones Provinciales y Ayuntamientos mayores de 20.000 habitantes. El **coordinador de caso** se constituye como profesional de referencia para la persona en situación de dependencia y su familia, en tareas de valoración, orientación, intervención, seguimiento y coordinación con otros agentes y servicios del Sistema, independientemente de la administración que le atiende y del sector de que se trate. Así mismo, garantiza que un mismo profesional realice todas las valoraciones posibles a un solicitante y a los miembros de su unidad familiar, al tiempo que todos los profesionales implicados en esa atención comparten en tiempo real una misma visión de la persona y familia en la que coinciden, porque acceden a toda la información que sobre ellas se va generando, independientemente del organismo o equipo en el que trabaja, mediante una aplicación informática de gestión<sup>15</sup>.

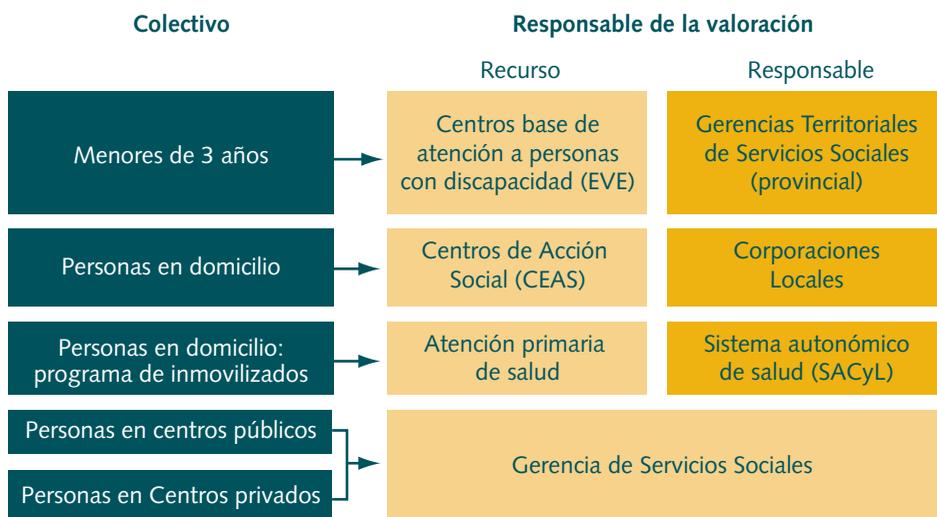
Además de las modificaciones normativas ya indicadas, de la situación de ventanilla única en el acceso de los usuarios a los servicios sociales (SAUSS) y de las reformas para aligerar la solicitud y valoración, un hecho que ha facilitado la agilización en los procedimientos de gestión de los expedientes ha sido el **refuerzo paulatino y progresivo de los equipos técnicos de valoración** en

---

<sup>15</sup> Conviene indicar que, tanto la información compartida como los profesionales que la comparten deben vigilar –a través de los mecanismos establecidos– el cumplimiento de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos y los reglamentos de desarrollo en lo que se refiere a las medidas y niveles de seguridad de los ficheros o tratamientos que contengan datos personales y los relativos a la salud, que están especialmente protegidos según la Ley.

Castilla y León. El Informe de balance sobre las actuaciones de la Administración de Castilla y León llevadas a cabo en aplicación de la LAAD<sup>16</sup> indica que, desde 2007 hasta 2009, se han incorporado 491 nuevos profesionales, lo que ha supuesto una inversión de 12,5 millones de euros. De todos ellos, 329 profesionales se han integrado en las Corporaciones Locales (Ayuntamientos y Diputaciones) y 162 en las Gerencias Territoriales de Servicios Sociales para poder dar contenido al sistema de valoración que se ha elegido en esta Comunidad:

**Gráfico nº 4. Organización de la valoración de la situación de autonomía y dependencia en Castilla y León, según responsable de la valoración**



Fuente: Gerencia de Servicios Sociales de la Junta de Castilla y León, 2008.

Al igual que sucede con el resto de los servicios sociales, en los centros públicos de Ayuntamientos de más de 20.000 habitantes y de las Diputaciones Provinciales la valoración la realizan sus propios servicios.

<sup>16</sup> Disponible en: [www.jcyl.es/web/jcyl/Familia/es/Plantilla100/1179470046999/\\_/\\_/\\_](http://www.jcyl.es/web/jcyl/Familia/es/Plantilla100/1179470046999/_/_/_).

### Gráfico nº 5. Estructura y funciones del equipo mixto para la valoración de la situación de autonomía y dependencia en Castilla y León



#### Finalidad del equipo:

Órgano responsable de garantizar que la valoración sea correcta

#### Objetivos:

- Constatar informe de salud y BVD
- Esclarecer y subsanar inconsistencias e incongruencias del BVD
- Solicitar revaloraciones e informes médicos

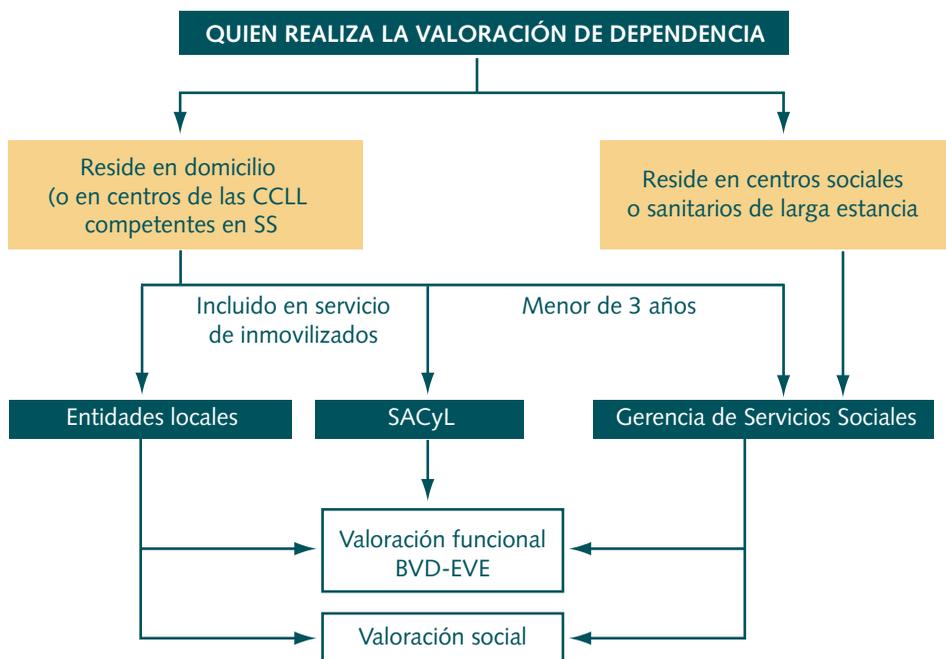
Si la información es suficiente...

- Elaborar un dictamen que contiene: la puntuación de BVD, prestaciones correspondientes y cumplimiento de requisitos para cada servicio o prestación

Fuente: Gerencia de Servicios Sociales de la Junta de Castilla y León, 2008.

Las valoraciones de las personas que están incluidas en el Programa de Inmovilizados de la Cartera de Servicios de Atención Primaria de SACyL son valorados con el BVD por el técnico de enfermería de referencia en el contexto. En el momento de la valoración y para determinar la idoneidad de la prestación de cuidados en el entorno familiar por el cuidador principal, ese mismo técnico de enfermería puede incluir un documento complementario de valoración de los cuidados prestados. La integralidad del SAAD de Castilla y León queda reflejada en el siguiente gráfico que muestra la conexión organizativa en las valoraciones de las situaciones de dependencia.

**Gráfico nº 6. Organización de la valoración de dependencia en Castilla y León, según competencia y tipo de valoración**

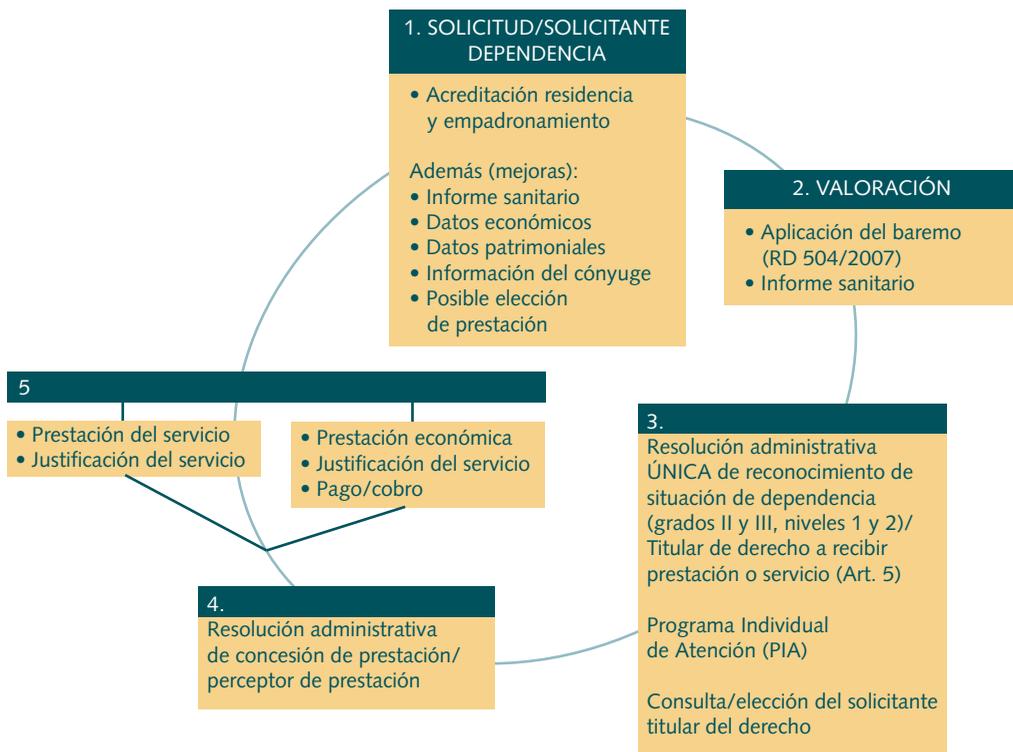


**Fuente:** Dirección General de Política Social y Atención a la Dependencia.  
Gerencia de Servicios Sociales de la Junta de Castilla y León.

Como señalamos anteriormente, además de esta estructura, en Castilla y León se ha impulsado un sistema de registro de datos de acceso unificado a los Servicios Sociales (SAUSS). Ello también ha contribuido a que **Castilla y León** figure en las estadísticas como **una de las autonomías más ágiles en la gestión de la valoración** de la situación de autonomía y dependencia, en cuanto a plazos de tiempo. Sin embargo, hay autores que indican que ésta Comunidad tiene una excelente gestión pero una escasa cobertura (Barriga Martín, 2009: 11). En suma, **no es una de las comunidades con mayor tasa de cobertura** en proporción a la población de la región susceptible de ser beneficiaria de los servicios y prestaciones que la LAAD ofrece. Desde la Gerencia de Servicios Sociales se recuerda que el sistema de servicios sociales de Castilla y León ya atendía a un número elevado de personas con anterioridad a la aplicación de la LAAD. Muchas de estas personas, que ya estaban siendo atendidas, no han tenido la necesidad de solicitar el reconocimiento de su situación de dependencia. En

cualquier caso, la presentación de solicitud es voluntaria y la Comunidad Autónoma ha puesto medios para facilitar que se presenten solicitudes. Entre otras actuaciones, se han reducido los procedimientos establecidos en el proceso de valoración y reconocimiento de la situación de dependencia. Así, los procesos fundamentales establecidos por acuerdo del Consejo Territorial –siguiendo los preceptos de la LAAD y del Decreto 504/2007– en Castilla y León han sido reducidos como refleja el siguiente gráfico.

**Gráfico nº 7. Procedimiento para el reconocimiento de la situación de dependencia en Castilla y León**



**Fuente:** Comparecencia CAC 0201, de 7 de mayo de 2010, del Consejero de Familia e Igualdad de Oportunidades de la Junta de Castilla y León en la Comisión de Familia e Igualdad de Oportunidades para “Analizar el informe balance de la Ley de Dependencia en Castilla y León 2007-2009”.

En un desglose provincial de los datos generales que ofrece la Gerencia de Servicios Sociales referidos a las valoraciones realizadas a los solicitantes observa-

mos que las provincias de León (20,3%), Valladolid (16,1%) y Salamanca (13,3%) obtienen los mayores porcentajes de personas que han obtenido la valoración de la situación de dependencia en 2009.

**Tabla nº 19. Personas valoradas con BVD o en proceso de valoración de la situación de dependencia en Castilla y León. Evolución provincial 2008-2009**

	2008		2009	
	Valoradas o en proceso		Valoradas o en proceso	
	N	%	N	%
Ávila	3.322	8,1	5.446	8,0
Burgos	4.944	12,0	8.326	12,2
León	9.024	22,0	13.851	20,3
Palencia	3.618	8,8	6.006	8,8
Salamanca	5.357	13,0	9.031	13,3
Segovia	2.668	6,5	4.624	6,8
Soria	1.845	4,5	3.289	4,8
Valladolid	6.557	16,0	10.947	16,1
Zamora	3.721	9,1	6.560	9,6
<b>Total Castilla y León</b>	<b>41.056</b>	<b>100,0</b>	<b>68.080</b>	<b>100,0</b>

**Nota:** Hemos de señalar que el desfase que se produce en los datos totales al desagregar las cifras por provincias se debe a que los datos de cada provincia corresponden al total acumulado hasta la fecha (personas vivas y fallecidas, con la última prestación que tuvieron).

**Fuente:** Gerencia de Servicios Sociales. Dirección General de Política Social y Atención a la Dependencia. Situación a 1/01/2010.

Las valoraciones realizadas a los niños menores de 3 años que, mediante la aplicación del EVE, muestran que las provincias en las que produce una mayor proporción media de casos de estas características son las de Valladolid (28%), Burgos (25,4%) y Salamanca (13%). Situación comprensible al ser las provincias con mayores tasas de población infantil. La evolución de cada provincia no es regular a lo largo de estos años. El ejemplo más significativo lo muestra Valladolid que, entre 2007 y 2010, ha variado un 12,7% en la proporción de los niños valorados en la provincia.

**Tabla nº 20. Niños menores de 3 años valorados con EVE y situación de dependencia en Castilla y León. Evolución provincial 2007, 1 enero 2010**

	2007		2008		2009		1-01-2010		Total general	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Ávila	9	9,4	10	4,3	22	8,7	1	4,5	42	6,9
Burgos	14	14,6	70	29,8	65	25,6	5	22,7	154	25,4
León	10	10,4	29	12,3	27	10,6	2	9,1	68	11,2
Palencia	5	5,2	14	6,0	6	2,4	0	0,0	25	4,1
Salamanca	11	11,5	38	16,2	28	11,0	2	9,1	79	13,0
Segovia	6	6,3	16	6,8	12	4,7	3	13,6	37	6,1
Soria	2	2,1	2	0,9	14	5,5	3	13,6	21	3,5
Valladolid	39	40,6	51	21,7	74	29,1	6	27,3	170	28,0
Zamora	0	0,0	5	2,1	6	2,4	0	0,0	11	1,8
<b>Total general</b>	<b>96</b>	<b>100,0</b>	<b>235</b>	<b>100,0</b>	<b>254</b>	<b>100,0</b>	<b>22</b>	<b>100,0</b>	<b>607</b>	<b>100,0</b>

**Nota:** Cuenta la fecha de registro de la solicitud.

**Fuente:** Gerencia de Servicios Sociales de la Junta de Castilla y León.

### C. RECONOCIMIENTO, RESOLUCIÓN Y PIA

La LAAD establece que **el reconocimiento de la situación de dependencia** se efectúa mediante resolución expedida por la Comunidad Autónoma y **tiene validez en toda España** (art. 28.2). El reconocimiento es una resolución administrativa por lo que, además de determinar el grado y nivel de dependencia, debe incorporar los servicios y prestaciones que puedan corresponder al ciudadano en función de este grado y nivel. La resolución de reconocimiento debe ser comunicada por escrito, con las formalidades previstas para toda resolución administrativa, y contra ella caben los recursos correspondientes que el procedimiento establece.

La Disposición adicional primera del Real Decreto 504/2007 contempla el reconocimiento de diversas **situaciones** que hayan sido valoradas y reconocidas previamente y pueden ser **susceptibles de homologarse a la condición de dependencia**. Se refiere a quienes tengan reconocido el complemento de gran invalidez y/o el complemento de la necesidad del concurso de otra persona. Asimismo, se establece una situación transitoria para estas personas en la que se señala que seguirá teniendo validez a todos los efectos, el reconocimiento de la necesidad de asistencia de tercera persona, hasta que sea reconocido el grado y nivel correspondiente con el baremo de la presente Ley.

El **Programa Individual de Atención** (PIA) es último paso del procedimiento en el que se plasman las prestaciones y servicios mediante los cuales se hacen efectivos los derechos subjetivos reconocidos en la LAAD. El PIA tiene en consideración el grado y nivel reconocido a la persona y las prestaciones y/o servicios que pudieran corresponderle según este reconocimiento. Además, se tienen en cuenta las circunstancias específicas de la persona, es decir, las características y condiciones de su entorno, sus propias expectativas y su propia decisión o, en su caso, la de sus familiares o entidades tutelares que le representen (art. 29.1 LAAD).

El PIA **prescribe las prestaciones y servicios concretos que la persona va a recibir**. Por ello, al igual que en la valoración, la LAAD establece que debe elaborarse directamente por las Administraciones Públicas, no pudiendo ser objeto de delegación, contratación o concierto con entidades privadas (art. 28.6). El PIA **se negocia con la persona afectada** y, en su caso, con su familia o entidades tutelares, de manera que permita –según las posibilidades– elegir entre diversas opciones, si existen. Por ello, es imprescindible el contacto personalizado y próximo de los profesionales que valoran con la persona y su familia.

El Consejo Territorial del SAAD en febrero de 2010 establece que *“en la resolución por la que se reconoce la prestación se tomarán en consideración las preferencias manifestadas durante el trámite de consulta por la persona beneficiaria y, en su caso, su familia o entidades tutelares que la representen, siempre que para su determinación concurren los requisitos legalmente establecidos y siempre que dichas preferencias se incardinan en la modalidad o en una de las modalidades de intervención más adecuadas a las necesidades de la persona en situación de dependencia. No se admitirá en el PIA que una persona que estuviera atendida en un servicio deje de hacerlo para poder percibir la prestación económica de cuidados en el entorno familiar<sup>17</sup>”*. Se trata con ello de evitar, en la medida de lo posible, comportamientos de los beneficiarios que son contrarios a la LAAD, para que las personas que están recibiendo un servicio adecuado a su situación, una vez valorados de dependencia y elaborado el PIA correspondiente, no puedan optar a las prestaciones económicas vinculadas, si el servicio que tienen es la mejor fórmula para su situación de dependencia.

---

<sup>17</sup> Resolución de 4 de febrero de 2010, de la Secretaría General de Política Social y Consumo, por la que se publica el Acuerdo del Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, para la mejora de la calidad de la prestación económica para cuidados en el entorno familiar del SAAD. Anexo III, Apartado 3.3. Participación de la persona beneficiaria.

Según establece el artículo 14.4 de la LAAD, los aspectos que se deben tener en cuenta a la hora de diseñar los servicios y prestaciones que contiene el PIA son: a) las condiciones de convivencia, b) la adecuación de la vivienda, c) los servicios y prestaciones que corresponda según el grado y nivel de dependencia valorado y d) la disponibilidad de recursos en el entorno. Los dos primeros factores deberán quedar reflejados en el correspondiente informe sobre el entorno (art. 27.5). La disponibilidad de recursos en el entorno es un condicionante para la oferta que el PIA puede incorporar.

En **Castilla y León** son las Gerencias Territoriales quienes resuelven el reconocimiento del grado y nivel de dependencia y las prestaciones correspondientes. Con el *Decreto 34/2009, de 21 de mayo, por el que se reforma la desconcentración de competencias del Presidente del Consejo de Administración de la Gerencia de Servicios Sociales de Castilla y León* se establece el procedimiento en materia de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia. *"Se desconcentra en la Gerente de Servicios Sociales la competencia para la tramitación y resolución del procedimiento para el reconocimiento de la situación de dependencia y del derecho a las prestaciones del sistema para la autonomía y atención a la dependencia, así como la aprobación de los estados de incidencias y las nóminas correspondientes a las prestaciones económicas de dicho sistema"*. A su vez, se delegó en los Gerentes Territoriales la resolución para el reconocimiento del grado y nivel de dependencia y posteriormente, el reconocimiento de las prestaciones. Pero no se ha delegado todo el proceso, dado que las Gerencias Territoriales no tienen, por ejemplo, delegado el pago de prestaciones.

Siguiendo con el procedimiento (Brezmes Nieto y Barriga Martín, 2008: 64), el usuario recibe en su domicilio la resolución sobre su grado y nivel de dependencia y, en su caso, fecha de derecho a las prestaciones. Si reúne las condiciones para acceder a los servicios o prestaciones del SAAD, recibe los siguientes documentos:

1. Formulario de respuesta.
2. Síntesis de su expediente.
3. Documento de consulta y elección.
4. En su caso, formularios de solicitud de servicios.

De esta forma el usuario tiene en su poder toda la información que precisa sobre su situación en el SAAD. La Entidad Local correspondiente al domicilio del usuario recibe la información, a través del SAUSS, siempre que la resolución contenga servicios de cuya gestión y provisión sea responsable.

Hay un espacio para la consulta, audiencia y elección, en el que la persona puede optar por el servicio o prestación determinado, o puede alegar desacuerdo con los datos de su expediente. Las situaciones que pueden darse son:

- a. Recibir orientación antes de elegir. En este caso, se le llamará desde el CEAS o la Gerencia Territorial para fijar una fecha de entrevista.
- b. Elegir el servicio o la prestación. En este caso, se debe cumplimentar el documento de consulta y elección para después enviarlo a la Gerencia de Servicios Sociales.
  - Si la persona opta por las prestaciones debe realizar la solicitud correspondiente, que se tramita en la Gerencia Territorial de Servicios Sociales –si le corresponde la gestión de las prestaciones elegidas– o directamente a la Corporación Local si la gestión le corresponde a ésta.
  - El usuario puede no elegir en este momento, con lo cual dispone de un plazo para realizar la elección directamente presentando la documentación correspondiente en la Gerencia de Servicios Sociales.
  - También puede no elegir nada, en este caso la Gerencia resuelve la prestación vinculada a la adquisición de cualquier servicio de los que figuran en su PIA.
- c. Presentar alegaciones en el mismo formulario, aunque elija una de las opciones anteriores.

Posteriormente, la persona debe enviar el formulario firmado a la Gerencia de Servicios Sociales. Si la opción elegida en el formulario es “recibir orientación antes de elegir” ésta se tramita por el profesional responsable del caso. Si la persona efectúa alegaciones, impulsa la revisión correspondiente. Cuando la persona elige prestación económica o un servicio gestionado por la Comunidad Autónoma, y adjunta la documentación exigida para ello, efectúa trámite interno a través del SAUSS. Cuando elige un servicio de gestión local, remite la documentación a la Entidad Local.

Con la documentación requerida la Gerencia de Servicios Sociales **dicta la resolución correspondiente**, que incluye grado y nivel obtenido, servicios y prestaciones incluidos en su PIA y la prestación o servicio que se le reconoce.

Anteriormente el usuario recibía primero la resolución de grado y nivel y más tarde el resto de documentos para realizar la elección. Actualmente, se pueden elegir prestaciones y servicios en la misma solicitud y cuando finaliza el procedimiento recibe una única resolución en la que figura grado y nivel, PIA y servicio o prestación que se le reconoce.

En el caso de que **la persona no pueda acceder al servicio elegido** inmediatamente, se encontrará en **situación de “lista de espera”** y se le concederá la **prestación económica vinculada hasta que acceda al servicio**. En los casos en que se ha elegido una prestación económica, se le reconoce retroactividad desde la fecha de su solicitud sin necesidad de solicitarlo<sup>18</sup>, pero deberá presentar justificación de los meses en que ha utilizado y abonado el servicio. Simultáneamente, se comunica a la Entidad Local o al centro de la Gerencia de Servicios Sociales la resolución por la que debe prestar el servicio al usuario o realizar el pago de las prestaciones económicas. En ambos casos, se indicará, si procede, revisión de oficio y el plazo establecido (Brezmes Nieto y Barriga Martín, 2008: 67).

Con algunas diferencias en los protocolos utilizados, los procedimientos administrativos para la solicitud, valoración, reconocimiento y el acceso a prestaciones por situación de dependencia **se han implantado en las nueve provincias**, coordinados por las Gerencias Territoriales de Servicios Sociales y las Corporaciones Locales. A continuación, mostramos un cuadro que trata de resumir el procedimiento de valoración y reconocimiento de la situación de dependencia en Castilla y León.

**Tabla nº 21. Cuadro resumen del procedimiento de valoración y reconocimiento de la situación de dependencia en Castilla y León**

#### Regulación

- Orden FAM/824/2007, de 30 de abril, que regula el procedimiento de reconocimiento de la situación de dependencia y del derecho a las prestaciones.
- Resolución de 27 de octubre de 2008 de la Gerencia de Servicios Sociales de Castilla y León que aprueba el modelo de instancia normalizada.
- Resolución de 29 de abril de 2010 de la Gerente de Servicios Sociales de Castilla y León, por la que se aprueba el modelo de solicitud para la valoración de la situación de dependencia y acceso a las prestaciones.

Continúa

<sup>18</sup> En el momento en que se estaba redactando el presente informe han surgido nuevas revisiones sobre la aplicación de la LAAD, motivadas por los ajustes presupuestarios del Gobierno, que modifican sustancialmente –o en parte– aspectos que aquí se han reflejado, ya que los últimos acuerdos del Consejo Territorial ha determinado los límites máximos y el carácter retroactivo de algunas ayudas, que podrán ser saldadas en un periodo de hasta 5 años. A partir de ahora, la prestación se cobrará desde el momento en el que sea aprobada y no desde el día en el que se presentó la solicitud, como recogía la LAAD. Este recorte sólo se aplicará a los nuevos solicitantes. A los que ya tenían pedidas las ayudas no les afectará, cobrarán la retroactividad aunque no de una vez. Las CCAA tendrán un plazo de hasta 5 años para abonarles estas cantidades. Solo si el tiempo de resolución de la prestación supera los seis meses –plazo máximo para resolver todos los trámites que fijó el Gobierno y las CCAA el pasado mes de enero– se aplicará la retroactividad desde ese momento.

## Inicio

### Procedimiento

- A instancia de persona interesada o por su representante.
- La solicitud puede realizarse para **valoración inicial o para homologación** (Ej. persona con reconocimiento de gran invalidez o necesidad de ayuda de 3ª persona).
- El **nuevo modelo evita requerimientos al interesado o resuelve el reconocimiento de prestaciones sin necesidad de trámite de consulta** (Ej. cuando el usuario se encuentra recibiendo servicios públicos con carácter previo).
- **Nuevos contenidos en la solicitud** para posibilitar las peticiones de revisión, tanto de la situación de dependencia como de las prestaciones reconocidas.
- **Normaliza** la circunstancia de las personas con la situación de **dependencia reconocida por otra CCAA** que trasladaban su domicilio a Castilla y León.

### Solicitud

Se formula en el modelo normalizado aprobado por Resolución de la Gerencia de Servicios Sociales (puede realizarse en papel, o bien solicitud guiada por Internet y por teléfono).

### Documentación

**Tienen que aportarse originales o copias autenticadas de la solicitud, el DNI y el Informe de Salud:**

- **DNI del interesado.**
  - > Si el interesado actúa por medio de representante, se acompañan el DNI de éste y, según se trate de representación voluntaria o legal, el documento acreditativo de la representación y/o la sentencia judicial que contenga el nombramiento de tutor y, en su caso, autorización judicial de ingreso en centro residencial.
  - > Si el interesado es menor de edad y carece de DNI, su identidad se acreditará mediante el Libro de Familia.
  - > Si el solicitante es una persona que carece de nacionalidad española debe aportar tarjeta acreditativa de su condición de residente, en la que esté consignado su NIE, sin perjuicio de acreditar la concurrencia de las condiciones que resulten requeridas por la normativa que en cada caso sea de aplicación.
- **Informe sobre las condiciones de salud**, emitido en modelo normalizado por un profesional del sistema de atención sanitaria que corresponda al solicitante.

Si el solicitante es usuario de un recurso residencial de titularidad y gestión Autonómica o de EELL competente en materia de servicios sociales, éste se emite por un profesional sanitario de los servicios sociales de la respectiva administración.

## Tramitación

### Tramitación

- **La solicitud se dirigirá a la Gerencia de Servicios Sociales de Castilla y León** y se presentará de acuerdo con el art. 38 de la Ley 30/92 (LRJ y PAC).

Continúa

## Continuación

- **Requisitos económicos previstos en la solicitud:**

- > Es necesario acreditar los ingresos cuando el solicitante percibe pensiones que no figuran en la Agencia Tributaria (Gran Invalidez, Incapacidad Permanente Absoluta, Orfandad, Prestación por hijo a cargo, otras prestaciones sociales exentas de IRPF).
- > El interesado autoriza en la solicitud a que la administración recabe, de los correspondientes ficheros públicos, sus datos tributarios referidos al período impositivo anterior a la fecha de solicitud.
- > Si no se cumple con los requisitos exigidos o no se acompaña la documentación señalada se requerirá para que se subsane en un plazo de 10 días hábiles indicando que, en caso contrario, se tendrá por desistida su solicitud.
- > Trascurrido el plazo sin subsanar errores o falta de documentación se dicta una resolución por la que se acuerda el desistimiento de la solicitud.

### Valoración

- El profesional podrá **recabar todos los datos necesarios sobre la situación personal, familiar y social** de la persona valorada, analizando la documentación aportada, pudiendo reclamar la información adicional que estime conveniente para asegurar la correcta aplicación del instrumento de valoración.
- Completada la recopilación de la información, el profesional **aplicará al caso el instrumento de valoración** (BVD, EVE).
- Finalizadas estas actuaciones, el profesional elaborará un **informe con los resultados de la aplicación**.
- Igualmente se incorporará al expediente un **informe social** relativo a las necesidades sociales que presente el interesado, cuando éstas deban ser tenidas en cuenta para la valoración de su situación. Dicho informe es emitido por el/la trabajador/a social de la Gerencia Territorial de Servicios Sociales o de la entidad local competente en materia de acción social y servicios sociales.
- Se emite **dictamen técnico** (art. 27.1 de la LAAD) sobre el **grado y nivel** de dependencia con **especificación de los cuidados que la persona pueda requerir**.
- Este dictamen habrá de ser elaborado y suscrito por un técnico de la Gerencia Territorial de Servicios Sociales y otro de la EELL competente en materia de acción social y servicios sociales, salvo en los supuestos en que el interesado sea usuario de un recurso residencial de servicios sociales cuya titularidad y gestión no corresponda a una EELL con competencias en materia de acción social y servicios sociales, en los que corresponderá a dos técnicos de la Gerencia Territorial de Servicios Sociales.

### Propuesta de Resolución

- El instructor formulará **propuesta de resolución**, que se ajustará a lo recogido en el dictamen técnico y comprenderá la valoración de la situación de dependencia, con indicación del grado y nivel, y la determinación de los servicios o prestaciones que puedan corresponder al interesado.
- Unificación de resoluciones: **integración de la resolución de grado y nivel con la de establecimiento de PIA y prestaciones**, para la reducir plazos de tramitación.

Continúa

## Resolución

### Competencia

Titular de la Gerencia de Servicios Sociales de Castilla y León.

### Contenido

- Los servicios o prestaciones que correspondan al grado y nivel de dependencia.

### Plazo y silencio administrativo

- La **resolución ha de dictarse y notificarse en el plazo máximo de 6 meses desde la fecha de entrada de la solicitud en el registro del órgano competente.**

### Eficacia

- Validez en todo el territorio nacional.

### Impugnación

- **Recurso administrativo y contencioso administrativo**, de conformidad con la normativa vigente.

**Fuente:** elaboración a partir del Estudio comparativo autonómico sobre los desarrollos normativos del SAAD realizado por la Confederación de Autismo de España y Landwell Price Waterhouse Coopers (2009) y de la normativa vigente en la Comunidad Autónoma.

## 3.3 La coordinación del SAAD con el sistema de servicios sociales y con otros sistemas afines

A lo largo de este informe ya se ha visto que el SAAD forma parte del sistema de servicios sociales, de tal manera que su desarrollo y organización viene asumido en el marco de las prestaciones, servicios y ayudas que se reconocen y prestan en las Leyes de servicios sociales. Pero este sistema no debe estar aislado sino que, para obtener una mayor eficacia, ha de conjugarse con los otros Sistemas de la Protección Social (salud, educación, pensiones, etc.) e incluso con la iniciativa social. De lo contrario, existe el riesgo de generar ineficacia, duplicidad o inobservancia de los principios conductores de la Política Social. La denominación de *cuarto pilar del Estado del Bienestar* tiene sentido cuando existe un verdadero engranaje organizativo con los otros pilares existentes. Por ello, en el presente epígrafe plantearemos los principales ejes de la coordinación sociosanitaria, la cartera de servicios, la formación-cualificación profesional y laboral que requieren quienes han de atender a las personas en situación de dependencia en el marco del SAAD.

### 3.3.1 Dependencia y atención sociosanitaria

La atención *sociosanitaria* es la respuesta social e institucional a las diferentes situaciones de dependencia, tal como indica Rodríguez Cabrero (2002: 11). Ello significa, según este autor, que se deben clarificar algunos aspectos que hacen referencia a la población objeto de atención, conceptualizar la situación de dependencia como una nueva necesidad social, determinar el tipo de modelo de cuidados que existen, la forma de gestionar los recursos existentes o necesarios, el papel del sector público y del sector privado, el papel del apoyo familiar o “protección social invisible”, y un largo etcétera de preguntas.

Definir un **modelo de atención sociosanitario de protección a la dependencia** –en el marco de una atención asistencial de calidad, que favorezca la independencia, dignidad y bienestar de la persona en situación de dependencia y de los cuidadores– supone también analizar su **viabilidad**, lo que según Rodríguez Cabrero (2002: 15), hace referencia a las condiciones básicas (cantidad y calidad de la red de recursos existentes, infraestructuras) y a los requisitos funcionales (integración de recursos sanitarios y sociales, continuidad garantizada de los servicios, etc.); en segundo lugar, definir un modelo sociosanitario supone analizar la **aceptabilidad** de esos modelos por las personas en situación de dependencia y sus cuidadores; en tercer lugar, se trata de analizar el **coste**, es decir, el *gasto público directo* que se destina a atención personal y el *coste de oportunidad* imputado a los cuidadores informales y, finalmente, es preciso medir los **resultados** en términos de mejora de calidad de vida y de autonomía.

Cuando la situación de dependencia ha de ser atendida por los servicios sanitarios y por los servicios sociales, se necesita clarificar el modelo para evitar duplicidades, saltos de un sistema a otro, lo que dificulta la atención integral de la persona dependiente.

*Las distintas entradas y salidas entre un sistema y otro dependerán del tipo de modelo asistencial que exista en un ámbito territorial determinado. A su vez, el modelo asistencial influirá en los costes que repercutirán en la Administración pública o en el usuario. Así, modelos y costes están estrechamente correlacionados ya que dependiendo de la cantidad de consumos de los distintos servicios resultarán unos costes u otros tanto para el estado como para el individuo (Rodríguez Cabrero, 2002: 18).*

Frente a este modelo, las alternativas de atención a las personas en situación de dependencia mediante apoyos en el domicilio parece la orientación política más acentuada, salvo para aquellas situaciones que solamente pueden ser atendidas de manera más correcta mediante una atención institucionalizada. La alternativa entre

institucionalización y domicilio dependerá de varios factores, entre otros, de la oferta de recursos que existan en el territorio donde vive el usuario, del apoyo familiar o social o de las propias limitaciones funcionales de la persona en situación de dependencia.

Parece oportuno, de esta forma, potenciar la coordinación sociosanitaria de modo interinstitucional, creando un nuevo espacio de atención e impulsando la corresponsabilidad y cooperación en estas dos grandes áreas de bienestar a todos los niveles. Esta coordinación no puede ser considerada sólo desde el área de servicios sociales ya que, desde una concepción integral de la salud, es evidente la necesidad de conjugar las intervenciones específicamente sanitarias con las sociales, con el fin de lograr el bienestar físico, psíquico y social de las personas<sup>19</sup>.

En lo referido a la coordinación sociosanitaria, es conveniente hacer una breve referencia al modelo desarrollado en Castilla y León, con el fin de atender las necesidades de aquellas personas en situación de dependencia, en las que se requiere una actuación conjunta y complementaria desde las áreas de salud y de servicios sociales. El modelo e itinerario que se ha seguido tiene ya un cierto recorrido y una normativa que queda reflejada en diversos Decretos, normas y planes. Enunciamos, a continuación, los aspectos más sobresalientes.

El Plan de Atención Sociosanitaria de 1998, supuso la primera experiencia de planificación conjunta de los Sistemas de Acción Social y de Salud en Castilla y León, y

---

<sup>19</sup> La necesidad de la coordinación sociosanitaria tiene un largo recorrido en materia de atención a personas en situación de dependencia. Esta necesidad es contemplada en prácticamente todas las legislaciones autonómicas. A título de ejemplo citamos el *Plan Estratégico del Sistema de Acción Social de Castilla y León*, 2000-2003 (Decreto 224/2000, de 26 de octubre (BOCyL nº 210), que en su artículo 3.1.2.II.A establece, entre sus ejes estratégicos, la adecuación de todos los recursos (sociales, sanitarios) a las necesidades de la población, incluyendo expresamente el *“Apoyo a la familia de las personas dependientes, potenciando la autonomía de éstas para llevar una vida normalizada y procurando el mantenimiento de la convivencia en el hogar”*. Del mismo modo, entre las líneas estratégicas de Planificación Sectorial para Personas Mayores de Castilla y León 2000-2003 (Decreto 237/2000, de 16 de diciembre (BOCyL nº 225) se contempla *“Impulsar los cauces de coordinación sociosanitaria que posibiliten una atención integral desde una perspectiva biopsicosocial del envejecimiento”* (línea 07) y se describen los principales servicios que pueden dar respuesta a las personas en situación de dependencia, entre los que cabe citar los mismos servicios que posteriormente recoge la LAAD en su catálogo y que desarrollaremos en el punto 3.4.3.1: *la teleasistencia, la ayuda a domicilio, los centros de día, las estancias diurnas, los servicios de apoyo social y respiro familia, los servicios residenciales*, e incluso el *“acogimiento familiar”*, servicio que nunca se ha desarrollado en Castilla y León. Aunque la coordinación sociosanitaria figura como una línea estratégica del plan, no se mencionan actuaciones específicas que permitan ir avanzando en un modelo de gestión, remitiendo al Plan Sociosanitario de Castilla y León. Algo similar ocurre con el *Plan Sectorial de Atención a Personas con Discapacidad* (Decreto 266/2000, de 7 de diciembre (BOCyL nº 239). La necesidad de una adecuada coordinación está recogida normativamente tanto en el artículo 43 del Decreto 13/1990, de 25 de Enero, que regula el Sistema de Acción Social de Castilla y León (*“Los CEAS deberán estar coordinados con los Centros de Salud para conseguir una mayor operatividad en sus funciones, evitando su duplicidad cuando fuera necesario”*) como en el artículo 21.8 de la Ley 1/1993, de 6 de abril, de Ordenación del Sistema Sanitario de Castilla y León (*“En caso de existir Servicios Sociales de base en la Zona de Salud, se coordinarán de forma operativa con el Equipo de Atención Primaria”*).

también una de las primeras iniciativas de este tipo en España. El citado Plan articula la participación de las Corporaciones Locales en el Consejo de Dirección del Plan Sociosanitario, se profundiza en el contenido funcional de los distintos órganos y se promueve la creación de los Equipos de Coordinación de Base (ECB) como estructuras de coordinación sociosanitaria más operativas y próximas a los ciudadanos. Las comisiones de coordinación sociosanitaria se proponen mejorar la relación entre los servicios sociales y sanitarios más próximos al ciudadano, garantizar la adecuada gestión de aquellos casos que requieran prestaciones simultáneas, o sucesivas, de servicios sociales y sanitarios.

El II Plan Sociosanitario de Castilla y León (Decreto 59/2003, de 15 de mayo, BOCyL de 21 de mayo de 2003) supone un avance en la integración funcional de los Sistemas de Acción Social y de Salud, los cuales, sin perjuicio de su idiosincrasia propia, comparten sin duda lo más esencial: los ciudadanos a quienes dirigen sus servicios. En este sentido, la adecuada delimitación de competencias y la definición de ámbitos propios es el sustrato imprescindible para la necesaria coordinación de actuaciones entre ambos Sistemas.

Es evidente que los problemas graves, como el de la dependencia, con fuerte componente sanitario y alto componente social, llevan ineludiblemente aparejada la interrelación<sup>20</sup>.

Plantear la coordinación sociosanitaria resulta, por tanto, imprescindible, dada la interdependencia de factores sociales, personales y familiares en el estado de salud de las personas y, a la inversa, las posibles consecuencias de la enfermedad en la situación social del individuo y su entorno.

Aplicado al tema de la dependencia –al margen de lo establecido en el artículo 11.1.c de la LAAD referido a la participación de las CCAA en el sistema– hemos de mencionar el acuerdo del Consejo Territorial de del SAAD que publica la Resolución de 4 de febrero de 2010 de la Secretaría General de Política Social y Consumo (BOE 12 de marzo). En el apartado 2 del tercer acuerdo que recoge el anexo sobre “criterios básicos de procedimiento” se aborda el tema del informe de salud, y se insiste en la necesidad de la coordinación sociosanitaria entre las CCAA, con el fin de garantizar la eficacia y las valoraciones, señalando, a la vez que esta coordinación ha de protocolizarse, incluyendo supuestos de enfermedades mentales y otras patologías complejas, en las que el equipo valorador necesite otros informes de especialistas.

---

<sup>20</sup> Frances Moreu expresa en un artículo titulado “El espacio sociosanitario no existe, es tan sólo virtual”: *“No existen tres espacios (el social, el sanitario y el sociosanitario), sino que existen sólo dos: el social y el sanitario, pero ambos no son disjuntos sino que tienen en todos los casos un fuerte solapamiento a partir de una concepción holística del hombre y de su biografía”*.

Se pretende con ello hacer una valoración más realista y ajustada a las características de las personas, para lo cual, los propios usuarios pueden aportar todos los informes médicos que consideren necesarios. Asimismo se insiste en la necesidad de que el sistema de valoración se realice con criterios de calidad, para lo cual se señalan los que han de ser tenidos en cuenta, entre los que destaca:

- La necesidad de homogeneizar la interpretación y aplicación de baremos.
- La utilización de documentos de apoyo al ejercicio de la función valoradora.
- La evaluación permanente.
- La formación continua de los evaluadores.
- El desarrollo de buenas prácticas e intercambio de experiencias.

Finalmente, la Resolución de 4 de febrero de 2010, donde se recoge el Acuerdo del Consejo Territorial, aporta un modelo de informe sanitario, a título orientativo, que unifica determinados criterios para la valoración.

### 3.3.2 Formación y cualificación en el desarrollo del SAAD

Uno de los principios inspiradores de la LAAD es la calidad en la prestación de los servicios. De ello se deriva la importancia de que todas las personas que contribuyan a garantizar los derechos que reconoce la Ley, lo hagan con las debidas garantías de profesionalidad y competencia.

#### A. FORMACIÓN Y CUALIFICACIÓN PROFESIONAL

La LAAD establece que **el personal que preste los servicios ha de tener la cualificación correspondiente**, ya que los servicios han de ser de calidad (art. 34), determinando que el Consejo Territorial acordará:

- a) Criterios de calidad y seguridad para los centros y servicios.
- b) Indicadores de calidad para la evaluación, la mejora continua y el análisis comparado de los centros y servicios del Sistema.
- c) Guías de buenas prácticas.
- d) Cartas de servicios, adaptadas a las condiciones específicas de las personas dependientes, bajo los principios de no discriminación y accesibilidad.

En el artículo 35 referido a la calidad de los servicios se afirma expresamente en el apartado 3 que se atenderá, de manera específica, a la calidad en el empleo así como a promover la profesionalidad y potenciar la formación en aquellas entidades que aspiren a gestionar prestaciones o servicios del SAAD. De ello se desprende la **necesaria complementación entre los diferentes servicios**: sociales, sanitarios, educativos y de empleo.

La calidad actúa como base del funcionamiento del Sistema: en los centros y servicios; en el empleo; en la formación y cualificación del personal. El artículo 36 de la LAAD, de manera aún más explícita aborda la formación y cualificación de profesionales y cuidadores, señalando expresamente que:

1. *Se atenderá a la formación básica y permanente de los profesionales y cuidadores que atiendan a las personas en situación de dependencia. Para ello, los poderes públicos determinarán las cualificaciones profesionales idóneas para el ejercicio de las funciones que se correspondan con el Catálogo de servicios regulado en el artículo 15.*
2. *Los poderes públicos promoverán los programas y las acciones formativas que sean necesarios para la implantación de los servicios que establece la Ley.*
3. *Con el objetivo de garantizar la calidad del Sistema, se fomentará la colaboración entre las distintas Administraciones Públicas competentes en materia educativa, sanitaria, laboral y de asuntos sociales, así como de éstas con las universidades, sociedades científicas y organizaciones profesionales y sindicales, patronales y del tercer sector.*

Los requisitos relativos a la **formación y titulación** de las personas que tienen encomendada la labor de realizar la **valoración**, fueron publicados en el Anexo I de la Resolución de 4 de febrero de 2010, sobre el Acuerdo del Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, en materia de órganos y procedimientos de valoración de la situación de dependencia. Dicho acuerdo establece la formación básica que deben recibir las personas valoradoras de la situación de dependencia. La propuesta orientativa adelanta los contenidos del curso formativo, e incluso el temario como mostramos a continuación:

**Tabla nº 22. Descripción del curso y sus contenidos básicos para los valoradores de la situación de autonomía y dependencia**

<b>Título</b>	Curso de valoración de la dependencia a efectos de la Ley 39/2006
<b>Modalidad</b>	Presencial
<b>Duración</b>	6 créditos (45 horas lectivas y 15 horas de prácticas)
<b>Objetivos</b>	Adquirir los conocimientos y procedimientos básicos para la aplicación de los baremos de la LAAD
<b>Personas destinatarias</b>	Profesionales de áreas de salud y servicios sociales
<b>Requisitos</b>	Titulados de grado

Continúa

Continuación

Temario	Horas
Marco legislativo nacional	2
Marco legislativo autonómico	2
Introducción al BVD	6
Introducción a la EVE	2
Aplicación BVD en colectivos específicos por condiciones de salud	
- Enfermedades neurológicas progresivas	
- Daño cerebral	
- Trastornos del desarrollo en menores	
- Medidas de soporte para funciones vitales	
- Demencias	
- Pluridiscapacidades en personas mayores	
- Discapacidad intelectual	
- Déficits visuales	
- Sordoceguera	
- Lesión medular	
- Trastornos mentales graves	20
Análisis del informe de salud	1
Evaluación del entorno	1
Visita de valoración	1
Introducción a las técnicas de valoración	3
Introducción a la CIF de la OMS	1
Discusión de casos prácticos	3
Realización de prácticas	12
El dictamen-propuesta de reconocimiento de grado y nivel, y establecimiento de cuidados	2
Organización de los equipos de valoración	2
Procedimientos administrativos	2

**Fuente:** Resolución 4/02/2010, Acuerdo del Consejo Territorial del SAAD, en materia de órganos y procedimientos de valoración de la situación de dependencia.

Las prácticas, que han de realizar los valoradores en el proceso de cualificación, según se establece en el anexo 1 del Acuerdo del Consejo Territorial del SAAD de 4 de febrero de 2010, son obligatorias y requieren, al menos, la valoración de 4 casos de BVD general, 6 casos de BVD específico y 6 casos de niños y niñas menores de tres años. La importancia que se da a esta formación práctica se pone de manifiesto en la intensidad y en el manejo de situaciones concretas. Por eso este

acuerdo del Consejo Territorial señala que las personas que realicen estos cursos tienen que realizar la descripción de la valoración de un caso general, otro específico y dos casos de valoración con la EVE, identificando los pasos seguidos, los problemas encontrados y los procedimientos empleados para objetivar la situación de dependencia. A los profesionales sin conocimientos previos de las condiciones de salud de las personas con dependencia, se les recomienda que hagan un módulo adicional para completar su formación con el objetivo de convertirse en profesionales de la valoración del SAAD, con un postgrado en el área sanitaria. Ello pone de manifiesto el valor operativo y práctico que ha de tener la cualificación, para que se generen procesos de buenas prácticas entre los profesionales.

Según los acuerdos del Consejo Territorial del SAAD relacionados con la formación, se han de garantizar:

- Criterios comunes de acreditación para garantizar la calidad de los centros y servicios del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD). Aprobado el 27 de noviembre 2008. Resolución 2 de diciembre 2008
- Criterios comunes en materia de formación e información de personas cuidadoras no profesionales. Aprobado el 22 de septiembre de 2009, pendiente de publicación BOE.
- Estándares, indicadores y cartas de servicio para cada uno de los servicios del Catálogo.

Deberíamos dejar constancia de que antes de la aprobación de la LAAD existe ya una normativa específica sobre algunas de las cualificaciones y competencias que han de alcanzar las personas que se encargan de prestar servicios a colectivos específicos. Cabe mencionar entre otros:

- Ley Orgánica 5/2002, de 19 de junio, de Cualificaciones y Formación Profesional (BOE 20 de junio de 2002).
- Ley 56/2003, de 16 de diciembre, de Empleo (BOE de 17 de diciembre).
- Real Decreto 1558/2005, de 23 de diciembre, por el que se regulan los requisitos básicos de los Centros integrados de formación profesional (BOE de 30 de diciembre de 2005).
- Ley Orgánica 2/2006, de 3 de mayo, de Educación (BOE de 4 de mayo de 2006).
- Real Decreto 1228/2006, de 27 de octubre, por el que se complementa el Catálogo nacional de cualificaciones profesionales, mediante el establecimiento de determinadas cualificaciones profesionales, así como sus correspondientes módulos formativos que se incorporan al Catálogo modular de formación profesional (BOE de 3 de enero de 2007).

- Real Decreto 1538/2006, de 15 de diciembre, por el que se establece la ordenación general de la formación profesional del sistema educativo (BOE de 3 de enero de 2007).
- Real Decreto 395/2007, de 23 de marzo, de Formación Profesional para el Empleo (BOE 11 de abril).
- Real Decreto 34/2008, de 18 de enero, por el que se regulan los Certificados de Profesionalidad (BOE 31 de enero de 2008).
- Real Decreto 229/2008, de 15 de febrero, por el que se regulan los Centros de Referencia Nacional en el ámbito de la formación profesional (BOE de 25 de febrero).
- Real Decreto 1224/2009, de 17 de julio, de Reconocimiento de las competencias profesionales adquiridas por experiencia laboral (BOE 25 de agosto de 2009).

Se pueden mencionar algunos de los perfiles profesionales configurados para respuesta a las situaciones de dependencia, los que aparecen en la siguiente tabla:

**Tabla nº 23. Perfiles profesionales de atención a la dependencia**

Normativa	Títulos de FP	Grado	Horas
RD 546/95	Cuidados auxiliares de enfermería	Medio	1.400
RD 2058/95	Animación sociocultural	Superior	1.700
RD 2060/95	Interpretación de la lengua de signos	Superior	2.000
RD 2061/95	Integración social	Superior	1.700
RD 496/03	Atención sociosanitaria	Medio	2.000
RD 1630/06	Educación infantil	Superior	2.000
RD 1397/07	Emergencias sanitarias	Medio	2.000

**Fuente:** elaboración propia, a partir del análisis de la normativa sobre promoción de la autonomía y atención a situaciones de dependencia.

La cualificación que se exige a los cuidadores gerocultores, han de estar reconocida por alguno de los siguientes títulos:

- Formación Profesional de técnico de atención sociosanitaria.
- Formación Profesional de técnico en cuidados auxiliares de enfermería.
- Certificado de profesionalidad de atención sociosanitaria a personas dependientes en instituciones sociales (Real Decreto 1379/2008).
- Otros que se establezcan.

Para los asistentes personales y auxiliares de ayuda a domicilio se requiere:

- Algunas de las modalidades citadas anteriormente.
- Certificado de profesionalidad de atención sociosanitaria a personas en el domicilio (Real Decreto 1379/2008, BOE 9 de septiembre).
- Otras que se establezcan con este fin por el desarrollo de la LAAD.

Según las previsiones establecidas y referidas a las cualificaciones profesionales de las personas que han de prestar servicios en el entorno de las personas con dependencia, para el año 2011 el 35% de los cuidadores, gerocultores, asistentes personales y auxiliares de ayuda a domicilio han de estar cualificados, y en el año 2015, lo han de estar el 100%.

El artículo 18 de la LAAD al referirse a las prestación económica para cuidados en el entorno familiar y apoyo a cuidadores no profesionales, señala que con carácter excepcional *“cuando el beneficiario esté siendo atendido por su entorno familiar, y se reúnan las condiciones establecidas en el artículo 14.4, se reconocerá una prestación económica para cuidados familiares”*.

Para esta situación, cuyas condiciones han de estar establecidas por acuerdo del Consejo Territorial del SAAD, en función del grado y nivel reconocido, *“el cuidador deberá ajustarse a las normas sobre afiliación, alta y cotización a la Seguridad Social y... se promoverán acciones de apoyo a los cuidadores no profesionales mediante programas de formación, información y medidas para atender los periodos de descanso”* (LAAD, art. 18.3 y 4).

En síntesis, respecto a los cuidadores no profesionales, los artículos 18 y 36 de la LAAD establecen que se atenderá a la formación básica y permanente de los cuidadores que atiendan a personas en situación de dependencia.

El Real Decreto 395/2007 por el que se regula el subsistema de formación profesional para el empleo, establece el acceso de los cuidadores no profesionales a la formación de oferta promovida por las Administraciones Públicas en el ámbito de su competencia.

En esta línea hay que mencionar el Acuerdo sobre criterios comunes en materia de formación e información de personas cuidadores no profesionales, aprobado por el Consejo Territorial el 22 de septiembre de 2009, cuyos objetivos son:

- Facilitar unos conocimientos básicos para mejorar el cuidado.
- Aplicar procedimientos para mantener y mejorar la autonomía personal de la persona en situación de dependencia.
- Ofrecer información sobre productos de apoyo.
- Facilitar un apoyo emocional a las personas cuidadoras.

- Informar y orientar sobre los recursos sociosanitarios.
- Impulsar el reconocimiento social de las personas cuidadoras, favoreciendo, en su caso, una orientación para una futura integración en el mercado laboral.

Además de estos objetivos, las condiciones de las acciones formativas, han de realizarse teniendo en cuenta el perfil de la persona atendida. De estas características se derivan consecuencias respecto a la modalidad de la formación, cuyos efectos inciden en los mecanismos de colaboración de los interlocutores sociales y organizaciones del tercer sector, la coordinación entre las Administraciones Públicas, en los niveles sanitario, educativo y laboral, y sobre todo, la colaboración de las Entidades Locales.

#### **B. FORMACIÓN Y ACREDITACIÓN A CUIDADORES NO PROFESIONALES**

El Acuerdo sobre criterios comunes en materia de formación e información de personas cuidadoras no profesionales, aprobado por el Consejo Territorial el 22 de septiembre de 2009 (BOE de 27 noviembre), plantea los criterios comunes de acreditación en materia de formación e información de cuidadores no profesionales. Como objetivos se plantea:

- Facilitar unos conocimientos básicos a las personas cuidadoras para mejorar el cuidado socio-sanitario de las personas en situación de dependencia.
- Promover que las personas cuidadoras apliquen los procedimientos y estrategias más adecuadas para mantener y mejorar la autonomía personal de la persona en situación de dependencia y sus relaciones con el entorno.
- Ofrecer información sobre productos de apoyo que propicien el autocuidado de la persona dependiente y la vida autónoma de la persona en situación de dependencia.
- Facilitar un apoyo emocional a las personas cuidadoras a través de actuaciones de autocuidado.
- Informar y orientar sobre los recursos sociosanitarios más adecuados para garantizar los cuidados, la asistencia y la vida autónoma de las personas en situación de dependencia.
- Impulsar el reconocimiento social de las personas cuidadoras, favoreciendo, en su caso, una orientación para una futura integración en el mercado laboral.

Los Programas de formación han de tener niveles diferentes:

- a. Formación Inicial (mínimo de 15 horas)
  - Desarrollo personal de la persona cuidadora.
  - Competencias y habilidades para promover el cuidado y la autonomía personal de la persona en situación de dependencia.
  - Recursos existentes y generación de Redes Sociales de Apoyo.

- b. Formación específica (no inferior a 10 horas), en función de las necesidades de la persona cuidadora y de la persona en situación de dependencia. Asimismo, se realizará una formación de apoyo y refuerzo a la persona cuidadora.
- c. Formación de apoyo y refuerzo.

Los Programas de Información se marcan como objetivos:

- Conocimiento del sistema de protección social, su marco jurídico.
- Ofrecer instrumentos para el desarrollo de su actividad.
- Informar sobre redes locales, grupos de autoayuda, periodos de descanso...

El plazo para el desarrollo de los programas es de un año desde la aprobación del Acuerdo.

Teniendo en cuenta la Ley Orgánica 5/2002 de 19 de junio sobre Cualificaciones y la Formación Profesional, podemos determinar algunas de las cualificaciones que han de poseer las personas que prestan servicios a personas dependientes, así como el nivel de formación que les corresponde y la intensidad de formación a certificar en horas.

**Tabla nº 24. Cualificaciones que han de poseer las personas que prestan servicios a personas en situación de dependencia**

Cualificaciones publicadas	Nivel	Horas
SSC319_1; Limpieza de superficies y mobiliario en edificios y locales. RD 1368/2007	1	270
SSC413_1; Empleo doméstico. R D 1179/2008	1	240
SSC089_2; Atención sociosanitaria a personas en el domicilio. RD 295/2004	2	600
SSC320_2; Atención sociosanitaria a personas dependientes en instituciones sociales. RD 1368/2007	2	450
SSC090_3; Educación de habilidades de autonomía personal y social. RD 295/2004	3	600
SSC322_3; Educación infantil. RD o 1368/2007	3	990
SSC321_3; Dinamización comunitaria. RD 1368/2007	3	600
SSC324_3; Mediación comunitaria. RD 1368/2007	3	420
SSC323_3; Inserción laboral de personas con discapacidad. RD 1368/2007	3	420

**Fuente:** elaboración propia a partir del análisis de la normativa sobre promoción de la autonomía y atención a situaciones de dependencia.

En la cualificación profesional para desarrollar los diferentes servicios y atender las necesidades que protege la LAAD, quedan aún por definir las referidas a:

- Asistente personal.
- Gestión de llamadas de teleasistencia.
- Mediación entre personas sordociegas y la comunidad.
- Promoción e intervención socioeducativa con personas con discapacidad.
- Cuidadores auxiliares de enfermería y geriatría.
- Animación físico-deportiva y recreativa con personas con discapacidad.

*El Real Decreto 1224/2009, de 17 de julio, de reconocimiento de las competencias profesionales adquiridas por experiencia laboral (BOE de 25 de agosto), establece el procedimiento y los requisitos para la evaluación y acreditación de las competencias profesionales adquiridas por las personas a través de la experiencia laboral o de vías no formales de formación, así como los efectos de esa evaluación y acreditación de competencias (art. 1).*

La evaluación, en el marco definido en este Real Decreto, es el proceso estructurado por el que se comprueba si la competencia profesional de una persona cumple o no con las realizaciones y criterios especificados en las unidades de competencia del Catálogo Nacional de Cualificaciones Profesionales (art. 5).

### **3.3.3 La coordinación del SAAD con el sistema laboral**

Las personas en situación de dependencia que se benefician de algunos de los servicios reconocidos, van a depender de la atención directa de personas que, bien en el ámbito institucional o bien en el ámbito familiar, se han de encargar de prestarles los apoyos y servicios requeridos. Es en este entorno, en el que estas personas, cuidadores profesionales o cuidadores no profesionales, han de mantener una relación con las personas y sobre todo con el sistema de protección de dependencia, que debe enmarcarse en la legislación laboral, tanto para los tipos de contratos, como para los temas de altas en la seguridad social.

La necesidad de coordinación del SAAD con el *sistema laboral* parece totalmente necesaria para las personas que han de prestar los apoyos en el entorno familiar, denominados en la LAAD como "cuidadores no profesionales", hecho que es contemplado en el RD 615/2007 de 11 de mayo, por el que se regula la *Seguridad Social de los cuidadores de las personas en situación de dependencia*.

El artículo 1 de este Decreto define qué se entiende por cuidador no profesional y las condiciones en que esta figura entra a formar parte del sistema de protección a personas en situación de dependencia. Expresamente se dice que podrán asumir la

condición de cuidadores no profesionales de una persona en situación de dependencia, su cónyuge y sus parientes por consanguinidad, afinidad o adopción, hasta el tercer grado de parentesco, y que con carácter excepcional

*cuando la persona en situación de dependencia tenga su domicilio en un entorno caracterizado por insuficiencia de recursos públicos o privados acreditados, la despoblación, o circunstancias geográficas o de otra naturaleza que impidan o dificulten otras modalidades de atención”, los familiares pueden ser sustituidos por alguna “persona de su entorno que residan en el municipio de la persona dependiente o en uno vecino, y lo haya hecho durante el periodo previo de un año.*

El IMSERSO ha elaborado un Documento Técnico<sup>21</sup> de trabajo relativo a la prestación económica para cuidados en el entorno familiar y apoyo a cuidadores no profesionales, en el que se señalan entre los requisitos de idoneidad, tener la capacidad suficiente para prestar de manera efectiva los cuidados necesarios (edad, grado de discapacidad), y establece la adecuación de los cuidados de acuerdo con el PIA, en el que se han de recoger todos los pormenores de la prestación o servicios a desarrollar: lugar donde se va a prestar el servicio, habitabilidad de la vivienda, compromiso de permanencia en la prestación de los cuidados, la adecuación de los cuidados en el sistema de rotaciones, cuando hay más de un cuidador, etc.<sup>22</sup>.

Dicho Documento Técnico aclara los aspectos referidos al convenio especial con la Seguridad Social de acuerdo con el RD 615/2007 y la Orden TAS/2865/2003, de 13 de octubre que regula el convenio especial para cuidadores de personas en situación de dependencia; asimismo este Documento aclara las diferencias que hay entre la figura del cuidador no profesional y otras figuras como la de “empleadas de hogar” o los “trabajadores por cuenta ajena”, previstos en el artículo 1.1. del Estatuto de los Trabajadores. Es interesante la aclaración que establece sobre los cuidadores no profesionales y su relación contractual cuando señala que *“La atención y cuidados que presta el cuidador no profesional al beneficiario no tiene la naturaleza jurídica de contraprestación en cumplimiento de una relación contractual. Por lo tanto, cuando los cuidados son prestados por personas en virtud de una relación*

<sup>21</sup> Documento de trabajo elaborado por los representantes del IMSERSO en el grupo de trabajo sobre acciones de apoyo a cuidadores no profesionales y condiciones específicas de acceso a la prestación económica de asistencia personal en octubre 2009.

<sup>22</sup> Puede consultarse también la *Resolución de 4 de febrero de 2010, de la Secretaría General de Política Social y Consumo, por la que se publica el Acuerdo del Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, para la mejora de la calidad de la prestación económica para cuidados en el entorno familiar del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia.*, BOE 12 de marzo de 2010.

*laboral o contractual de otro tipo, no puede considerarse a dichas personas cuidadores no profesionales”.*

Además se recogen y señalan los requisitos de idoneidad que han de tener estos cuidadores no profesionales, donde se recuerda que el cuidador deberá tener capacidad suficiente para poder prestar de manera efectiva los cuidados adecuados, especialmente importa el tema de la edad, no padecer una discapacidad que limite las facultades y no tener reconocida y valorada alguna dependencia.

Se aclara la situación y la vinculación que han de tener los cuidadores, cuando las personas que se responsabilizan de la atención tienen un trabajo a tiempo completo en otra actividad, sin reducir su jornada laboral, por lo que la carga mayor de atención y cuidados no recaiga en el familiar que trabaja, sino en un cuidador profesional o empleado/a de hogar.

Respecto a la Seguridad Social, el mencionado Documento Técnico, recuerda que los cuidadores no profesionales quedarán incluidos obligatoriamente en el campo de aplicación del Régimen General de la Seguridad Social, en situación asimilada al alta, mediante la suscripción de un convenio especial. A través de estos cauces, se facilita la protección de la figura del cuidador no profesional y las prestaciones del sistema de Seguridad Social. El Real Decreto 615/2007 establece una serie de supuestos en los que se exceptúa la obligación de formalizar este convenio especial (art. 2).

Para la suscripción del convenio especial, es necesario acreditar ante la Tesorería General de la Seguridad Social la realización de los cuidados no profesionales, aportando copia de la resolución de la concesión de la prestación económica a la persona atendida, así como la documentación acreditativa sobre el parentesco o, en su caso, la concurrencia de los requisitos del que llamamos cuidador del entorno. Todo ello conforme a lo regulado en el artículo 2.6 del Real Decreto 615/2007. El convenio surte efectos desde el mismo día que la prestación económica para cuidados familiares es concedida a la persona en situación de dependencia.

### **3.4 Accesibilidad a las prestaciones del SAAD y su referencia en el territorio**

Hablar de personas y de prestaciones y servicios para las personas es también hablar de adecuación, disponibilidad y acceso a los mismos. A continuación, tratamos de mostrar datos sobre la incidencia de los contextos, territorios y poblaciones en la estructuración de los recursos existentes para la atención a las situaciones de dependencia (personas mayores y personas con discapacidad).

### 3.4.1 Hábitat y dependencia: Los riesgos del territorio

Según refleja el estudio sobre la estructura demográfica de Castilla y León, realizado por J. M. del Barrio Aliste (2009), los 2.557.330 habitantes residentes en Castilla y León en el año 2008 se reparten en un total de 2.248 municipios y 6.161 entidades o asentamientos locales. Esta pluralidad de entidades locales tiene efectos directos, y no siempre positivos, en el tamaño o número de habitantes y, por tanto, en la posibilidad de acercar a todos los territorios habitados, los servicios y recursos que puede necesitar la población.

Partiendo de este hecho, la realidad se hace más compleja cuando se analiza esta estructura geográfica (tabla nº 25) de los 2.248 municipios de toda la Comunidad, 1.700 (el 75%) tienen menos de 500 habitantes, absorbiendo el 12% de la población de la Comunidad. Esto da idea de la dispersión demográfica y de la compleja red de infraestructuras que se requiere para mantener el acceso a la población, atender sus necesidades y acercar los servicios al ciudadano. El costo añadido que el mantenimiento de esta red de accesos e infraestructuras a los pueblos supone respecto del objetivo de calidad que se pretende dar, puede ayudar a comprender las dificultades de organización de una red de servicios sociales.

**Tabla nº 25. Tamaño de los municipios y población, 2008**

Tamaño municipios (nº habitantes)	Municipios	%	Población	%
< 101	539	24,0	33.126	1,3
101-500	1.162	51,7	273.673	10,7
501-1.000	278	12,4	191.043	7,5
1.001-2.000	137	6,1	186.574	7,3
2.001-5.000	75	3,3	227.310	8,9
5.001-10.000	32	1,4	210.617	8,2
10.001-20.000	10	0,4	133.436	5,2
> 20.000 (no capitales)	6	0,3	212.974	8,3
Capitales	9	0,4	1.088.577	42,6
<b>Castilla y León</b>	<b>2.248</b>	<b>100,0</b>	<b>2.557.330</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Del Barrio Aliste, *La población de Castilla y León en los inicios del siglo xxi*. (2009), p. 19.

El 51% de toda la población se concentra en núcleos mayores de 20.000 habitantes: las 9 capitales de provincia y 6 entidades más. Otro 44% se asienta en núcleos que podemos denominar rurales, es decir menores de 10.000 habitantes. El 5% restante reside en poblaciones de tamaño medio entre los 10.000 y los 20.000 habitantes.

**Tabla nº 26. Municipios, Entidades singulares y población en Castilla y León, 2008**

	Municipios	%	Entidades singulares	%	Población	%
Ávila	248	11,0	459	7,5	171.815	6,7
Burgos	371	16,5	1.172	19,0	373.672	14,6
León	211	9,4	1.402	22,8	500.200	19,6
Palencia	191	8,5	469	7,6	173.454	6,8
Salamanca	362	16,1	988	16,0	353.404	13,8
Segovia	209	9,3	384	6,2	163.899	6,4
Soria	183	8,1	501	8,1	94.646	3,7
Valladolid	225	10,0	272	4,4	529.019	20,7
Zamora	248	11,0	514	8,3	197.221	7,7
<b>Castilla y León</b>	<b>2.248</b>	<b>100,0</b>	<b>6.616</b>	<b>100,0</b>	<b>2.557.330</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Del Barrio Aliste, *La población de Castilla y León en los inicios del siglo xxi*. (2009), p. 19.

Un mapa de población tan particular como el de Castilla y León representa un obstáculo para poder atender con calidad y con rapidez las distintas necesidades de la población, así como para realizar el seguimiento y evaluación de las situaciones analizadas y valoradas por los profesionales. Esta estructura geográfico-poblacional, como acabamos de comentar, es una realidad que viene dada, pero que incide en la forma de responder a la relación entre necesidades-derechos, recursos-eficiencia, derechos individuales-responsabilidad pública.

La particularidad territorial, específica de Castilla y León, es un elemento tenido en cuenta en la valoración económica que realiza el Estado al distribuir sus aportaciones al SAAD en las distintas Comunidades Autónomas.

Además del tamaño es importante valorar la distancia de los municipios de Castilla y León respecto de la capital de la provincia, sobre todo cuando se pretende dar servicios y atender situaciones de urgencias a la población. El 49% de los municipios de la región, en los que se ubica el 29% de la población, se encuentran a una distancia de la capital menor de 50 km; casi un 28% de población vive a más de 50 km (Barrio Aliste, 2009). Los siguientes datos nos muestran cuál es la realidad física de Castilla y León sobre la que se está instaurando el sistema de atención a la dependencia.

**Tabla nº 27. Distancia de los Municipios a la capital**

Distancia a capitales (km)	Municipios	%	Población	%
< de 10 (sin capitales)	70	3,1	190.367	7,4
10-24	302	13,4	172.839	6,8
25-49	737	32,8	374.306	14,6
50-74	646	28,7	302.239	11,8
75-100	357	15,9	255.788	10,0
>100	127	5,6	173.214	6,8
Capitales	9	0,1	1.069.712	41,8
<b>Castilla y León</b>	<b>2.248</b>	<b>100,0</b>	<b>6.616</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Del Barrio Aliste, *La población de Castilla y León en los inicios del siglo XXI*. (2009), p. 22.

**Tabla nº 28. Densidad de población, 2008**

Densidad (hab/km <sup>2</sup> )	Municipios	%	Población	%
< 5	738	32,8	104.165	4,1
5-10	698	31,0	193.151	7,6
11-20	458	20,4	244.648	9,6
21-50	239	10,6	311.398	12,2
>50	115	5,1	1.703.968	66,6
<b>Castilla y León</b>	<b>2.248</b>	<b>100,0</b>	<b>2.557.330</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Del Barrio Aliste, *La población de Castilla y León en los inicios del siglo XXI*. (2009). p. 26.

Las consecuencias que se derivan de esta distribución son obvias no solo para la población residente, sino también para los profesionales encargados de proporcionarles los servicios y asistencias precisos: servicios de consumo, servicios educativos, sanitarios, sociales, etc. (de los 2.248 municipios, el 87% tienen menos de 1.000 habitantes). Frente a esta fotografía que refleja la dispersión, hay que tener presente otras características demográficas muy importantes: el nivel de envejecimiento y la esperanza de vida. Según las estadísticas del INE, el 23% del total de la población de Castilla y León lo constituyen personas mayores de 65 años, siendo la esperanza de vida (80,52 años) una de las más elevadas de Europa.

La siguiente fotografía que nos ofrecen los datos da un reflejo de la realidad que estamos describiendo, lo que ha de tenerse presente en la organización de servicios y prestaciones de acuerdo con el medio.

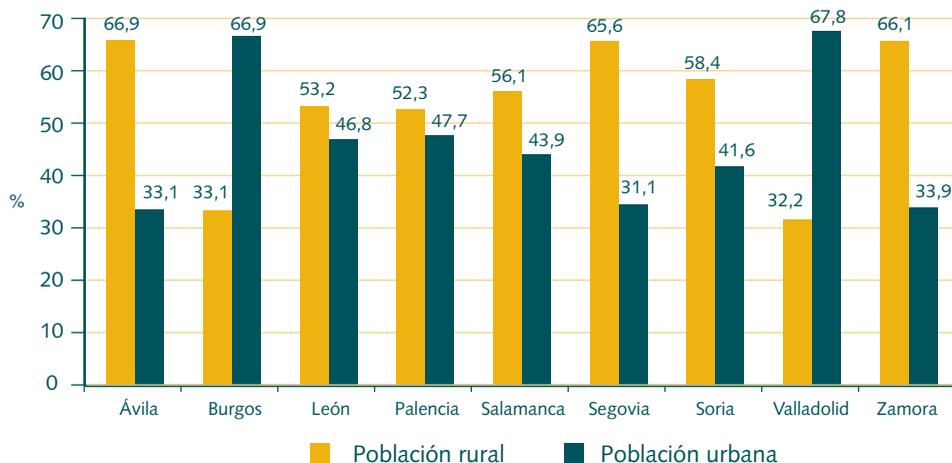
**Tabla nº 29. Distribución de la población de Castilla y León por provincia, asentamiento (rural o urbano) y sexo, 2009**

	Datos absolutos			%		% Varones		% Mujeres	
	rural	urbana <sup>23</sup>	Total	rural	urbana	rural	urbana	rural	urbana
Ávila	114.825	56.855	171.680	66,88	33,12	51,60	48,40	48,40	51,60
Burgos	124.405	251.158	375.563	33,13	66,87	54,31	48,85	45,69	51,15
León	266.222	233.947	500.169	53,23	46,77	50,53	45,03	49,47	54,97
Palencia	90.655	82.651	173.306	52,31	47,69	51,55	47,45	48,45	52,55
Salamanca	198.989	155.619	354.608	56,11	43,89	50,99	46,29	49,01	53,71
Segovia	108.194	56.660	164.854	65,63	34,37	51,97	48,38	48,03	51,62
Soria	55.573	39.528	95.101	58,43	41,57	52,82	47,9	47,18	52,1
Valladolid	171.409	361.166	532.575	32,18	67,82	47,92	52,08	51,73	48,27
Zamora	129.372	66.293	195.665	66,12	33,88	50,84	47,33	49,16	52,67
<b>CyL</b>	<b>1.259.644</b>	<b>1.303.877</b>	<b>2.563.521</b>	<b>49,13</b>	<b>50,87</b>	<b>51,39</b>	<b>48,61</b>	<b>48,57</b>	<b>51,43</b>

Fuente: Elaboración propia a partir de datos del INE a 1 de enero de 2009.

El gráfico nº 8 sobre la distribución de la población castellano-leonesa muestra el desequilibrio poblacional hacia el medio rural en las provincias de Ávila, León, Segovia y Zamora.

**Gráfico nº 8. Distribución porcentual de la población rural y urbana en Castilla y León**



Fuente: Elaboración propia a partir de datos del INE a 1 de enero de 2009.

<sup>23</sup> Núcleos de población de más de 20.000 habitantes.

Los datos que presentamos en la siguiente tabla ponen de manifiesto el peso que tienen las poblaciones mayores de 20.000 habitantes, que en materia de servicios sociales tienen competencias propias, frente al resto de la población provincial. Las diferencias interprovinciales son también evidentes. Una prueba de estas diferencias interprovinciales se puede constatar al cruzar el número de CEAS por Provincia con la población y número de entidades o asentamientos que atienden (como se verá en la tabla nº 32).

La distribución poblacional, según los habitantes de la provincia y de las localidades de más de 20.000 habitantes, que tienen competencias propias en materia de servicios sociales, nos ofrece semejantes resultados.

**Tabla nº 30. Distribución de la población rural y urbana de Castilla y León por provincias, 2009**

<b>Ávila: 248 municipios</b>		
<b>Total provincial</b>	<b>171.680</b>	
Ávila ciudad	56.855	33,1%
Resto de la provincia	114.825	66,9%
<b>Burgos: 371 municipios</b>		
<b>Total provincial</b>	<b>375.563</b>	
Aranda de Duero	32.928	8,8%
Burgos ciudad	178.966	47,7%
Miranda de Ebro	39.264	10,5%
Resto de la provincia	124.408	33,2%
<b>León: 211 municipios</b>		
<b>Total provincial</b>	<b>500.169</b>	
León ciudad	134.305	26,9%
Ponferrada	68.736	13,7%
San Andrés del R.	30.906	6,2%
Resto de la provincia	266.222	53,2%
<b>Palencia: 191 municipios</b>		
<b>Total provincial</b>	<b>173.306</b>	
Palencia ciudad	82.651	47,6%
Resto de la provincia	90.655	52,4%

Continúa

Continuación

<b>Salamanca: 362 municipios</b>		
<b>Total provincial</b>	<b>354.608</b>	
Salamanca ciudad	155.619	43,9%
Resto de la provincia	198.989	56,1%
<b>Segovia: 209 municipios</b>		
<b>Total provincial</b>	<b>164.854</b>	
Segovia ciudad	56.660	34,4%
Resto de la provincia	108.194	65,6%
<b>Soria: 183 municipios</b>		
<b>Total provincial</b>	<b>95.101</b>	
Soria ciudad	39.528	41,6%
Resto de la provincia	55.573	58,4%
<b>Valladolid: 225 municipios</b>		
<b>Total provincial</b>	<b>532.575</b>	
Laguna de Duero	21.762	4,1%
Medina del Campo	21.540	4,6%
Valladolid ciudad	317.864	59,1%
Resto de la provincia	171.409	32,2%
<b>Zamora: 248 municipios</b>		
<b>Total provincial</b>	<b>195.665</b>	
Zamora ciudad	66.293	33,9%
Resto de la provincia	129.372	66,1%

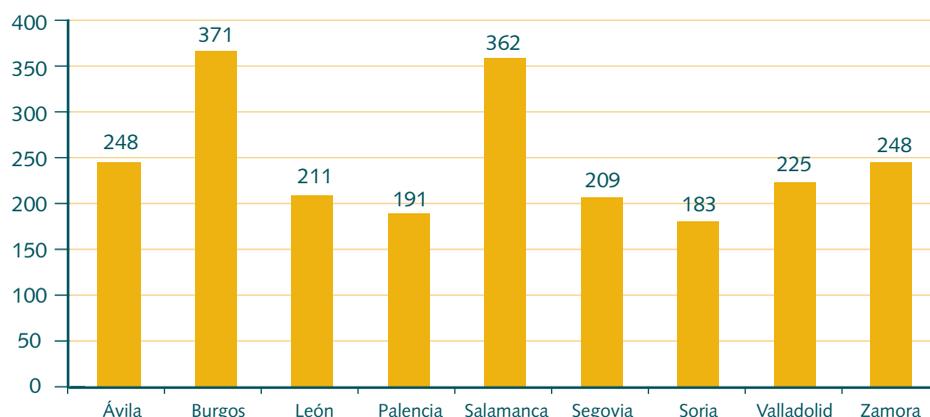
Fuente: elaboración propia con datos del INE a 1 de enero de 2009 y de Del Barrio Aliste, *La población de Castilla y León en los inicios del siglo XXI, 2009*.

**Tabla nº 31. Distribución de los municipios por provincias y tamaño de los municipios**

Total	Menos de 101 de 101	de 101 a 500	De 501 a 1.000	de 1.001 a 2.000	De 2.001 a 3.000	De 3.001 a 5.000		De 5.001 a 10.000		De 10.001 a 20.000		De 20.001 a 30.000		De 30.001 a 50.000		De 50.001 a 100.000		de 100.001 a 500.000		
						a 5.000	a 10.000	a 20.000	a 30.000	a 50.000	a 100.000	a 200.000	a 300.000	a 500.000	a 1.000.000					
Ávila	248	64	136	27	6	7	3	4	0	0	0	0	0	0	0	1	0			
Burgos	371	140	168	35	15	6	2	2	0	0	0	0	2	0	0	1				
León	211	3	78	62	34	12	10	4	5	0	1	1	1	1	1					
Palencia	191	62	93	13	12	5	1	4	0	0	0	0	0	0	0	1	0			
Salamanca	362	53	239	42	15	1	2	6	3	0	0	0	0	0	0	1				
Segovia	209	59	100	27	11	4	4	3	0	0	0	0	0	0	1	0				
Soria	183	106	55	9	6	1	3	2	0	0	0	0	1	0	0	0				
Valladolid	225	45	117	20	19	4	10	6	1	2	0	0	0	0	1					
Zamora	248	19	168	42	15	1	0	1	1	0	0	0	0	1	0					
<b>Total</b>	<b>2.248</b>	<b>551</b>	<b>1.154</b>	<b>277</b>	<b>133</b>	<b>41</b>	<b>35</b>	<b>32</b>	<b>10</b>	<b>2</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>4</b>	<b>15</b>						
							<b>2.233</b>													

Fuente: elaboración propia a partir de datos del INE a 1 de enero de 2009.

**Gráfico n.º 9. Distribución de los municipios según las provincias de Castilla y León**



Fuente: elaboración propia con datos del INE a 1 de enero de 2009 y Del Barrio Aliste, *La población de Castilla y León en los inicios del siglo XXI, 2009*.

### 3.4.2 La promoción de la autonomía y la atención a la dependencia en la nueva Ley de Servicios Sociales de Castilla y León

Como se señala en el borrador de la nueva Ley de Servicios Sociales y Atención a la Dependencia de Castilla y León, los servicios del sistema de servicios sociales son el conjunto de medios o acciones organizados técnica y funcionalmente para prestar, de manera habitual, atención social o desarrollar actuaciones de servicios sociales dirigidas a ciudadanos y colectivos<sup>24</sup>. Este proyecto de **Ley de Servicios Sociales de Castilla y León** configura el derecho a las prestaciones esenciales del sistema de servicios sociales como un **derecho subjetivo de los ciudadanos**, fundamentado en los principios de universalidad e igualdad y con la finalidad de proporcionar una cobertura adecuada e integral de las necesidades personales básicas y de las necesidades sociales.

En la configuración del mapa de servicios sociales de Castilla y León los Centros de Acción Social (CEAS), dependientes de las entidades locales como estructuras organizativas de primer nivel del sistema de servicios sociales, han venido siendo progresivamente configurados como verdadera puerta de acceso a éste.

<sup>24</sup> Actualmente en trámite parlamentario de aprobación por las Cortes de Castilla y León.

**Tabla nº 32. Distribución de la población rural y urbana de Castilla y León y CEAS, 2009**

	Población Ambos sexos	CEAS	Promedio de Población/CEAS
<b>Ávila: 248 municipios</b>			
<b>Total provincial</b>			<b>171.680</b>
Ávila ciudad	56.855	4	14.214
Resto de la provincia	114.825	8	14.353
<b>Burgos: 371 municipios</b>			
<b>Total provincial</b>			<b>375.563</b>
Aranda de Duero	32.928	2	16.464
Burgos ciudad	178.966	9	19.885
Miranda de Ebro	39.264	2	19.632
Resto de la provincia	124.408	21	5.924
<b>León: 211 municipios</b>			
<b>Total provincial</b>			<b>500.169</b>
León ciudad	134.305	7	19.186
Ponferrada	68.736	4	17.184
San Andrés del R.	30.906	2	15.453
Resto de la provincia	266.222	25	10.648
<b>Palencia: 191 municipios</b>			
<b>Total provincial</b>			<b>173.306</b>
Palencia ciudad	82.651	4	20.662
Resto de la provincia	90.655	11	8.241
<b>Salamanca: 362 municipios</b>			
<b>Total provincial</b>			<b>354.608</b>
Salamanca ciudad	155.619	7	22.231
Resto de la provincia	198.989	15	13.266
<b>Segovia: 209 municipios</b>			
<b>Total provincial</b>			<b>164.854</b>
Segovia ciudad	56.660	3	18.887
Resto de la provincia	108.194	12	9.016
<b>Soria: 183 municipios</b>			
<b>Total provincial</b>			<b>95.101</b>
Soria ciudad	39.528	2	19.764
Resto de la provincia	55.573	10	5.557

Continúa

Continuación

	Población Ambos sexos	CEAS	Promedio de Población/CEAS
<b>Valladolid: 225 municipios</b>			
<b>Total provincial</b>			<b>532.575</b>
Laguna de Duero	21.762	1	21.762
Medina del Campo	21.540	1	21.540
Valladolid ciudad	317.864	26	12.225
Resto de la provincia	171.409	13	13.185
<b>Zamora: 248 municipios</b>			
<b>Total provincial</b>			<b>195.665</b>
Zamora ciudad	66.293	4	16.573
Resto de la provincia	129.372	10	12.937

Fuente: elaboración propia con datos del INE a 1 de enero de 2009 y Del Barrio Aliste, *La población de Castilla y León en los inicios del siglo XXI, 2009*.

Las tablas nº 32 y 33 nos muestran las semejanzas y diferencias –en promedios– que existen entre el número de CEAS en cada provincia, diferenciando los CEAS rurales y los de EELL mayores de 20.000 habitantes, y la población media atendida. Las diferencias interprovinciales y entre municipios grandes y pequeños son considerables. Los CEAS urbanos actúan en un mismo núcleo de población, mientras que los CEAS rurales intervienen en un territorio amplio y diseminado de pequeños municipios. La mayor **dispersión de la población** resulta un evidente factor añadido en la organización y coste de los recursos y servicios necesarios para una respuesta equiparable en la aplicación de la LAAD.

**Tabla nº 33. Relación estimada de la población atendida por CEAS en Castilla y León**

	Población residente		Municipios	Nº CEAS		Población Promedio/CEAS	
	Ciudad	Provincia		Urbano	Rural	Urbano	Rural
Ávila	56.855	114.825	248	4	8	14.214	14.353
Burgos	178.966	124.408	371	9	21	19.885	5.924
León	134.305	266.222	211	7	25	19.186	10.648
Palencia	82.651	90.655	191	4	11	20.662	8.241
Salamanca	155.619	198.989	362	7	15	22.231	13.266
Segovia	56.660	108.194	209	3	12	18.887	9.016

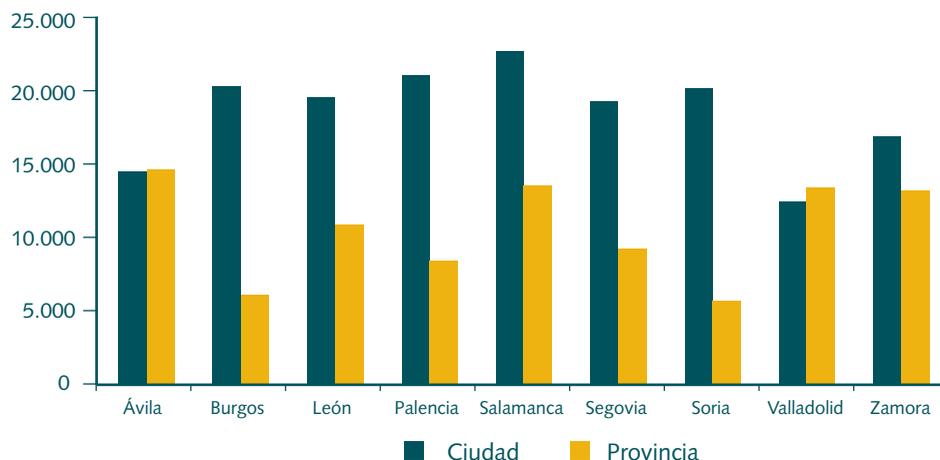
Continúa

Continuación

	Población residente		Municipios	N° CEAS		Población Promedio/CEAS	
	Ciudad	Provincia		Urbano	Rural	Urbano	Rural
Soria	39.528	55.573	183	2	10	19.764	5.557
Valladolid	317.864	171.409	225	26	13	12.225	13.185
Zamora	66.293	129.372	248	4	10	16.573	12.937

Fuente: elaboración propia con datos del INE a 1 de enero de 2009 y Del Barrio Aliste, *La población de Castilla y León en los inicios del siglo XXI, 2009.*

### Gráfico nº 10. Distribución de los municipios según las provincias de Castilla y León



Fuente: elaboración propia con datos del INE a 1 de enero de 2009 y Del Barrio Aliste, *La población de Castilla y León en los inicios del siglo XXI, 2009.*

La fotografía que los datos anteriores nos presentan sobre la realidad de Castilla y León evidencia algunas diferencias interprovinciales significativas. La combinación entre población, número de municipios y distancias es un factor esencial para entender el porqué en algunas zonas rurales el número de personas atendidas es sensiblemente menor al de otras zonas o incluso al de las ciudades. No obstante, una reflexión en clave de atención a personas en situación de dependencia y por lo tanto de trabajo de los profesionales, nos permite sospechar que el trabajo de los profesionales que atienden pueblos pequeños ha de estar muy centrado en temas de dependencia, dado el envejecimiento elevado de la mayor parte de los pueblos.

Este dato pensamos que es considerablemente distinto en aquellas poblaciones demográficamente más habitadas, debido al mayor peso de otras cohortes demográficas.

### 3.4.3 Grupos de población con especial relevancia en la atención a la dependencia

Partiendo del análisis anterior, planteamos a continuación algunas consideraciones referidas a la planificación de los grupos de población con especial relevancia en la atención a la dependencia, como son las personas mayores y las personas con discapacidad.

#### 3.4.3.1 LAS PERSONAS MAYORES DE CASTILLA Y LEÓN Y LOS RECURSOS PARA LA ATENCIÓN A LAS SITUACIONES DE DEPENDENCIA

En este apartado pretendemos dar una idea de la realidad de Castilla y León en la atención a las personas mayores de 65 años, así como de los principales servicios con los que se cuenta para atender las necesidades del colectivo y su impacto en las situaciones de dependencia. Es decir, reflejamos a continuación un panorama de las personas mayores que son atendidas por los dispositivos que forman parte de la red de servicios sociales de carácter general para recoger posteriormente la situación específica de las personas con valoración de dependencia y su inclusión en los mismos, de acuerdo con la cartera de servicios que señala la LAAD.

##### A. SERVICIO DE TELEASISTENCIA Y DE AYUDA A DOMICILIO

Uno de los recursos sociales que trata de posibilitar la permanencia en el entorno de las personas es el programa de teleasistencia, implantado en Castilla y León<sup>25</sup>. Se inicia en 1992, aunque se instrumentaliza a través de un Convenio-Marco en 1993 suscrito entre (IMSERSO, FEMP y al que se fueron adhiriendo progresivamente a través de Convenios Específicos de Colaboración las Corporaciones Locales. La Gerencia de Servicios Sociales de la Junta de Castilla y León se adhiere a las condiciones del servicio de teleasistencia, aportando una parte económica a través del Acuerdo Marco de Confinanciación de los Servicios Sociales y Prestaciones Sociales Básicas (Decreto 126/2001 de 19 de abril). En esta Comunidad autónoma la teleasistencia está gestionada por las Corporaciones Locales y supone un importante complemento de las prestaciones básicas de los Servicios Sociales. El programa de **teleasistencia** incluye el

<sup>25</sup> Ya el Decreto 30/98 de 19 de enero, recogió en su Anexo nº 1 los criterios que regulaban la Teleasistencia. Este Decreto fue modificado por el Decreto 126/2001, de 19 de abril, que reguló los criterios y bases sobre el acuerdo marco de cofinanciación de los servicios sociales y prestaciones sociales básicas que hayan de llevarse a cabo por entidades locales.

apoyo de carácter técnico, cuyo fin es posibilitar la asistencia durante las 24 horas al día a personas que por su edad, discapacidad, aislamiento, dependencia, necesitan dicho soporte para poder continuar viviendo en su domicilio y entorno, con mayor seguridad y atención en caso de riesgo o emergencia. Se trata de un servicio que, a través de la línea telefónica y con un equipamiento de comunicaciones informático específico, permite que los usuarios, ante situaciones de emergencia, entrar en contacto verbal, las 24 horas del día, los 365 días del año, con una central atendida por personal específicamente preparado para dar respuesta adecuada a la crisis presentada.

Lo que este servicio pretende es evitar internamientos innecesarios, posibilitar la integración de los usuarios en su medio habitual de vida y facilitar la intervención inmediata en crisis personales, sociales, o médicas.

La **ayuda a domicilio** es una prestación social básica orientada al mantenimiento de la autonomía personal, la prevención del deterioro individual y social. Contribuye al mantenimiento de las personas en su entorno habitual de vida mediante la adecuada intervención y apoyos de tipo personal, socioeducativo, doméstico y social.

El servicio de ayuda a domicilio, según se precise en cada caso, ofrece apoyos de carácter doméstico como limpieza de la casa, lavado y planchado de ropa, preparación de comidas, así como otras atenciones dirigidas al cuidado e higiene personal, a facilitar la movilidad en la vivienda y fuera de ella, prestar compañía, asesoramiento puntual para el desarrollo de capacidades personales y de hábitos de vida adecuados, etc. Este servicio no suplente las responsabilidades familiares sino que coopera en la atención de aquellas necesidades que no pueden ser cubiertas por el propio entorno próximo.

**Tabla nº 34. Total de horas y usuarios atendidos por el servicio de ayuda a domicilio**

	2007	2008
Nº usuarios a 31 de diciembre	27.624	28.277
Nº total de horas a 31 de diciembre	4.278.878	4.489.431

Fuente: Gerencia de Servicios Sociales, 2009.

El aumento de los usuarios de ayuda a domicilio y teleasistencia se ha ido sucediendo a lo largo de los últimos años. Durante el año 2008 accedieron a estos recursos un total de 54.800 usuarios, el 53,6% usuarios de ayuda a domicilio y el 46,4% de teleasistencia.

Según los datos aportados por la Gerencia de Servicios Sociales, la distribución de las **personas con reconocimiento de dependencia beneficiarias del servicio de ayuda a domicilio**, en el año 2009, según su grado y nivel de dependencia, es el siguiente:

**Tabla nº 35. Personas con reconocimiento de dependencia beneficiarias del servicio de ayuda a domicilio en Castilla y León, 2009**

Grado	N	%
Grado III Nivel 2	734	28
Grado III Nivel 1	891	34
Grado II Nivel 2	472	18
Grado II Nivel 1	524	20
<b>Total</b>	<b>2.620</b>	<b>100</b>

Fuente: Gerencia de Servicios Sociales de Castilla y León, 2009.

Las diferencias provinciales en estos servicios, y sobre todo en teleasistencia, son muy acusadas, tal como reflejan los datos. Según indican las fuentes consultadas de la Gerencia de Servicios Sociales, la baja cobertura de los servicios de ayuda a domicilio y de teleasistencia concedidos al amparo de la LAAD se explica en el alto grado de atención previa que prestaba el sistema de servicios sociales.

**Tabla nº 36. Usuarios de la teleasistencia en personas mayores de 80 años**

	Población mayor de 65 años	% mayores 65 años	Población mayor de 80 años	Teleasistencia mayores 80 años	%
Ávila	41.750	7,32	14.091	133	0,94
Burgos	76.397	13,40	25.257	668	2,64
León	122.044	21,40	39.149	2.069	5,28
Palencia	38.961	6,83	13.325	969	7,27
Salamanca	82.693	14,50	27.094	1.889	6,97
Segovia	34.662	6,08	11.699	666	5,69
Soria	23.818	4,18	8.577	530	6,17
Valladolid	94.497	16,57	27.515	1.948	7,07
Zamora	55.510	9,73	18.726	1.125	6,00
<b>Castilla y León</b>	<b>570.332</b>	<b>100,00</b>	<b>185.433</b>	<b>9.997</b>	<b>5,39</b>

Fuente: Gerencia de Servicios Sociales de Castilla y León, 2009.

## B. LOS CENTROS DE DÍA Y DE NOCHE.

### LAS ESTANCIAS DIURNAS Y LAS ESTANCIAS TEMPORALES

Otro de los recursos que en la cartera de servicios establece la LAAD es el de Centros de Día y Centros de Noche, así como el de Estancias Diurnas<sup>26</sup>. Lo que se pretende con estos dispositivos es prevenir, atender y tratar determinadas necesidades, deterioros, enfermedades, que ponen en riesgo y limitan las capacidades de autonomía de las personas, pero que por su situación no requieren un internamiento prolongado y/o definitivo, ni tener que salir de su entorno familiar y residencial.

Las Estancias Diurnas, tal como las define el Decreto 12/1997, de 30 de enero, por el que se regula la acción concertada en materia de reserva y ocupación de plazas en centros de servicios sociales para personas mayores y personas con discapacidad<sup>27</sup> tienen como objeto, *“la permanencia del usuario en un centro durante el día, proporcionándose una atención integral a las personas mayores y personas discapacitadas que lo precisen, con el fin de mantener o mejorar su nivel de autonomía personal, favoreciendo al mismo tiempo su cohesión con el entorno socio-familiar”*. A su vez, las estancias temporales se definen como *“la permanencia en régimen de alojamiento, manutención y atención integral del usuario, o en alguna de sus variedades, en un centro durante un periodo predeterminado, durante el cual los usuarios de estas plazas tendrán los mismos derechos y obligaciones que los residentes fijos”*.

Según el Decreto 14/2001 de 18 de enero de la Junta de Castilla y León, dentro de los Centros para personas mayores se contempla la “Unidad de Atención Diurna”, entendida como un *“Servicio cuya finalidad es ofrecer durante el día la atención que precisen las personas mayores según su grado de dependencia y/o autonomía personal. Es en esta unidad donde se engloba la **Unidad de estancias diurnas**, o Centro de Día, “servicio dirigido preferentemente a personas mayores que padecen limitaciones en su capacidad funcional, con el fin de mejorar y/o mantener su nivel de autonomía personal, ofreciendo atención integral, individualizada y dinámica, de carácter socio-sanitario y de apoyo familiar”*.

Dado el enfoque dominante de la política social que se orienta a apoyar la permanencia de las personas en su domicilio y entorno social, nos parece que el

<sup>26</sup> Estos recursos tienen su antecedente en los denominados “hogares del pensionista”, “clubes”, “centros de estancias diurnas”, “centros de día”, etc.

<sup>27</sup> BOCyL nº 32, de 17 de febrero de 1997, y nº 53, de 18 de marzo de 1997. Esta normativa ha sido modificada por el Decreto 110/1998, de 11 de junio (BOCyL nº 111, de 15 de junio de 1998) y por Decreto 52/2001, de 1 de marzo (BOCyL nº 46, del 6 de marzo).

recurso de centro de día y centro de noche es uno de los dispositivos más adecuados para evitar el ingreso en centros residenciales, cuya utilidad para las personas en situación de dependencia que tienen cierta autonomía puede ser el más idóneo. En este sentido, tal y como podemos apreciar en la tabla nº 37, la ratio de plazas de estancias diurnas para personas mayores está lejos de ser el objetivo esperado para las características de la población que tiene que atender, siendo servicios demandados principalmente por personas con discapacidad y personas con alzheimer.

A continuación se muestran los datos aportados por la Gerencia de Servicios Sociales referidos a la distribución de las **personas con reconocimiento de dependencia beneficiarias del servicio de centro de día en 2009**, según la tipología del grupo destinatario:

**Tabla nº 37. Personas con reconocimiento de dependencia beneficiarias del servicio de centro de día en Castilla y León, 2009**

Personas mayores	528	23,3
Personas con discapacidad	1.737	76,7
<b>Total</b>	<b>2.265</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Gerencia de Servicios Sociales de Castilla y León, 2009.

### C. LOS CENTROS RESIDENCIALES

Una de las principales líneas de actuación contempladas en el Plan Sectorial de Atención a Personas Mayores es la dirigida a la cobertura de los alojamientos residenciales para aquellas personas mayores que no puedan mantenerse en su entorno habitual. Esta atención se canaliza a través de dos vías: centros residenciales y alojamientos alternativos.

De acuerdo con el Decreto 14/2001, antes referido, que regula las condiciones y requisitos para la autorización y el funcionamiento de los centros de carácter social para personas mayores, la unidad residencial es un *“Servicio para la residencia habitual, permanente o temporal por convalecencia o respiro familiar, preferentemente para las personas mayores, donde se les presta una atención continuada, integral profesional durante las 24 horas del día. Sus características deben permitir que al menos el 70% de las plazas se puedan ocupar por personas mayores asistidas”* (art. 4.8).

En el año 2008 Castilla y León disponía de 39.479 plazas residenciales. Del total de plazas disponibles, el 34,9% son de titularidad pública (13.772), principalmente de la Junta de Castilla y León, y en menor medida de Ayunta-

mientos y Diputaciones. Dentro de las plazas de titularidad privada, éstas pueden pertenecer a entidades sin ánimo de lucro (el 26,3%), o a entidades privadas lucrativas (38,8% del total).

**Tabla nº 38. Número de plazas residenciales existentes en Castilla y León, según su titularidad**

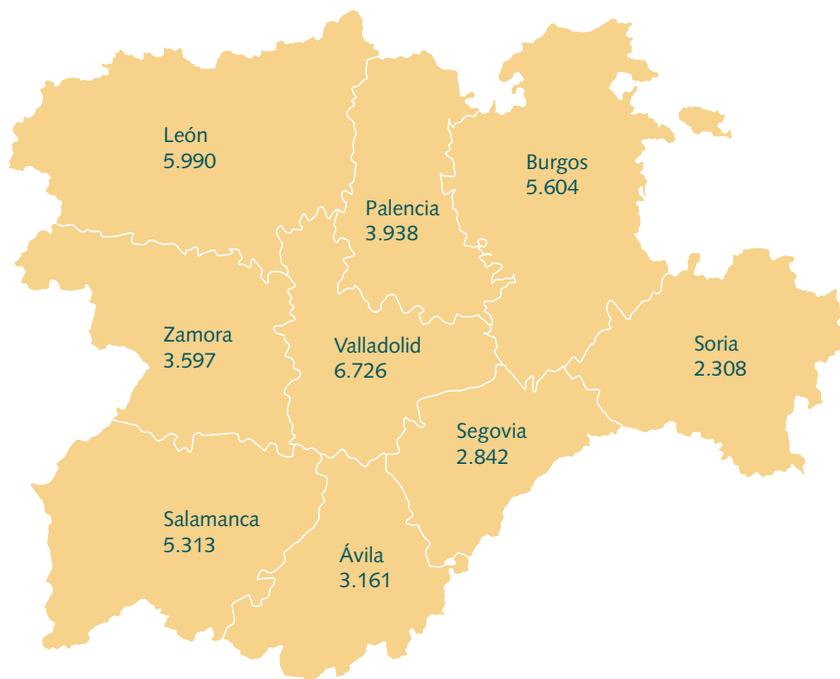
	Privadas		Públicas (Gerencia SS.SS. y concertadas)	Total
	Con ánimo de lucro	Sin ánimo de lucro		
Ávila	1.549	600	1.012	3.161
Burgos	2.220	1.629	1.755	5.604
León	2.101	1.575	2.314	5.990
Palencia	900	1.778	1.260	3.938
Salamanca	1.994	1.435	1.884	5.313
Segovia	937	634	1.271	2.842
Soria	883	263	1.162	2.308
Valladolid	3.574	1.637	1.515	6.726
Zamora	1.159	839	1.599	3.597
<b>Castilla y León</b>	<b>15.317</b>	<b>10.390</b>	<b>13.772</b>	<b>39.479</b>

Fuente: Gerencia de Servicios Sociales de Castilla y León, 2008.

**Castilla y León** que es una de las CCAA con **mayor tasa de personas mayores** o con una **mayor tasa de envejecimiento** de la población, cuenta también con una **ratio de plazas residenciales, sensiblemente superior al promedio** de otras comunidades autónomas. Este hecho, previo a la LAAD, ha permitido a esta Comunidad **no tener que invertir en infraestructuras y en crear plazas residenciales para atender a las personas en situación de dependencia** para las que este recurso sea el más adecuado a su situación. No solo hay una considerable red de centros públicos, sino que la política general en esta materia ha consistido en facilitar las condiciones para la construcción de centros con apoyo público, cesión de terrenos, etc. y sobre todo con la, cada vez más generalizada, práctica de concertar plazas con centros privados.

El siguiente mapa da cuenta del panorama residencial de Castilla y León y su distribución provincial, distribución que no siempre está en plena armonía entre las características de envejecimiento de la población por provinciales y por asentamiento o ubicación de los centros.

**Gráfico nº 11. Distribución provincial de las plazas residenciales en Castilla y León**



Fuente: Gerencia de Servicios Sociales de Castilla y León, 2008.

Un mapa territorial más detallado, puede ayudar a comprender cómo se está respondiendo a las necesidades derivadas de las valoraciones de dependencia y a la orientación hacia plazas residenciales, cuando la situación lo requiera y el criterio de que estos centros se encuentren lo más cerca posible de los entornos de vida de las personas que los necesiten. Es cierto que buscar el equilibrio entre atención a los ciudadanos y los criterios de política desde los principios y los criterios de rentabilidad económica, no siempre son fáciles de combinar. Pero a pesar de estas dificultades, los principios que rigen la política social deberán ser criterios preferentes en la construcción de centros y en la concertación de plazas, para evitar los efectos negativos que puede tener sobre las personas y su adaptación a un entorno nuevo y a veces hostil, tener que hacer una mudanza definitiva no solo de residencia, sino de relaciones.

Las plazas residenciales de carácter público pueden estar ubicadas en centros privados, gracias a los concertos que establece la Administración autonómica con las entidades privadas. Al comparar las cifras de los dos últimos años se

aprecia un incremento de las plazas residenciales. Al observar los datos se puede apreciar que el incremento de las plazas se debe más al crecimiento en el concierto de plazas con entidades privadas que a la creación de infraestructura pública propia.

**Tabla nº 39. Número de plazas públicas: de la Gerencia de Servicios Sociales y concertadas por la misma, 2007-2008**

	2007			2008		
	Concertadas	Gerencia Púlicas SS.SS.	Públicas	Concertadas	Gerencia Púlicas SS.SS.	Públicas
Ávila	316	641	957	371	641	1.012
Burgos	205	1.475	1.680	400	1.355	1.755
León	511	1.626	2.137	711	1.603	2.314
Palencia	436	759	1.195	501	759	1.260
Salamanca	442	1.323	1.765	577	1.307	1.884
Segovia	89	1.089	1.178	154	1.117	1.271
Soria	101	1.049	1.150	126	1.036	1.162
Valladolid	389	947	1.336	538	977	1.515
Zamora	394	1.017	1.411	559	1.040	1.599
<b>CyL</b>	<b>2.892</b>	<b>9.926</b>	<b>12.818</b>	<b>3.937</b>	<b>9.835</b>	<b>13.772</b>

Fuente: Gerencia de Servicios Sociales de Castilla y León.

El Consejero de Familia e Igualdad de Oportunidades de la Junta de Castilla y León, en su comparecencia en mayo de 2010 ante la Comisión de Familia e Igualdad de Oportunidades de las Cortes de Castilla y León, ofrece datos más recientes.

**Tabla nº 40. Centros residenciales para personas mayores dependientes en Castilla y León**

	Situación de partida			Situación actual		
	Colaboración público-privada	Públicas de titularidad y gestión pública	Públicas concertadas	Colaboración público-privada	Públicas de titularidad y gestión pública	Públicas concertadas
Ávila	61	120	40	1	-	33
Burgos	150	550	100	-	550	5
León	727	120	07	272	-	70
Palencia	-	191	52	-	-	52

Continúa

Continuación

	Situación de partida			Situación actual		
	Colaboración público-privada	Públicas de titularidad y gestión pública	Públicas concertadas	Colaboración público-privada	Públicas de titularidad y gestión pública	Públicas concertadas
Salamanca	114	200	79	50	200	—
Segovia	-	278	87	-	178	26
Soria	-	81	50	-	81	50
Valladolid	50	95	85	-	95	17
Zamora	329	172	100	229	-	79
<b>CyL</b>	<b>1.431</b>	<b>1.807</b>	<b>700</b>	<b>562</b>	<b>1.104</b>	<b>332</b>
<b>Total</b>		<b>3.938</b>			<b>1.998</b>	

Fuente: Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades. Gerencia de Servicios Sociales, 2010.

Según esta comparecencia del Consejero de Familia e Igualdad de Oportunidades de la Junta de Castilla y León, la apuesta decidida para dotar de plazas residenciales a las personas en situación de dependencia es una de las características de la política social de la Comunidad, que cuenta con una tasa de cobertura de 7,08%, considerablemente superior a la media española (4,3%) y dos puntos por encima de lo que recomienda la Organización Mundial de la Salud (OMS), alcanzando, según expone el Consejero, las 40.392 plazas para la población mayor de 65 años.

**Tabla nº 41. Centros Residenciales para personas mayores dependientes en Castilla y León**

	Previsión 2010-2015			Resumen		
	Colaboración público-privada	Públicas de titularidad y gestión pública	Públicas concertadas	Situación de partida	Situación actual	Previsión a 2015
Ávila	50	120	7	221	44	177
Burgos	150	-	95	800	555	245
León	455	120	37	954	342	612
Palencia	-	191	-	243	52	191
Salamanca	64	-	79	393	250	143
Segovia	-	100	61	365	204	161
Soria	-	-	-	131	131	-

Continúa

Continuación

	Previsión 2010-2015			Resumen		
	Colaboración público-privada	Públicas de titularidad y gestión pública	Públicas concertadas	Situación de partida	Situación actual	Previsión a 2015
Valladolid	50	-	68	230	112	118
Zamora	100	172	21	601	308	293
<b>CyL</b>	<b>869</b>	<b>703</b>	<b>368</b>	<b>3.938</b>	<b>1.998</b>	<b>1.940</b>
<b>Total</b>	<b>1.940</b>	<b>7.876</b>				

Fuente: Consejería de Familia e Igualdad de oportunidades. Gerencia de Servicios Sociales, 2010.

En la clasificación que hace de plazas entre públicas, concertadas y de colaboración público-privada, el horizonte hasta el año 2015, en el que entren a disfrutar de los derechos previstos en la LAAD todas las personas valoradas con todos los grados y niveles que reconoce la Ley, el panorama es bastante prometedor: de las 3.938 nuevas plazas, el 72% serán plazas públicas y el resto plazas de colaboración público-privada. Ello no solo tendrá efectos directos en las personas a atender, sino también en la creación de nuevos puestos de trabajo, aproximadamente unos 2.500 nuevos puestos.

Burgos, con 555 plazas, seguida de León (342), Zamora (308) y Salamanca (250) son las provincias que a fecha de hoy cuentan con el mayor número de plazas ejecutadas, como se recoge en la tabla siguiente, incrementándose este volumen en los próximos años, con un aumento mayor para las provincias de León (612 nuevas plazas), Zamora (293) y Burgos (245).

Entre los objetivos que se anuncian por parte del Consejero para los próximos años está el de impulsar nuevas plazas residenciales ubicadas en 25 municipios del medio rural, integrados en 13 áreas de Servicios Sociales. Se trata de zonas específicas como El Barco de Ávila-Piedrahita, en Ávila; Lerma y Salas de los Infantes, en Burgos; Sahagún, Valencia de Don Juan, El Bierzo, Villablino y Cistierna, en León; Tamales, en Salamanca, Tordesillas, en Valladolid; Aliste-Tábara, Sanabria y Sayazo en Zamora.

**Tabla nº 42. Previsión de creación de plazas residenciales a 2015**

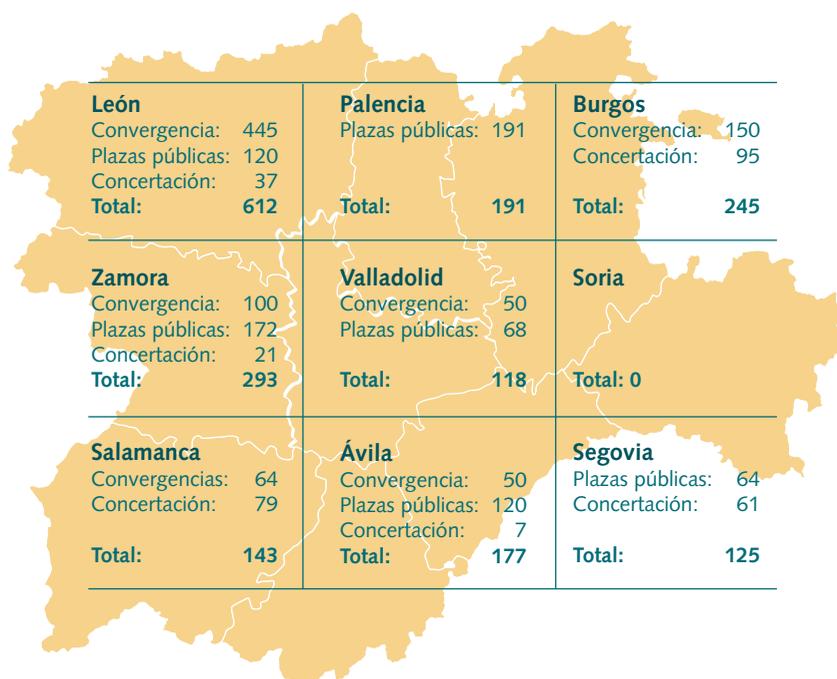
	Áreas de SS.SS. específicos (nº municipios)	Población > 65 años	Situación de partida a mayo 2009		Cobertura		Municipios
			2009	2015	2009	2015	
<b>Ávila</b>	El Barco de Ávila -Piedrahita (78)	6.936	306	367	4,41%	5,29%	San Miguel de Serrezuela El Barco de Ávila
<b>Burgos</b>	Lerma (34)	2.623	91	161	3,47%	6,14%	Lerma
	Salas de los Infantes (40)	3.645	171	251	4,69%	6,89%	Palacios de la Sierra Canicosa de la Sierra
<b>León</b>	Sahagún (16)	3.017	150	202	4,97%	6,70%	Calzada del Coto
	Valencia de Don Juan (26)	4.616	206	326	4,19%	6,63%	Villamañán Fresno de la Vega
	El Bierzo (39)	30.584	1.243	1.529	4,06%	5,00%	Ponferrada Vega de Espinareda Villafranca del Bierzo Folgoso de la Ribera Páramo del Sil
	Villablino (5)	3.432	113	172	3,29%	5,01%	Villablino
	Cistierna (25)	6.229	105	315	1,69%	5,06%	Cistierna Boñar Riaño
	<b>Salamanca</b>	Tamames (27)	2.432	20	134	0,82%	5,51%
<b>Valladolid</b>	Tordesillas (33)	3.339	14	196	4,43%	5,93%	Tordesillas
<b>Zamora</b>	Aliste-Tabara (43)	8.001	303	402	3,79%	5,02%	Tábara Alcañices
	Sanabria (18)	2.989	-	180	0,00%	6,02%	Galende Mombuey
	Sayago (23)	3.978	165	215	4,15%	5,40%	Bermillo de Sayago
<b>6 provincias</b>	<b>13 Áreas</b>	<b>82.121</b>	<b>3.021</b>	<b>4.452</b>	<b>3,68%</b>	<b>5,42%</b>	

Fuente: Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades. Gerencia de Servicios Sociales, 2010.

Por lo que hace referencia a las plazas públicas (reconversión, nueva construcción o plazas públicas de titularidad y gestión pública y concertadas), de las 2.507 plazas previstas hasta 2015, en abril de 2010 se encontraban en ejecución 1.436, lo que representa el 57%. En cuanto a las plazas que se están ejecutando, 1.104 son totalmente públicas, lo que supone el 61% del total previsto de este tipo de plazas.

La previsión hasta 2015 refleja la construcción de 1.940 plazas (40% del total de las previstas), de las que 869 serán de colaboración público-privada y 1.071 de carácter público.

**Gráfico nº 12. Distribución provincial de las 1.940 plazas previstas para 2010-2015 en Castilla y León**



Fuente: Consejería de Familia e Igualdad de oportunidades Gerencia de Servicios Sociales, 2010.

En síntesis, teniendo en cuenta los datos que mensualmente publica la Junta de Castilla y León sobre el estado de aplicación de la Ley 39/2006, los servicios que hemos venido comentando presentan el siguiente panorama, a 1 de abril de 2010, según el informe mensual que la Gerencia de Servicios Sociales publica en el portal de la página web oficial que informa sobre la gestión del SAAD en Castilla y León.

**Tabla nº 43. Personas beneficiarias de los principales Servicios de la cartera de Servicios de Dependencia a 1 de abril de 2010<sup>28</sup>**

	Ayuda Domicilio	Teleasistencia	Centro de Día	Atención residencial
<b>Datos globales de perceptores vivos en Castilla y León</b>	<b>2.977</b>	<b>893</b>	<b>2.441</b>	<b>7.856</b>
Ávila	272	86	182	858
Burgos	467	150	337	1.163
León	705	204	503	1.763
Palencia	348	116	215	984
Salamanca	481	146	378	962
Segovia	251	80	174	736
Soria	213	43	128	519
Valladolid	586	163	418	1.440
Zamora	320	77	201	843
<b>Total</b>	<b>3.643</b>	<b>1.065</b>	<b>2.536</b>	<b>9.268</b>

Fuente: Elaboración propia a partir de datos mensuales publicados por la Gerencia de Servicios Sociales en [www.jcyl.es/web/jcyl/Familia/es/Plantilla100/1168278410141/\\_/\\_/\\_](http://www.jcyl.es/web/jcyl/Familia/es/Plantilla100/1168278410141/_/_/_) y del SISAAD [www.imsersodependencia.csic.es/estadisticas/saad/saad-2010.html](http://www.imsersodependencia.csic.es/estadisticas/saad/saad-2010.html), 2010.

### 3.4.3.2 LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD DE CASTILLA Y LEÓN Y LOS RECURSOS PARA LA ATENCIÓN A LAS SITUACIONES DE DEPENDENCIA

Además de los datos señalados sobre la distribución de la población de Castilla y León, es necesario hacer un breve recorrido sobre otra realidad que está muy directamente ligada a las situaciones de dependencia. Nos referimos al mundo de la discapacidad. El SAAD está pensado fundamentalmente para prestar los apoyos necesarios a las personas que viven una situación de dependencia y que no pueden realizar muchas de las actividades de la vida diaria (AVD). Sin duda, podemos decir que todas o la mayor parte de estas personas se encuentran en una situación de

<sup>28</sup> Los datos a nivel provincial corresponden al total acumulado hasta la fecha (personas vivas y fallecidas, con la última prestación que tuvieron). Estos datos no coinciden con el dato real que figura en el SISAAD, remitido por la propia Comunidad Autónoma, ya que en esos datos, no desglosados por provincias se da la cifra real de personas que están percibiendo esos servicios.

dependencia por padecer algún tipo de discapacidad, ya sea de origen congénito o sobrevenida por un accidente, enfermedad o por las consecuencias que se derivan la edad y del envejecimiento.

Es por ello por lo que reflejar el **panorama de la discapacidad en Castilla y León** puede también ayudar a entender las necesidades que el SAAD quiere proteger y atender.

Desde que se hace operativo el desarrollo de la LAAD (año 2007), se ha producido un incremento gradual en las solicitudes y valoraciones de la discapacidad tramitadas en Castilla y León<sup>29</sup>. Teniendo en cuenta la tendencia decreciente de los años anteriores, este repunte puede estar relacionado con la posible expectativa de tener derecho a los servicios o beneficios económicos que se derivan del reconocimiento de la dependencia, si consideramos el incremento anual que se refleja en la siguiente tabla desde el año 2001 al año 2009.

**Tabla nº 44. Valoraciones anuales de los Centros base de atención a personas con discapacidad. Personas con certificado administrativo de discapacidad, 2000-2009**

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Ávila	10.307	9.956	9.869	9.962	10.148	10.370	10.324	10.573	10.883
Burgos	16.248	16.538	16.719	16.563	17.152	17.672	17.970	18.628	20.195
León	39.563	38.509	38.401	39.196	38.441	39.198	38.609	38.739	38.667
Palencia	12.592	12.800	12.700	12.063	12.721	12.717	12.558	12.867	12.983
Salamanca	22.536	20.890	20.380	21.423	19.972	19.865	19.522	19.543	19.530
Segovia	8.280	7.947	7.928	8.192	7.878	7.943	7.978	8.168	8.353
Soria	7.235	5.797	5.806	5.988	5.868	5.767	5.832	5.770	5.721
Valladolid	24.636	25.977	25.798	26.110	26.152	28.227	28.271	29.240	29.999
Zamora	11.523	11.622	11.252	11.664	10.877	10.992	10.973	11.244	11.405
<b>CyL</b>	<b>152.920</b>	<b>150.036</b>	<b>148.853</b>	<b>151.161</b>	<b>149.209</b>	<b>152.751</b>	<b>152.037</b>	<b>154.772</b>	<b>157.736</b>
<b>Movimientos anuales</b>	<b>0</b>	<b>-2.884</b>	<b>-1.183</b>	<b>+2.308</b>	<b>-1.952</b>	<b>+3.542</b>	<b>-714</b>	<b>+2.735</b>	<b>+2.964</b>
<b>% var.</b>	<b>0</b>	<b>-1,9%</b>	<b>-0,8%</b>	<b>1,6%</b>	<b>-1,3%</b>	<b>2,4%</b>	<b>-0,5%</b>	<b>1,8%</b>	<b>1,9%</b>

**Fuente:** Gerencia de Servicios Sociales de Castilla y León. Nota: los datos anuales están depurados teniendo en cuenta valoraciones y defunciones.

<sup>29</sup> Es cierto que los datos habría que depurarlos teniendo en cuenta no solo el total de las personas a final de año que están valoradas, sino también las altas y las bajas que se producen anualmente. No es este el momento ni la finalidad del análisis que estamos haciendo, sino simplemente, poner de manifiesto la tendencia, más o menos generalizada en la población susceptible de poseer alguna discapacidad, de contar con una valoración, que pueda dar pie a iniciar el proceso de solicitud de la valoración de dependencia para determinar grado y nivel, para acceder a los posibles derechos derivados de la LAAD.

La distribución de las personas con discapacidad en Castilla y León, según la variable del sexo, ofrece un equilibrio global entre hombres (representan el 50,4% del total) y mujeres (representan el 49,6%).

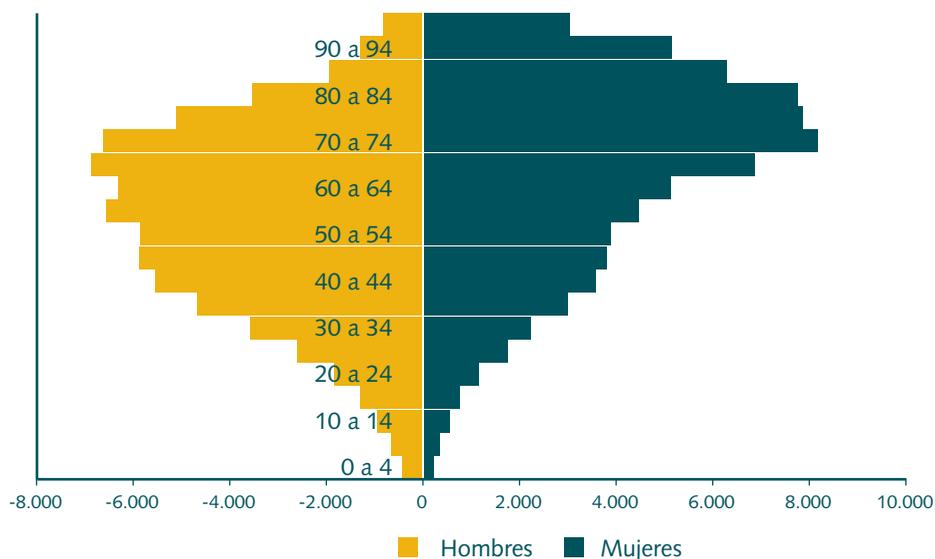
**Tabla nº 45. Personas con discapacidad según sexo (frecuencia y prevalencia), 2009**

		Frecuencia	Porcentaje	Prevalencia (%)
Sexo	Mujer	78.276	49,6	6,08
	Hombre	79.460	50,4	6,26
<b>Total</b>		<b>157.736</b>	<b>100,0</b>	<b>6,17</b>

Fuente: Gerencia de Servicios Sociales de la Junta de Castilla y León.

La distribución de la población con discapacidad, según intervalos de edad, muestra que el efecto de la edad incide significativamente sobre la presencia de discapacidades. Esta distribución por edades pone de manifiesto que un 48% de todas las personas con discapacidad son mayores de 65 años (75.732), de las cuales el 59% son mujeres (44.683). Los datos también revelan que el número de mujeres con grado de discapacidad igual o superior al 33% es mayor que el de hombres, sobre todo en el grupo de edad de 65 años y más. Esta diferencia se explica por la mayor esperanza de vida de las mujeres respecto de los hombres, como sucede en la población global.

**Gráfico nº 13. Distribución de la población con discapacidad de Castilla y León según edad y sexo**

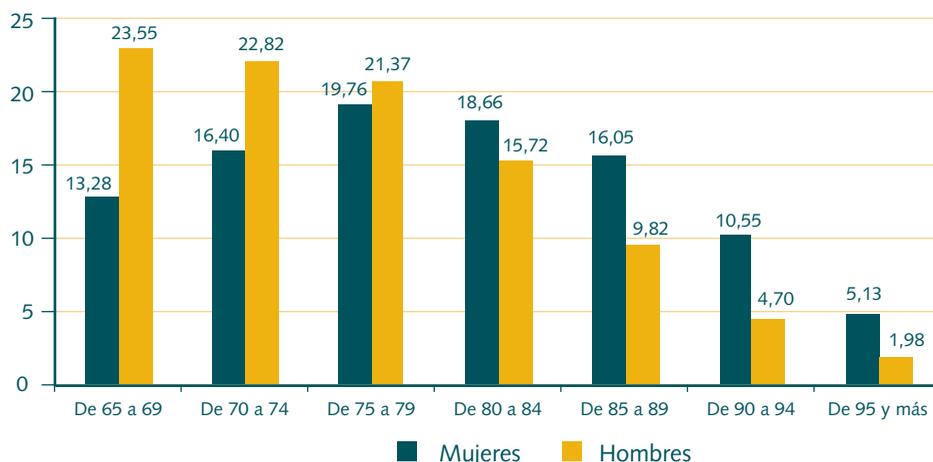


Fuente: Gerencia de Servicios Sociales de la Junta de Castilla y León, 2010.

Las personas con discapacidad con más de 65 años configuran un grupo especialmente vulnerable ante las carencias de autonomía y, por tanto, acaban en situación de dependencia con mayor facilidad que otros colectivos. A medida que se avanza en los intervalos de edad y en procesos de sobre envejecimiento, las mujeres con discapacidad reconocida se convierten en el grupo mayoritario.

Las incidencias de la discapacidad no afectan de la misma manera a las personas a lo largo de la vida, lo cual pone también de relieve la alta correlación entre edad, estilo de vida, actividades de riesgo y discapacidad, al menos en las edades adultas, donde la vida suele ser más vertiginosa, azarosa y arriesgada que en las edades tempranas o en las postrimerías de la madurez, donde las causas de las discapacidades están asociadas más a factores orgánicos, que a estilo de vida.

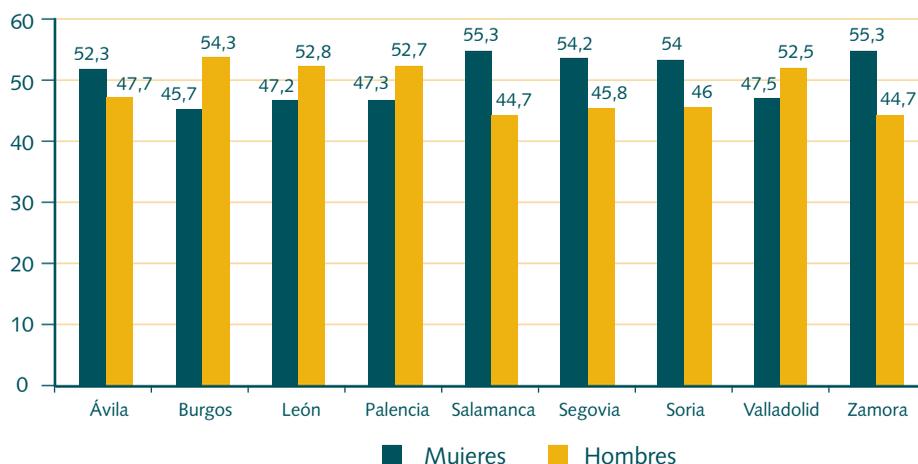
**Gráfico nº 14. Distribución de la discapacidad en personas mayores de 65 años según sexo (en porcentajes), 2009**



Fuente: Gerencia de Servicios Sociales de la Junta de Castilla y León.

Respecto a la distribución de la población con discapacidad según provincia y sexo se observa que en cinco de las nueve provincias (Ávila, Salamanca, Segovia, Soria y Zamora) hay mayor proporción de mujeres que de hombres, como muestra el gráfico siguiente.

**Gráfico n.º 15. Personas con discapacidad según sexo y provincias, 2009**



Fuente: Gerencia de Servicios Sociales de la Junta de Castilla y León.

Atendiendo al grado de discapacidad valorada, y sabiendo que de acuerdo con la LISMI<sup>30</sup> las personas con un grado de discapacidad valorado superior al 65% tienen ya reconocidos una serie de derechos, prestaciones y apoyos, es un dato muy significativo en cuanto a las posibles repercusiones de tener algún tipo de dependencia que pudiera ser objeto de derecho reconocido que de las 157.736 personas valoradas a finales del año 2009 en Castilla y León, **80.187 tienen una discapacidad superior al 65%**, es decir el 50,8% (27,3% con una discapacidad ente 65-74% y el 23,5% superior al 75% respecto del total).

**Tabla n.º 46. Personas valoradas según grado de discapacidad por provincias, 2009**

	Grado de discapacidad			Total
	33-64%	65-74%	75% y más	
Ávila	4.963	3.554	2.366	<b>10.883</b>
Burgos	9.620	6.093	4.482	<b>20.195</b>
León	21.645	9.120	7.902	<b>38.667</b>
Palencia	6.940	3.280	2.763	<b>12.983</b>
Salamanca	8.571	5.249	5.710	<b>19.530</b>
Segovia	3.650	2.311	2.392	<b>8.353</b>

Continúa

<sup>30</sup> Ley 13/1982, de 7 de abril, de Integración Social de los Minusválidos.

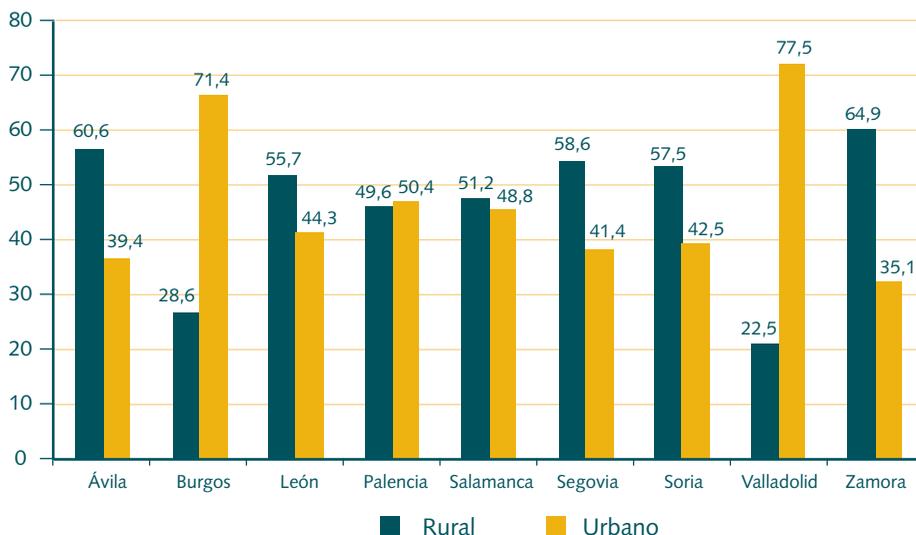
Continuación

	Grado de discapacidad			Total
	33-64%	65-74%	75% y más	
Soria	2.669	1.685	1.367	5.721
Valladolid	14.993	8.148	6.858	29.999
Zamora	4.498	3.650	3.257	11.405
<b>Total</b>	<b>77.549</b>	<b>43.090</b>	<b>37.097</b>	<b>157.736</b>
	$\Sigma = 80.187$			

Fuente: Gerencia de Servicios Sociales de la Junta de Castilla y León.

La población con discapacidad que reside en el medio rural es considerablemente significativa en Ávila y Zamora, donde supera el 60%. También se encuentran cercanas las provincias de Segovia, Soria y León, con algo más del 50% de población rural. Sin embargo, en las provincias de Valladolid y Burgos hay un porcentaje muy superior de personas con discapacidad que viven en núcleos urbanos (77,5% y 71,4% respectivamente), según la distribución de población en los enclaves respectivos.

**Gráfico nº 16. Distribución porcentual de las personas con discapacidad según tipo de hábitat, 2009**



Fuente: Gerencia de Servicios Sociales de la Junta de Castilla y León.

Los datos que reflejan el anterior gráfico nos ayuda a conocer cómo se reparte y distribuye en el territorio la población con discapacidad. Tener la referencia de las personas que viven en las zonas rurales, nos da una idea de cuáles pueden ser las necesidades, las demandas y, por lo tanto, la red de dispositivos que deberían existir cerca del territorio para atender sus necesidades. Sin duda, **para una planificación racional de recursos esta información es absolutamente necesaria.**

No cabe duda que la implantación de la LAAD, y por lo tanto la oferta de los servicios y prestaciones que se reconocen en la cartera que desarrolla la ley, requiere una red de servicios, plazas, y recursos capaces de dar cobertura a las personas que, una vez valoradas, tengan derecho y así se les indique en su PIA a un determinado servicio o recurso.

En este sentido, es bueno conocer el número de plazas y servicios que ya estaban implantados en Castilla y León con anterioridad y que dan una idea de la infraestructura y soporte con el que la Ley y el SAAD hacen su entrada en las políticas de los nuevos derechos reconocidos.

Aunque el objetivo de presentar estos datos no es el de hacer un análisis de la población con discapacidad en Castilla y León, sino conocer algunas de las características de uno de los grupos que –por su situación– puede ser uno de los beneficiarios más directos de las prestaciones del SAAD, sí podemos destacar algunas consideraciones a la luz de los datos. Es cierto que bajo la denominación de “persona con discapacidad”, entran muchas situaciones y diferencias internas, cuyo desglose por tipos y características no es objeto de análisis ahora. Pero independientemente de esta constatación, sí se pueden asociar determinados tipos de discapacidad, y por lo tanto su prevalencia provincial a características propias del contexto, a aspectos que definen y diferencian los territorios en cuanto a riquezas, tipos de trabajo, nivel de desarrollo, etc. Por ejemplo, las zonas mineras de carbón, hierro, wolframio, etc., explican la prevalencia de algunas enfermedades que cursan en discapacidad y que no se pueden disociar del medio que las produce. Pero aún teniendo en cuenta estos aspectos, un recorrido por las tablas anteriores pone de relieve las **diferencias provinciales en cuanto al porcentaje de solicitudes de valoración presentadas sobre el total de las personas con discapacidad.** Puede ser precisamente el tipo de discapacidad el que explique estas diferencias, ya que no todas ellas van a afectar a las capacidades de autonomía y desenvolvimiento en la vida diaria.

Respecto a los **recursos y servicios** destinados a este colectivo hay que considerar que, en los últimos años, se han ido produciendo importantes avances tanto en el modo en que se concibe la discapacidad, como en la forma en que los servicios y la política social tratan de resolver sus consecuencias en todos los ámbitos de la vida (accesibilidad, empleo, educación, salud, rentas, pensiones, vivienda, participación

social, etc.). Las entidades representativas de las personas con discapacidad han influido considerablemente en la consecución de muchos de estos avances, identificando y superando las barreras que dificultan su autonomía. A través de las organizaciones, en un trabajo conjunto con las Administraciones Públicas, se han determinado nuevas formas de afrontar los problemas, reconocer los derechos y obtener mayores cotas de calidad de vida.

Los **recursos para personas con discapacidad** que existen en la Comunidad de Castilla y León **con anterioridad a la puesta en marcha de la LAAD**, según los datos de la Gerencia de Servicios Sociales, dan una idea de la red de dispositivos específicos para atender la discapacidad, en el que se pone de manifiesto el poder de la red privada del mundo de la discapacidad para atender las necesidades del colectivo.

Teniendo en cuenta que la mayor parte de las personas con discapacidad forman parte de alguna red asociativa y que todos estos dispositivos y servicios están pensados para atender sus necesidades de trabajo, de residencia y de convivencia, es de suponer que la posible declaración de dependencia no altere considerablemente la relación que existen antes de dicha declaración, y que cuando ésta se produce, la mayor parte de los servicios que se prescriban por dicha condición serán los mismos que ya venían prestándoseles. Esto probablemente, en el aspecto de cobertura, ratios y servicios para personas con discapacidad nos da una panorámica muy similar antes y después de la aprobación de la Ley y después de las valoraciones de dependencia consiguientes.

No entramos ahora a analizar si con motivo de la valoración de dependencia ha habido cambios en la utilización de servicios como consecuencia del indebido uso, falta de información o actitudes no muy plausibles de las familias que hayan preferido sustituir algunos servicios que recibían las personas con discapacidad por ayudas económicas vinculadas. Pero, ante tal posibilidad, sí parece conveniente que se disponga de alguna normativa autonómica que prohíba estas prácticas no recomendables.

Los técnicos consultados en la Gerencia de Servicios Sociales han indicado que, con independencia de que exista o no una norma<sup>31</sup>, existe un criterio técnico que los Servicios Sociales de Castilla y León ya vienen utilizando desde 2009 respecto de la no procedencia de sustituir el servicio público por prestación económica. En el procedimiento de reconocimiento de las prestaciones hay que valorar la adecuación de

---

<sup>31</sup> Recordamos la mencionada Resolución de 4/02/2010, que publica el Acuerdo del Consejo Territorial del SAAD, que en su Anexo III, Apartado 3. 3. Participación de la persona beneficiaria, menciona medidas para la mejora de la calidad de la prestación económica para cuidados en el entorno familiar del SAAD.

éstas y no sólo pesa la elección de la persona, ni el cumplimiento de requisitos, sino que hay una decisión técnica. Cuando se detecta una situación de abandono del servicio para acceder a la prestación económica se pide un pronunciamiento expreso al profesional, en el que, en su caso, pueda justificar el cambio. En caso contrario, se deniega la prestación económica solicitada. Otro criterio técnico es el de no permitir que las personas con discapacidad que terminen el ciclo educativo permanezcan en su domicilio con la prestación de cuidados en el entorno.

Iniciamos la exposición de los dispositivos existentes en Castilla y León para las personas con discapacidad con los servicios y programas de **atención temprana**, puesto que la infancia es el punto de partida para prestar un apoyo a las personas con discapacidad desde sus primeros momentos de vida. Además, las intervenciones en este ámbito son la base de la prevención de situaciones que –de no recibir tratamiento– pueden derivar en dependencia. El Programa de Atención Temprana desarrollado por la Gerencia de Servicios Sociales articula un conjunto de intervenciones, dirigidas a la población infantil de 0 a 3 años –y de 4 a 6 cuando no están escolarizados– a la familia y al entorno, que tienen por objeto dar respuesta lo más pronto posible a las necesidades transitorias o permanentes que presentan los niños con trastornos en su desarrollo o que tienen el riesgo de padecerlos. Las medidas de atención temprana se diversifican en fisioterapia, estimulación, psicomotricidad, logopedia, seguimiento externo, transición a la escuela y apoyo a familias.

**Tabla nº 47. Programa atención temprana a la discapacidad de Castilla y León. Distribución por modalidades y medidas de intervención, 2000-2008**

		2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Modalidades	Fisioterapia	247	285	337	303	378	476	485	529	600
	Estimulación	477	463	485	477	515	629	579	797	890
	Psicomotricidad	87	84	141	89	235	232	280		
	Logopedia	205	215	300	265	301	404	425	408	529
Medidas	Seguimiento externo	0	0	0	341	648	828	754	804	966
	Transición a la escuela	0	0	0	27	89	73	68	251	176
	Apoyo familiar grupal	0	0	0	37	70	110	127	147	119
<b>Total</b>	<b>1.016</b>	<b>1.047</b>	<b>1.263</b>	<b>1.539</b>	<b>2.236</b>	<b>2.752</b>	<b>2.718</b>	<b>2.936</b>	<b>3.280</b>	

Fuente: Gerencia de Servicios Sociales de Castilla y León.

En los tratamientos realizados directamente en los centros base, los programas de atención temprana se van ampliando progresivamente a través de acuerdos con ayuntamientos y convenios de colaboración con entidades privadas sin ánimo de lucro. Con este sistema se pretende conseguir tres objetivos fundamentales: atender la demanda que no puede ser cubierta por los centros base, acercar el recurso al ciudadano prestando el servicio en las zonas rurales donde residen los niños que están incluidos en el programa y desarrollar programas de apoyo a familias a través de escuela de padres, respiro familiar, transición a la escuela, etc.

La dotación de dispositivos residenciales y de centros de día para personas con discapacidad en Castilla y León es adecuada y extensa, aunque tampoco cubra todas las necesidades que este colectivo presenta. Lo que sí podemos afirmar es que las personas con discapacidad cuentan con los recursos, apoyos y medios en cierta medida necesarios para poder tener una vida lo más normalizada posible, lo que no significa que el techo de cobertura de recursos se haya alcanzado. Hay que tener en cuenta, que la red de apoyo que las personas con discapacidad reciben a través de los grupos y organizaciones a las que pertenecen es una diferencia cualitativa respecto al colectivo de personas mayores, donde esa red de organizaciones es muy poco potente y sólo en algún tipo de enfermedad, como es el caso de las personas con Alzheimer, a través del colectivo de familiares ofrece una cobertura moderadamente adecuada. A falta de datos correspondientes al año 2009, incluimos a continuación los disponibles del año 2006 en lo que se refiere a las plazas de centros de día y de residencia para personas con discapacidad por provincias, según tipo y nivel de discapacidad.

**Tabla nº 48. Número de plazas de centros de día y de residencia para personas con discapacidad por provincias, según tipo y nivel de discapacidad en el 2006**

Entidad	Profundos y autistas		Graves		Físicos		Mentales		Moderados y leves		Otros		Total		
	CD Resid./ Viv	CD Resid./ Viv	CD Resid./ Viv	CD Resid./ Viv	CD Resid./ Viv	CD Resid./ Viv	CD Resid./ Viv	CD Resid./ Viv	CD Resid./ Viv	CD Resid./ Viv	CD Resid./ Viv	CD Resid./ Viv	CD Resid./ Viv	Total	
Ávila	103	107	82	75	0	0	20	6	210	143	10	7	425	338	763
Burgos	282	206	144	70	0	0	40	11	685	252	20	37	1.171	576	1.747
León	94	45	263	176	42	42	40	9	395	150	0	22	834	444	1.278
Palencia	214	190	68	49	12	0	0	0	317	205	18	21	629	465	1.094
Salamanca	317	179	128	34	0	6	0	0	342	87	45	8	832	314	1.146
Segovia	60	47	91	52	0	6	0	9	181	122	0	11	332	247	579
Soria	124	118	0	0	0	0	20	8	111	75	0	0	255	201	456
Valladolid	380	245	191	95	0	0	20	0	612	146	59	11	1.262	497	1.759
Zamora	143	130	120	87	0	0	0	0	183	120	0	0	446	337	783
<b>CyL</b>	<b>1.717</b>	<b>1.267</b>	<b>1.087</b>	<b>638</b>	<b>54</b>	<b>54</b>	<b>140</b>	<b>43</b>	<b>3.036</b>	<b>1.300</b>	<b>152</b>	<b>117</b>	<b>6.186</b>	<b>3.419</b>	<b>9.605</b>

CD: Centro de día.

Resid./Viv: residencia/vivienda.

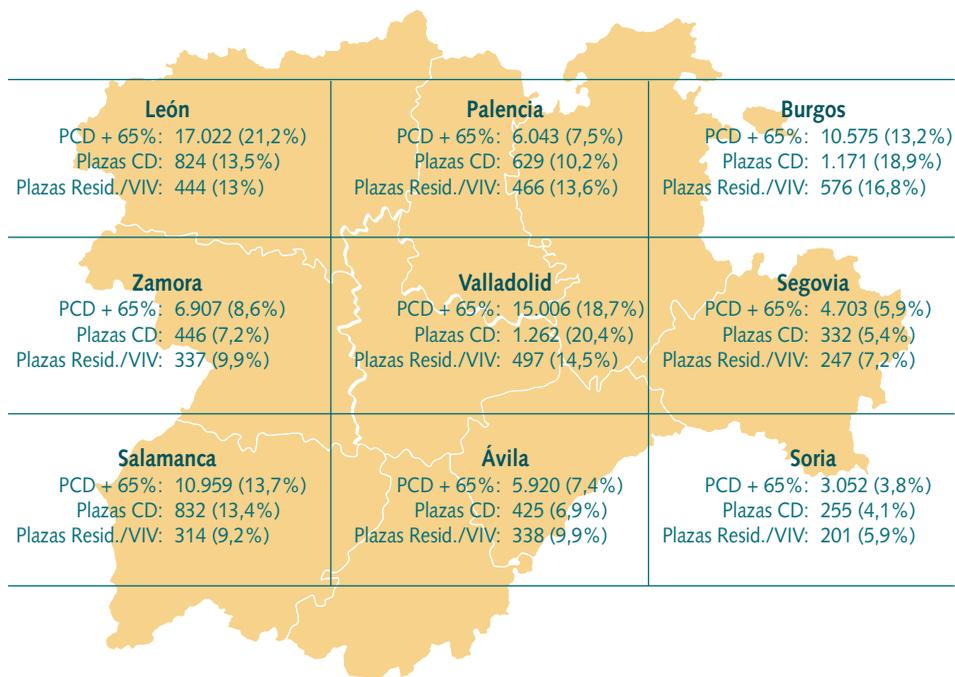
Fuente: Gerencia de Servicios Sociales de la Junta de Castilla y León.

Los recursos asistenciales se han diversificado, adaptándose a las necesidades de los distintos sectores. Se ha pasado de recursos residenciales, de día u ocupacionales que tenían carácter generalista –y atendían de la misma forma a personas con distintas discapacidades– al desarrollo de una red más especializada y adaptada. En la actualidad, se dispone de recursos específicos para personas con autismo, con enfermedad mental, síndrome de Down, parálisis cerebral o envejecimiento y discapacidad intelectual. Como se ha reflejado en la anterior tabla hay cerca de 10.000 plazas asistenciales, públicas o de carácter asociativo, pero financiadas con presupuesto público.

La Junta de Castilla y León, a través de sus Servicios Sociales, procura ofrecer un servicio de vivienda o residencia temporal o permanente a personas con discapacidad que, por razones sociales o familiares, tengan dificultades para vivir en el domicilio o que necesiten de estos servicios para acceder a otros recursos de rehabilitación o habilitadores, como es el caso de los residentes en núcleos rurales, carentes de los recursos específicos necesarios. Por otro lado, a través de los Centros de Día se llevan a cabo programas habilitadores y rehabilitadores que permiten a las personas con discapacidad su desarrollo personal y su integración en la comunidad.

De todas las plazas para personas con discapacidad en Castilla y León más de la mitad se destinan a centros de día y el resto a plazas residenciales. El siguiente gráfico ofrece una panorámica comparativa de personas con certificado de discapacidad superior a 65% y plazas residenciales en Castilla y León. La distribución porcentual ayuda a ver que las provincias de Ávila, León, Segovia y Zamora disponen de menor proporción de centros de día que el porcentaje que representan de personas con discapacidad superior a 65% en Castilla y León.

**Gráfico nº 17. Mapa de la distribución provincial de las personas con certificado de discapacidad superior a 65% y plazas residenciales y de centros de día en Castilla y León**



Fuente: Gerencia de Servicios Sociales de Castilla y León.

Sin embargo, las provincias de Palencia, Burgos, Valladolid y Soria poseen una proporción de los centros de día de Castilla y León superior a su porcentaje de personas con certificado de discapacidad superior a 65%. Respecto a las residencias y viviendas, las provincias de León, Salamanca, Segovia y Valladolid, tienen un porcentaje inferior a su representación poblacional de personas con discapacidad superior a 65% y las de Ávila, Burgos, Palencia, Soria y Zamora superan el porcentaje de plazas respecto al porcentaje de su población con discapacidad susceptible de requerirlas.

**Tabla nº 49. Distribución provincial de las plazas en convenio con FEAPS según su tipología, 2006**

	Convenio FEAPS			Total
	Centro Día	Vivienda	Residencia	
Ávila	225	16	177	<b>418</b>
Burgos	555	15	225	<b>795</b>
León	554	13	171	<b>738</b>
Palencia	388	76	164	<b>628</b>
Salamanca	538	30	106	<b>674</b>
Segovia	190	9	78	<b>277</b>
Soria	39	-	18	<b>57</b>
Valladolid	781	57	207	<b>1.045</b>
Zamora	328	54	168	<b>550</b>
<b>CyL</b>	<b>3.598</b>	<b>270</b>	<b>1.314</b>	<b>5.182</b>

**Nota:** en esta tabla se contabilizan número de plazas por tipo equipamiento. Hemos de tener presente que una misma persona puede estar utilizando u ocupando simultáneamente más de un tipo de plaza (Ej. vivienda y centro de día).

**Fuente:** Gerencia de Servicios Sociales de Castilla y León.

La Gerencia de Servicios Sociales de Castilla y León mantiene un acuerdo con la Federación Castellano-Leonesa de Asociaciones a favor de las personas con discapacidad intelectual (FEAPS CyL), que implica colaboración económica para el mantenimiento de las plazas residenciales, viviendas y de centro de día para los asociados a las entidades que configuran FEAPS CyL. La Gerencia de Servicios Sociales y FEAPS mantienen una red de centros financiados a través del Convenio de Mantenimiento que, en 2006, suponía 3.598 plazas de Centros de día, 270 viviendas y 1.314 plazas residenciales.

Por su parte, la Administración autonómica gestiona un total de 1.938 plazas para las personas con discapacidad: 1.112 son plazas de centro de día, 14 de viviendas, 812 plazas de residencia.

**Tabla nº 50. Distribución provincial de las plazas propias de la Gerencia de Servicios Sociales de Castilla y León**

	Centro Día	Vivienda	Residencia	Total
Ávila	-	-	-	-
Burgos	326	14	180	520
León	-	-	-	-
Palencia	132	-	112	244
Salamanca	242	-	154	396
Segovia	-	-	-	-
Soria	168	-	147	315
Valladolid	140	-	120	260
Zamora	104	-	99	203
<b>CyL</b>	<b>1.112</b>	<b>14</b>	<b>812</b>	<b>1.938</b>

**Nota:** en esta tabla se contabilizan número de plazas por tipo equipamiento. Hemos de tener presente que una misma persona puede estar utilizando u ocupando simultáneamente más de un tipo de plaza (Ej. vivienda y centro de día).

**Fuente:** Gerencia de Servicios Sociales de Castilla y León.

**Tabla nº 51. Distribución provincial del total de plazas residenciales y de centros para personas con discapacidad según tipología y provincia, 2008**

	Centro Día	Vivienda	Residencia	Total
Ávila	355	56	467	878
Burgos	1.300	131	599	2.030
León	847	107	530	1.484
Palencia	674	129	823	1.626
Salamanca	1.331	85	374	1.790
Segovia	357	30	215	602
Soria	261	22	249	532
Valladolid	1.314	136	614	2.064
Zamora	673	89	302	1.064
<b>CyL</b>	<b>7.112</b>	<b>785</b>	<b>4.173</b>	<b>12.070</b>

**Nota:** en esta tabla se contabilizan número de plazas por tipo equipamiento. Hemos de tener presente que una misma persona puede estar utilizando u ocupando simultáneamente más de un tipo de plaza (Ej. vivienda y centro de día).

**Fuente:** Gerencia de Servicios Sociales de Castilla y León.

Para atender las necesidades de las personas con enfermedad mental, los recursos existentes son 16 Centros Ocupacionales con 638 plazas de centro de día y 25 viviendas para 141 plazas residenciales.

**Tabla nº 52. Centros ocupacionales y viviendas para personas con discapacidad en Castilla y León, 2008**

	Número de centros	Número de plazas
Centros ocupacionales	16	638 plazas centro de día
Viviendas	25	141 plazas

Fuente: Gerencia de Servicios Sociales de Castilla y León.

En conclusión de todo este apartado sobre dispositivos para la dependencia tanto para personas mayores como para las personas con discapacidad, podemos señalar que aunque siempre habrá una descompensación entre necesidades y recursos, en Castilla y León existe una red de partida considerablemente más amplia que en otras CCAA, lo que coloca a esta Comunidad en el ranking de Autonomías, entre las mejor dotadas de servicios.

Sin embargo, quedan aún por consolidar la red territorial para que la población encuentre los dispositivos idóneos cerca de su lugar de residencia y que los mismos respondan a los estándares de calidad que la propia Ley plantea y que los distintos Acuerdos del Consejo Territorial de la Dependencia, viene planteando y trabajando. No se trata de adaptarse a las exigencias de una legislación que pretende garantizar un derecho, sino adelantarse a la normativa, como exigencia del respeto y consideración del ciudadano a cuyo servicio está la administración y para los cuales debe gestionar sus medios.

### 3.4.4 Promoción de la autonomía a través de las nuevas tecnologías y productos de apoyo

Las nuevas tecnologías simplifican las tareas instrumentales cotidianas. En el ámbito concreto de las personas que tienen gravemente limitada su autonomía personal éstas se dirigen en dos direcciones, por una parte, hacia el ámbito de la Sociedad de la Información y en segundo lugar, hacia el ámbito de Tecnología de Ayuda (Assistive Technology). Las nuevas tecnologías están íntimamente ligadas a los servicios destinados a las personas con discapacidad y/o en situación de dependencia. Por eso, son un referente imprescindible en el camino hacia la plena autonomía personal.

Es un hecho constatado que las Tecnologías de la Información y las Comunicaciones (TIC) son herramientas de ayuda para superar las desigualdades y que pueden

contribuir a promover la integración social. Las posibilidades que ofrecen las tecnologías, productos y servicios directa o indirectamente relacionados con la Sociedad de la Información, se proyectan en cualquiera de los aspectos de la vida, ya sea familiar, laboral, educativo o social. Además, abarcan tantos campos de actuación como espacios de demanda, con un alcance imposible de imaginar con otros medios de actuación y cobertura tradicionales.

La anterior norma ISO 9999 definía a las **ayudas técnicas** como *“aquellos productos, instrumentos, equipos o sistemas técnicos fabricados expresamente para ser utilizados por personas con discapacidad y/o mayores; disponibles en el mercado para prevenir, compensar, mitigar o neutralizar una discapacidad”*. La actual Norma Europea UNE-EN ISO 9999: 2007 habla de **productos de apoyo** como *“cualquier producto (incluyendo dispositivos, equipo, instrumentos, tecnologías y software) fabricado especialmente o disponible en el mercado, para prevenir, compensar, controlar, mitigar o neutralizar deficiencias, limitaciones en la actividad y restricciones en la participación”*. Este último término utiliza algunos de los actuales conceptos nominativos de la discapacidad, acuñados por la OMS desde 2001<sup>32</sup>, que vinculan al individuo con su entorno.

Pero, aunque los desarrollos pueden ofrecer un medio alternativo de acceso e interacción con la sociedad, mejorando la calidad de vida y la autonomía personal, los avances tecnológicos también pueden generar barreras, cuando, por ejemplo, no se aplican principios básicos para la **accesibilidad universal** o el **diseño para todos**. En algunos casos la Sociedad de la Información está siendo construida sobre tres pilares de exclusión. Se excluye a aquellos que no tienen recursos económicos para adquirir los medios tecnológicos adecuados. Se descarta a las personas que por su edad o formación no saben como operar con la tecnología. Por último, se aparta a las personas con dependencia o discapacidad que no pueden acceder a estos recursos por su condición funcional. Es evidente que son necesarias medidas de inclusión para conseguir evitar esta situación. En relación a este tema, la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad de Naciones Unidas de Agosto 2006 establece en su art. 9. Accesibilidad que se debe *“promover el acceso a los nuevos sistemas y tecnologías de la información y la comunicación, incluida Internet”*.

---

<sup>32</sup> La Clasificación Internacional del funcionamiento, de la discapacidad y de la salud, OMS, 2001 señala que la “discapacidad está definida como el resultado de una compleja relación entre la condición de salud de una persona y sus factores personales, y los factores externos que representan las circunstancias en las que vive esa persona. A causa de esta relación, los distintos ambientes pueden tener efectos distintos en un individuo con una condición de salud”.

Normalmente, se entiende que las ayudas técnicas y los productos de apoyo pueden procurar un beneficio a las personas con limitaciones en la autonomía desde el desarrollo de medios tecnológicos en diferentes vertientes: asistencial, educativa, rehabilitadora, etc. Por tanto, las tecnologías de ayuda pueden ofrecer un apoyo para aquellas personas con capacidades limitadas en la movilidad/manipulación por trastornos motrices, en el tratamiento del habla y del lenguaje, así como en las deficiencias visuales o ceguera. Las ayudas técnicas abarcan un amplio elenco de herramientas o sistemas. Existen muchas y muy variadas formas de catalogar las tecnologías de ayuda. A continuación, mostramos una clasificación de las tecnologías de ayuda que realiza la norma ISO 9999 distribuida en diez categorías que, a su vez, se dividen en otros tantos grupos de ayudas técnicas (Alcantud y Sotos, 2007: 45).

- Ayudas para la terapia y el entrenamiento.
- Órtesis y exoprótesis.
- Ayudas para la protección y el cuidado personal.
- Ayudas para las tareas domésticas.
- Muebles y adaptaciones para viviendas y otros edificios.
- Ayudas para la comunicación, información y señalización.
- Ayudas para el manejo de productos.
- Ayudas y equipamientos para las mejoras ambientales, herramientas y máquinas.
- Ayudas para el tiempo libre.

Hasta el momento se vienen utilizando varios términos para definir el campo de actuación de la atención tecnológica a las personas con necesidades especiales: ayudas técnicas, tecnología asistiva, tecnología de apoyo, tecnología de la rehabilitación o tecnología de ayuda, entre otras. La utilización de los conceptos tecnología de apoyo, tecnología de la rehabilitación o tecnología de ayuda, proceden del equivalente *Assistive Technology* anglosajón. En este sentido, Cook & Hussey (2001) entienden *Assistive Technology* como "*cualquier artículo, equipo global o parcial, o cualquier sistema adquirido comercialmente o adaptado a una persona, que se usa para aumentar o mejorar capacidades funcionales de individuos con discapacidades, o modificar o instaurar conductas*".

La LAAD supone una oportunidad para favorecer la coordinación y cohesión en el campo de las ayudas técnicas y los productos de apoyo. La Disposición adicional tercera de la Ley especifica que las Administraciones Públicas establecerán acuerdos para la concesión de ayudas económicas que faciliten la autonomía personal. Bajo la forma de subvención, estas ayudas irán destinadas a apoyar a la persona mediante

las ayudas técnicas o instrumentos necesarios para el normal desenvolvimiento de su vida ordinaria, y a facilitar la accesibilidad y adaptaciones en el hogar.

Igualmente, el Real Decreto 727/2007, de 8 de junio, sobre criterios para determinar las intensidades de protección de los servicios y la cuantía de las prestaciones económicas de la LAAD, para hacer efectivo lo establecido en el artículo 28.3 de la citada Ley, en el artículo 2 determina como primer servicio para los grados II y III de dependencia el de prevención y de promoción de la autonomía personal. Más adelante, en el artículo 6, cuando se refiere a la Intensidad del servicio de promoción de la autonomía personal, en el punto 2, define dichos servicios de promoción para la autonomía personal como los de asesoramiento, orientación, asistencia y formación en tecnologías de apoyo y adaptaciones que contribuyan a facilitar la realización de las actividades de la vida diaria, los de habilitación, los de terapia ocupacional así como cualesquiera otros programas de intervención que se establezcan con la misma finalidad.

Como hemos señalado anteriormente, la Junta de Castilla y León viene convocando, desde hace años, subvenciones para la concesión directa de ayudas individuales a favor de personas mayores, personas con discapacidad y personas en situación de dependencia, destinadas a favorecer su autonomía personal mediante la financiación de parte de los gastos dirigidos a garantizar la máxima integración y a mejorar su bienestar, comunicación y participación en la vida social y económica de su entorno. La decisión y ejecución de políticas globales de formación en el manejo y usabilidad de las TIC, tanto para personas con discapacidad como para formadores del manejo de las mismas, debería realizarse a través de medios y programas promovidos activamente por las Administraciones Públicas garante de su universalidad en requisitos de entorno y alcance. En el caso de la Comunidad Autónoma de **Castilla y León** ya se ha puesto de manifiesto que esta tarea se viene realizando a través de la **línea de ayudas individuales para la autonomía personal**, la financiación de **obras de adaptación de la vivienda habitual** y la adquisición de **ayudas técnicas que faciliten la relación de la persona con su entorno**.

A ello se pueden unir los numerosos ejemplos de buenas prácticas para mejorar la vida de las personas con diversidad funcional que, a través de la ayuda de las nuevas tecnologías, se están desarrollando en Castilla y León. Lo que el Observatorio Regional para la Sociedad de la Información denomina “casos de éxito” (ORSI, 2008: 85).

- Programa C@pacítate: proyecto puesto en marcha en el año 2006 por la Confederación de Personas con Discapacidad Física de Castilla y León (COCEMFE-Castilla y León). El proyecto se llevó a cabo en las zonas rurales de Burgos, Palencia y Soria, garantizando el acceso a los contenidos de una página Web que ofrecía la formación y facilitaba que los profesionales, los familiares y las

personas con discapacidad de Castilla y León compartieran experiencias enriquecedoras. En total, 178 familias se beneficiaron del programa. Se crearon 21 grupos de ayuda mutua para personas con discapacidad y se atendió a más de 150 familias de manera presencial e individualizada.

- SISCODIS (Sistema de Comunicación para Usuarios con Discapacidad): proyecto llevado a cabo por la Fundación Telefónica. Se trata de comunicador global que dispone de conversores texto-voz y pantalla con caracteres magnificados; comunicación pictográfica y a través de texto; teclado virtual y predictor de escritura, etc.
- SIMAP (Sistema Inteligente de Monitorización de Alertas Personales): se trata de un sistema de localización de personas con Alzheimer o deterioro cognitivo. Funciona a través de la red de telefonía móvil y consiste en un pequeño dispositivo específico de localización que incorpora GPS (cabe en la palma de la mano), que la persona susceptible de ser localizada deberá llevar consigo (Ej. en un bolsillo del pantalón, fijado a una pulsera o a una tobillera, etc.). El dispositivo de localización emite periódicamente, a través de la red de telefonía móvil, su ubicación. Esta información es recogida por la plataforma SIMAP y puesta a disposición de los familiares y/o cuidadores, bien a través de Internet, a través de un SMS o de manera telefónica llamando a Cruz Roja.
- Fundación ONCE y ONDA CERO: proyecto de adaptación al puesto de trabajo para personas ciegas. Dos titulados universitarios en periodismo de la Universidad de Valladolid han desarrollado una experiencia laboral adaptada para que su ceguera no fuera impedimento en el desarrollo laboral normalizado. Para ello ambos disponían de un ordenador con programas informáticos adaptados: JAWS, software lector de pantalla de ordenador, sintetizador de voz, etc. Utilizaron grabadora de audio, máquina de "Braille hablado", teléfono móvil adaptado (software Talks), etc.

De forma más genérica, las revistas especializadas en la temática de la autonomía, la discapacidad y la dependencia (Ej. Boletín del Real Patronato sobre Discapacidad, revista de CEAPAT, Minusval, Senda Senior, Júblio, etc.) ofrecen artículos sobre las últimas novedades homologadas en nuevas tecnologías y productos de apoyo para la promoción de la autonomía.

Hay una consideración a tener en cuenta en la utilización de las nuevas tecnologías al servicio de la autonomía. **El acceso a las tecnologías de asistencia por parte de los usuarios es dificultosa y su incorporación en el servicio por parte de los prestadores de servicios difícil** (económicamente costosa). Tanto en el ámbito residencial como en la asistencia a domicilio, ambos en crecimiento, se concentran en el

entorno urbano, donde son más rentables al haber un mercado de clientes más accesible a menor costo.

La industria tecnológica especializada en servicios sociales es muy incipiente por el poco desarrollo del mercado más allá de la teleasistencia, a pesar de los ejemplos vistos más arriba. Sí que se ha desarrollado un sistema de innovación basado en financiación por proyecto (estatal y europea) que ha desarrollado altas prestaciones tecnológicas, pero que no han sido implementadas en el mercado más allá de los proyectos piloto. Este segmento ha creado *spinoffs* a partir de estos proyectos innovadores pero todavía es muy embrionario.

Como principal reto de futuro en el ámbito de las ayudas técnicas asociadas a la promoción de la autonomía cabe destacar que se deben estimular ciertos cambios en el sistema de financiación para la incorporación de la tecnología en el servicio. Se debe pasar de una visión de servicios “lowcost”, a una mejora de calidad del servicio para la reducción del coste (social y sanitario). Coordinación de servicios sociales con los servicios sanitarios-visión de reducción de coste integral.

Otro reto a superar es que la tecnología existe, pero el mercado español no la absorbe. Por ello, se debe mejorar la transferencia tecnológica del sistema de innovación al mercado (búsqueda de sistemas privados de financiación o mercados sofisticados de aplicación tecnológica).



## **TERCERA PARTE**

# **LOS PLANTEAMIENTOS FINANCIEROS DE LA LAAD Y SU APLICACIÓN EN CASTILLA Y LEÓN**





## 4. LOS PLANTEAMIENTOS FINANCIEROS Y SU APLICACIÓN

La importancia de la dimensión económica de la protección social es aún mayor en situaciones como la actual, que exige una atención especial a los recursos económicos destinados y la eficiencia de su utilización. La financiación del SAAD es, sin lugar a dudas, la parte menos desarrollada y una de las más controvertidas de la puesta en marcha de la LAAD y, sin embargo, una de las claves que determinan el éxito o el fracaso de su implantación.

Lo cierto es que la arquitectura de financiación de la LAAD es muy compleja en cuanto establece tres niveles de compromiso para dos financiadores principales: Estado y Comunidades Autónomas; además de incorporar a los usuarios/as también como “copagadores” del sistema a través de la fórmula “copago” y mediante reducciones de la cuantía máxima de los costes de las prestaciones y servicios de los que son beneficiarios. Tampoco hay que olvidar que las corporaciones locales son, en muchos casos, las entidades encargadas de la entrega de servicios de proximidad, que tienen un coste real por encima de los precios que se abonan por los mismos, lo que las convierte en financiadoras indirectas del sistema aunque la Ley no les atribuyera tal responsabilidad.

La estructura presupuestaria actual en el SAAD no facilita el conocimiento del gasto desarrollado por las comunidades autónomas. Para el acercamiento al mismo procederemos aquí a través de estimaciones sobre los datos disponibles y sobre los cambios que se han producido con la entrada en vigor de la aplicación de la LAAD.

Tal como señalan Herrero y De la Fuente, no resulta fácil conocer el impacto económico de los recursos públicos que destinan las distintas administraciones a la cobertura de los servicios y prestaciones que prevé la Ley 39/2006. Sin embargo, *“resulta evidente la importancia de disponer de información de base adecuada y suficiente ya que ésta facilitaría la evaluación de las previsiones iniciales incluidas*

en el Libro Blanco de la Dependencia, al tiempo que permitiría determinar el grado de contribución de las distintas Administraciones y agentes implicados a la sostenibilidad del sistema. Asimismo, con esta información, podría realizarse un análisis de los servicios y prestaciones objeto de cobertura en términos de eficiencia, de especial interés en la medida en que, cada Comunidad Autónoma, dispone de distintas posibilidades, conforme a la normativa aplicable en la materia, para hacer frente a las coberturas que asegura la Ley 39/2006" (Herrero Sánchez y De la Fuente Honrubia: 113-126).

Si resulta difícil la aproximación a la aportación de cada Comunidad Autónoma a la financiación del SAAD, tampoco es sencilla la comparación de la puesta en marcha del sistema entre las distintas CCAA.

Incluso la diversidad de cada Comunidad Autónoma en la implantación, financiación y desarrollo de la LAAD se refleja también en la modalidad que adopta para la gestión de los gastos y competencias en materia de dependencia, tal como podemos observar en la siguiente tabla.

**Tabla nº 53. Entidades gestoras del gasto consolidado en materia de dependencia y atención a mayores y personas con discapacidad en las CCAA**

Comunidades Autónomas-Diputaciones Forales	Entidad
Aragón	Instituto Aragonés de Servicios Sociales
P. de Asturias	Establecimientos Residenciales para Ancianos
Castilla y León	Gerencia de Servicios Sociales
Cataluña	Instituto Catalán de Asistencia y Servicios Sociales
Extremadura	Servicio Extremeño de Promoción de la Autonomía y Atención a la Dependencia
Madrid	Servicio Regional de Bienestar Social
Región de Murcia	Instituto Murciano de Acción Social
Comunidad Foral de Navarra	Agencia Navarra para la dependencia
Diputación Foral de Álava	Instituto Foral de Bienestar Social
Diputación Foral de Guipúzcoa	Fundación Uliazpi
Diputación Foral de Vizcaya	Instituto Foral de Asistencia Social

Fuente: Herrero y De La Fuente Honrubia (2009: 113-126, 118).

La complejidad de la estructura financiera y la diversidad organizativa en cada Comunidad Autónoma han repercutido, sin duda, en el desarrollo deseable de la Ley. Así lo vienen a corroborar algunos estudios recientes en los que se afirma que *"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 LAAD, 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"*<sup>33</sup>.

Cuando no hemos contado con la suficiente información, hemos procedido a través de estimaciones, para el acercamiento a los recursos económicos dedicados por la Comunidad Autónoma, en la que centramos la atención en este trabajo, sobre la aplicación de la Ley 39/2006. La Ministra de Sanidad y Política Social afirmaba recientemente sobre la aportación financiera de las CCAA a la Ley y indicando que sí se conoce, *"pero una cosa es lo que reflejan los presupuestos y otra los suplementos de créditos para complementar la financiación. El Gobierno ha aportado 2.050 millones de euros (en año 2009), teniendo en cuenta que las comunidades autónomas cofinancian la Ley, podríamos estimar en 4.000 millones de euros el coste aproximado. Algunos dirán que han puesto más, pero es porque computan ahí los servicios sociales preexistentes que ya venían realizando"* (Morán, diario el país, 7-5-2010: 26-27).

Desde las anteriores premisas, procedemos al conocimiento de la financiación en la Comunidad Autónoma de Castilla y León a través de los datos que ésta envía al IMSERSO y los costes de servicios y prestaciones de los atendidos por LAAD en esta Comunidad.

## 4.1 La financiación en la LAAD

Veamos resumidamente qué dice la propia LAAD respecto a la financiación, a los niveles de protección garantizados y acordados y sobre las fuentes de financiación. Ya en la exposición de motivos se recoge:

---

<sup>33</sup> Puede verse Informe final de 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. Folios policopiados, p. 48.

La Ley establece un **nivel mínimo** de protección, definido y garantizado financieramente por la Administración General del Estado. Asimismo, como un **segundo nivel de protección**, la Ley contempla un régimen de cooperación y financiación entre la Administración General del Estado y las Comunidades Autónomas mediante convenios para el desarrollo y aplicación de las demás prestaciones y servicios que se contemplan en la Ley. Finalmente, las Comunidades Autónomas podrán desarrollar, si así lo estiman oportuno, un **tercer nivel adicional** de protección a los ciudadanos.

La **financiación vendrá determinada** por el número de personas en situación de dependencia y de los servicios y prestaciones previstos en esta Ley, por lo que la misma será estable, suficiente, sostenida en el tiempo y garantizada mediante la corresponsabilidad de las Administraciones Públicas. En todo caso, 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 recogidas en esta Ley.

El Sistema atenderá de forma equitativa a todos los ciudadanos en situación de dependencia. **Los beneficiarios contribuirán 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.

#### Artículo 7. Niveles de protección del Sistema.

La protección de la situación de dependencia por parte del Sistema se prestará en los términos establecidos en esta Ley y de acuerdo con los siguientes niveles:

- 1.º El nivel de **protección mínimo** establecido por la Administración General del Estado en aplicación del artículo 9.
- 2.º El nivel de **protección que se acuerde** entre la Administración General del Estado y la Administración de cada una de las Comunidades Autónomas a través de los Convenios previstos en el artículo 10.
- 3.º El nivel **adicional de protección** que pueda establecer cada Comunidad Autónoma.

Cabe observar, como se recoge en Cuadernos del SIPOSO N.º 2 (2008: 22), que:

*En el llamado nivel de protección mínimo, la Ley confiere a la Administración General del Estado, responsable de su financiación, la capacidad de cuantificarlo (arts. 7.1 y 9). Este régimen es mucho menos comprometido para el poder público y seguro para los administrados que los instituidos por la Seguridad Social, Sanidad y Educación. Cabe interpretar que estamos*

*ante un derecho subjetivo financieramente autocontrolado que contrasta con la plenitud del derecho a la educación y la sanidad.*

*En el nivel acordado, tanto para la Administración General del Estado como para las Comunidades Autónomas, la magnitud de la protección queda supeditada a los convenios. Se trata de un régimen harto flexible para los poderes públicos y precario para los ciudadanos. Obviamente, este es un defecto institucional del SAAD muy grave.*

*El nivel adicional de protección es facultativo de las Comunidades Autónomas, de modo que su inclusión en la LAAD no tiene ningún efecto de seguridad para los ciudadanos (Seminario de Intervención y Políticas Sociales, 2008: 22).*

Como se viene indicando en los estudios sobre el tema, el nivel adicional de protección, al ser facultativo de las Comunidades Autónomas, no ofrece garantías ni seguridad de cumplimiento, además de dejar posibles márgenes de desigualdades entre los ciudadanos de unas comunidades autónomas y otras.

Artículo 9. Participación de la Administración General del Estado.

- 1. El Gobierno, oído el Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, **determinará el nivel mínimo** de protección garantizado para cada uno de los beneficiarios del Sistema, según el grado y nivel de su dependencia, como condición básica de garantía del derecho a la promoción de la autonomía personal y atención a la situación de dependencia.*
- 2. La financiación pública de este nivel de protección correrá a cuenta de la Administración General del Estado que fijará anualmente los recursos económicos en la Ley de Presupuestos Generales del Estado de acuerdo con los criterios establecidos en el artículo 32.*

El importe de protección del nivel mínimo corre íntegramente a cuenta de la Administración General del Estado y se determina en disposiciones posteriores.

Artículo 10. Cooperación entre la Administración General del Estado y las Comunidades Autónomas.

- 1. En el seno del Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, la Administración General del Estado y las Comunidades Autónomas acordarán el marco de cooperación interadministrativa que se desarrollará mediante los correspondientes **Convenios entre la Administración General del Estado y cada una de las Comunidades Autónomas.***

2. A través de los Convenios a los que se refiere el apartado anterior, la Administración General del Estado y las Comunidades Autónomas acordarán los objetivos, medios y recursos para la aplicación de los servicios y prestaciones recogidos en el Capítulo II del presente Título, **incrementando el nivel mínimo de protección fijado por el Estado** de acuerdo con el artículo 9.
3. En aplicación de lo previsto en el apartado anterior, el Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia establecerá los criterios para determinar la intensidad de protección de cada uno de los servicios previstos en el Catálogo, y la compatibilidad e incompatibilidad entre los mismos, para su aprobación por el Gobierno mediante Real Decreto.
4. **Los Convenios establecerán la financiación que corresponda a cada Administración** para este nivel de prestación, en los términos establecidos en el artículo 32 y en la disposición transitoria primera de esta Ley, así como los términos y condiciones para su revisión. Igualmente, los Convenios recogerán las aportaciones del Estado derivadas de la garantía del nivel de protección definido en el artículo 9.

¿Qué ocurre si no existe acuerdo para firmar el convenio correspondiente entre las Administraciones? Las situaciones de dependencia, dada su realidad crítica, requieren una protección garantizada que no puede estar pendiente de mecanismos administrativos inseguros.

Artículo 11. Participación de las Comunidades Autónomas en el Sistema.

2. En todo caso, las Comunidades Autónomas, de conformidad con lo establecido en el artículo 7, podrán definir, con cargo a sus presupuestos, **niveles de protección adicionales** al fijado por la Administración General del Estado en aplicación del artículo 9 y al acordado, en su caso, conforme al artículo 10, para los cuales podrán adoptar las normas de acceso y disfrute que consideren más adecuadas.

Desde este marco de nivel mínimo, acordado y adicional, el Capítulo V del Título I, abunda en el sistema de financiación en artículo 32 sobre Financiación del Sistema por las Administraciones Públicas, en el que se indica:

1. La financiación del Sistema será la suficiente para garantizar el cumplimiento de las obligaciones que correspondan a las Administraciones Públicas competentes y se determinará anualmente en los correspondientes Presupuestos.

2. *La Administración General del Estado asumirá íntegramente el coste derivado de lo previsto en el artículo 9.*
3. *En el marco de cooperación interadministrativa previsto en el artículo 10, los Convenios que se suscriban entre la Administración General del Estado y cada una de las administraciones de las Comunidades Autónomas determinarán las obligaciones asumidas por cada una de las partes para la financiación de los servicios y prestaciones del Sistema. Dichos Convenios, que podrán ser anuales o plurianuales, recogerán criterios de reparto teniendo en cuenta la población dependiente, la dispersión geográfica, la insularidad, emigrantes retornados y otros factores, y podrán ser revisados por las partes.*

*La aportación de la Comunidad Autónoma será, para cada año, al menos igual a la de la Administración General del Estado como consecuencia de lo previsto en este apartado y en el anterior.*

Finalmente hemos de añadir, además, la participación de los beneficiarios en el coste de las prestaciones, tal como se indica en el artículo 33, a lo que nos referiremos más adelante.

Recapitulando, el **entramado de financiación de la Ley 39/2006 es el siguiente:**

**Tabla nº 54. Niveles de protección y responsabilidad de financiación**

Niveles	Garantías
<b>Nivel mínimo</b>	Garantizado por la AGE a través de los Presupuestos Generales del Estado. Establece un monto económico por dependiente en función del grado y nivel. Mediante Real Decreto se revisa anualmente la asignación (per cápita) en función del grado y nivel de dependencia y del calendario de aplicación.
<b>Nivel acordado</b>	Convenios AGE - CCAA (considerando diferentes variables de población: población dependiente, dispersión, insularidad, envejecimiento, etc.).
<b>Nivel adicional</b>	Según la voluntad política de cada Comunidad Autónoma y únicamente a su costa.

Fuente: Elaboración propia a partir de la LAAD.

## 4.2 Algunas consideraciones sobre la financiación de la LAAD

Un punto clave en el tema que nos ocupa, tiene que ver con la financiación. Habida cuenta de que los recursos necesarios son considerables, se trata de identificar la provisión de los mismos. En los países europeos las modalidades de recaudación para los servicios y prestaciones necesarios son diversas.

**Tabla nº 55. El tratamiento de la dependencia en los regímenes de bienestar europeos contemporáneos**

País	Media	Financiación	Derechos	Cobertura
<b>Austria</b>	Prestación de asistencia. (Pflegegeldgesetz, 1993).	Impuestos generales.	Prestación en metálico. (7 niveles desde unos 150 € hasta 1.500 € al mes).	Todos los ciudadanos con necesidades de cuidado de larga duración de más de 50 horas semanales (4,8% de la población).
<b>Dinamarca</b>	Seguro de cuidados de larga duración. (Pflegeversicherung, 1994).	Contribuciones de seguridad social.	Prestaciones en metálico o servicios en especie. (3 niveles de 200 € a 1.500 €; en casos extremos hasta 1.900 € al mes).	Todos los ciudadanos con necesidades de cuidados de larga duración de más de 50 horas semanales (2,5% de la población).
<b>Francia</b>	Ayuda personalizada para la independencia. (Allocation Personnalisée à l'Autonomie-APA)	Financiación pública mixta.	Prestación en metálico orientada (voucher) entre unos 500 € y 1.100 € al mes.	Todos los ciudadanos por encima de los 60 con necesidades evaluadas de cuidado (actualmente en torno al 1,1% de la población).
<b>Italia</b>	Prestación de asistencia (Indennità di accompagnamento, 1968).	Seguridad Social (Pensión asegurada).	Prestación en metálico, pago único de unos 450 € al mes.	Pensionistas de invalidez con necesidades evaluadas de cuidados de larga duración.

Continúa

Continuación

País	Media	Financiación	Derechos	Cobertura
<b>Finlandia</b>	Prestación para la atención a pensionistas.	Seguridad social.	Prestación en metálico (3 niveles entre 60 € y 260 € al mes).	Pensionistas que viven en su hogar con necesidades evaluadas de atención (sobre el 2,3% de la población).
<b>Países Bajos</b>	AWBZ (Ley de gastos médicos extraordinarios, 1967).	Seguro social.	Subsidio para servicios en especie o presupuesto personal.	Todos los ciudadanos con necesidades evaluadas de atención de larga duración (también en residencias asistidas).
<b>Reino Unido</b>	Prestación de asistencia. Prestación para el cuidado de inválidos.	Impuestos generales.	Prestación en metálico (2 niveles de 240 € y de 330 €). Prestación en metálico de 250 € al mes	Ciudadanos de más de 65 años con necesidades evaluadas de atención (en torno al 2,2% de la población). Cuidadores informales o personas en necesidad de más de 35 horas de cuidado semanal.

Fuente: Ex et al., 2004; Grilz-Wolf et al., 2004; Salonen-Haverinen, 2004; Frossard et al., 2004; Coxon et al., 2004; Nesti et al., 2004 (Leichsenring, 2009: 100).

Como es sabido, la protección social tiene raíces nacionales históricas, lo que influye también en las características de los cuidados de larga duración (CLD). Sin embargo, es posible detectar cada vez **más rasgos comunes entre los diversos países** que buscan en sus planteamientos armonizar las referencias propias. Ello no significa que no sigan existiendo amplias diferencias de respuestas en situaciones similares en los diversos estados miembros como se refleja en el cuadro anterior, y son aún mayores en cuanto al desarrollo en el área de servicios, prevención, apoyo organizativo y técnico. Así por ejemplo, *"mientras en Europa del Norte la asistencia institucional llega hasta el 12% de la provisión, en Europa del Sur se dan proporciones mucho menores de atención institucional –en torno al 3% de las personas ancianas viven en instituciones en Italia y en Grecia menos del 1%–"* (Leichsenring, 2009: 99).

Desde los años noventa se pone de manifiesto la **tendencia** que refuerza las prestaciones monetarias y la sustitución de cuidados formales por los informales. “En Bélgica, por ejemplo, observamos que en términos de horas, los cuidados informales son cinco veces más importantes que los cuidados formales. Muchos países han introducido algún tipo de pago por la asistencia, a veces a modo de subsidio pagado a la persona asistida, o en ocasiones pagada al cuidador informal” (Pacole, 2009: 87).

Es evidente que el cumplimiento de cualquier ley precisa de los recursos suficientes para su efectividad. En el caso que nos ocupa, son recurrentes los estudios prospectivos que nos indican que los costes del cumplimiento de la Ley son claramente superiores a las previsiones de los recursos. Es decir, que su efectividad precisa de más inversión, de más fondos, pero seguramente y no menos importante, precisa también de la atención a la buena gestión.

Puesto que la LAAD responde a necesidades esenciales, como las de educación y sanidad, los servicios orientados a su respuesta han de contar con garantías mínimas de cobertura. Se trata de valorar si los criterios financieros que actualmente se utilizan, facilitan el resultado final que se pretende. La complejidad del andamiaje de financiación exige una particular atención al cuánto y al cómo se gestiona, para favorecer la eficiencia en el logro de los objetivos propuestos.

Por otra parte las CCAA, encargadas de hacer efectivo el pago al beneficiario o a los proveedores en forma de costo del servicio, son las que han de abordar los posibles desajustes, derivados de la financiación estimada en un principio y, el coste real que se traduce en sobrecoste, cuando se prescriben atenciones, con base en servicios, o en “infracoste”, si se trata de prestaciones económicas.

Además de estas dos cuestiones sobre financiación, existen otras que, como veremos, dificultan la consolidación de un modelo con criterios de reparto acordes con los fines de la Ley con vistas a garantizar la universalidad de los derechos subjetivos que contempla la LAAD, la atención preferente a través de servicios y la ampliación de la protección social con garantías de cobertura suficiente a través de modalidades de financiación adecuadas.

Con estos fines, algunos estudiosos del tema<sup>34</sup> señalan que los servicios sociales de la dependencia deberían integrarse en el paquete de la Ley Orgánica de Financiación de

---

<sup>34</sup> Puede verse Informe final de 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. Folios policopiados, pp. 68 y ss.

las Comunidades Autónomas (LOFCA) para garantizar la financiación, dado que el SAAD se estructura a partir de la red de servicios sociales, lo que plantea cómo delimitar la financiación que corresponde a la Administración General del Estado.

Pero la LAAD no es una Ley Básica, lo que ha de tenerse presente a la hora de delimitar la financiación que corresponde a la AGE. Para un encuadre más razonable de los nuevos servicios de ésta, habría que establecer con claridad los compromisos financieros de la Administración General del Estado, en el nivel mínimo y acordado. Ello resulta complejo, pues se trata, por una parte, no únicamente de las prestaciones de la dependencia y la autonomía; también del coste del conjunto del sistema de servicios sociales en cada Comunidad Autónoma, con claras diferencias entre ellas. Además y por otra parte, no se dispone de datos fiables sobre el coste de grados y niveles de dependencia, por lo que se trata de aproximaciones a baremos de coste efectivos de los diferentes servicios; como se ha afirmado, y sin embargo,

*... mientras no se evalúe el coste efectivo medio de los servicios, difícilmente podrán establecerse conciertos satisfactorios para las diferentes partes (Martín-Serrano Jiménez, 2010: 69).*

### 4.3 La financiación de la LAAD en Castilla y León

Tal como establece la Ley, las CCAA participarán al menos con la suma de lo que aporta el Estado en concepto de mínimo y de acordado, más lo adicional. Como ya dijimos, además de estas aportaciones, la Ley establece la aportación de los usuarios al sistema; el llamado “copago” establecido en el artículo 33.

Pero también indicamos anteriormente que cabe destacar otro agente financiador (indirecto), proveedor de algunos servicios entregados al amparo de la LAAD: las Entidades Locales.

En el caso que nos ocupa, Castilla y León, el modelo organizativo por el que ha optado la Comunidad Autónoma tiene un marcado componente de descentralización de la gestión, por lo que las Entidades Locales son las impulsoras de muchos de los expedientes y las gestoras públicas de los servicios de prevención y promoción de la autonomía, teleasistencia y ayuda a domicilio. Además, muchas EELL son titulares de centros de día/noche y de residencias. Los costes económicos para prestar estos servicios se recibe por parte de las EELL a través de los sucesivos **Acuerdos Marco** de financiación con la Comunidad Autónoma (que incluyen los aportes estatales al Plan Concertado de Prestaciones Básicas).

Además de los costes directos, han de tenerse en cuenta también los indirectos imputables a la Comunidad Autónoma y a las Entidades Locales, habida cuenta de

que en esta Comunidad Autónoma se procede a través del “**acceso unificado**”<sup>35</sup>, lo que supone que la carga de gestión de las solicitudes, la valoración y dictamen de dependencia y el seguimiento descansan en buena medida en los ayuntamientos de más de 20.000 habitantes y en las diputaciones provinciales.

Determinar la cuantía y procedencia de la aportación local referida únicamente a la LAAD es a día de hoy y puesto que el sistema está en implantación, una tarea compleja, por lo que cuando nos refiramos a la aportación autonómica entenderemos que la local –de producirse– se encuentra subsumida en ésta.

De las cargas soportadas por cada agente financiador (directo o indirecto), la que se debería conocer con bastante exactitud es la de la Administración General del Estado (como veremos más adelante se conocen los aportes de la AGE al sistema en Castilla y León en los niveles mínimo y acordado, además de conocerse también la aportación estatal procedente del llamado *Plan E* con destino a apoyar la implantación del SAAD). Sin embargo, como veremos también más adelante, entre los cálculos previstos y los datos que aparecen en el Informe del IMSERSO correspondiente al año que nos ocupa, el 2009, la Comunidad de Castilla y León son considerablemente distantes.

La aportación autonómica es difícil de establecer con los datos disponibles, ya que se da la circunstancia de que **el SAAD ha sido completamente incorporado al sistema de Servicios Sociales preexistente**, de manera que se requeriría de una compleja operación de imputación estimada de costes que, en la actualidad, no se ha efectuado. Es posible que esto sea lo que está dando lugar a las diferentes cifras que en ocasiones aparece en medios de comunicación regionales sobre qué gasto soporta cada Administración implicada.

Las preguntas que nos podríamos hacer son: del total dedicado a Servicios Sociales por parte de la Junta de Castilla y León –titular de la competencia a través de la Gerencia de Servicios Sociales–, ¿qué parte se destina específicamente a la atención a la dependencia? De la inversión en el sistema integrado de gestión (SAUSS), ¿qué parte sería imputable al SAAD?, y del personal destinado a CEAS y financiado por la vía del Acuerdo Marco a las Entidades Locales, ¿qué porcentaje de su trabajo destina el personal de CEAS a la promoción de la autonomía personal y a la atención a la dependencia?

---

<sup>35</sup> El acceso unificado supone que se consolida una puerta de entrada a todo el sistema de Servicios Sociales (incluida la atención a la dependencia): los CEAS (Centros de Acción Social) que están bajo la responsabilidad de las Entidades Locales (Ayuntamientos con más de 20.000 habitantes y Diputaciones Provinciales). Toda prestación o servicio del sistema público debe pasar por esta puerta de atención primaria.

Las respuestas a estas cuestiones se irán progresivamente despejando; mientras tanto, una vez integrado el SAAD plenamente en el sistema de Servicios Sociales y hasta que el mismo no posea un **referencial autonómico de medición e imputación de costes**, la respuesta a la cuestión de lo que está ocurriendo con la financiación debe basarse en métodos hipotético-deductivos, y en estimaciones.

La reducción de las cuantías máximas de las prestaciones o servicios, en función de la capacidad económica del usuario y la aportación de éste mediante fórmulas de copago o la reducción del coste de la prestación máxima, se está unificando e implantando en estos momentos, por lo que es también difícil establecerla con exactitud para todos los servicios y prestaciones al ser cambiante. Por otro lado, al verse esta financiación afectada por “calculadoras” que consideran la capacidad económica del usuario (renta y patrimonio), los promedios de copago tienen una fuerte variabilidad (por ejemplo, el copago de la teleasistencia, con un coste medio usuario/mes cerca de 23,00 €, supone que unos pagarán por debajo de 7,30 €, pero otros pagarán en torno a 18,77 €. Según la lectura de estos datos podemos deducir que el promedio del copago del usuario por este concepto se sitúa entorno al 40% del servicio<sup>36</sup>.

Tomando como referencia algunos estudios sobre los criterios actuales de copago, se pueden formular estimaciones más o menos fiables de la aportación de los usuarios (Montserrat, 2009 y Vilaplana, 2010).

Vistas todas estas limitaciones, el camino para la determinación de cómo se está financiando el SAAD en Castilla y León (al igual que en el resto de las CCAA) pasa por los siguientes pasos:

- a. Establecimiento de la **aportación de la AGE** para el SAAD en Castilla y León, dato económico que debería conocerse con relativa exactitud. Ello se debe a que se conoce el número de prestaciones y están establecidos los costes de cada una de ellas. Sin embargo, no ocurre así.
- b. Determinación estimada de los **costes de atención**, puesto que conocemos el número de personas atendidas en 2009 y el tipo de servicios o prestaciones que reciben.
- c. Determinación estimada de los “insumos” vía **copago o reducción de la cuantía máxima** a través de simulaciones y promedios.
- d. Establecimiento del **aporte autonómico a los costes de atención** (en el que se subsume el aporte local). Una vez determinados los costes de la atención

---

<sup>36</sup> En cada servicio o prestación la reducción del coste máximo o el copago dependerá del grado y nivel y de la capacidad económica del usuario.

prestada, detraídos la aportación estatal y el copago de los usuarios o la reducción de la cuantía máxima, podremos inferir la aportación de la Comunidad Autónoma al SAAD referida a los costes de los servicios y prestaciones entregados a los que a los que se añadirán los costes de gestión del sistema.

Por tanto, el análisis que pretendemos es el siguiente:

**Gráfico nº 18. Cálculo del aporte autonómico a los costes de atención**

<b>Coste SAAD (A)</b>	=	<b>Aportación AGE (B)</b>	+	<b>Aportación CA (X)</b>	+	<b>Copago Usuarios (C)</b>
Estimación de COSTES DE ATENCIÓN a través de los costes promedio (estimaciones) de las prestaciones y servicios entregados en Castilla y León. No incluye ni inversiones ni incluye costes de gestión		Conocida en los niveles mínimo y acordado más las aportaciones del Plan Especial (Fuente: BOE)		Incógnita analizable a partir de la ecuación: $X = A - (B + C)$ (Incluye aportes de EE.LL.)		Estimaciones de copago (Fuentes: diversos estudios y "calculadoras")

### 4.3.1 La financiación garantizada: Nivel mínimo. Aportaciones de la AGE a Castilla y León en 2009

El nivel mínimo es el volumen financiero que garantiza el Estado a cada persona beneficiaria del Sistema para hacer frente al gasto que supone la atención a su dependencia. Este importe corresponde al derecho subjetivo que genera el beneficiario y es universal, con independencia de la capacidad económica de los individuos.

El nivel mínimo garantizado se establece de acuerdo con el grado y nivel de la afectación de la persona dependiente. El importe correspondiente al nivel mínimo no lo cobra directamente el beneficiario, sino que el Estado lo transfiere a la CA para que lo gestione y le proporcione una prestación adecuada a su necesidad. La Ley no prevé que el beneficiario pueda ser el destinatario directo de dicha ayuda, pero establece el importe que debe revertir en su beneficio, ya que es el "mínimo" que le corresponde de acuerdo con el derecho subjetivo. El Estado financia –en principio– el coste total del nivel mínimo, así como el coste de la Seguridad Social de los cuidadores familiares que cuiden a los beneficiarios en el caso de las Prestaciones Económicas por Cuidados en el Entorno Familiar (PECEF).

Por Real Decreto 74/2009, de 30 de enero, se determina el nivel mínimo de protección garantizado a los beneficiarios del sistema para la autonomía y atención a

la dependencia para el ejercicio 2009, con lo que se establecen los siguientes parámetros de financiación.

**Tabla nº 56. Mínimo de protección garantizado a los beneficiarios del SAAD para el ejercicio 2009**

Grado y Nivel	Mínimo de protección garantizado/mes
Gran Dependencia. Grado III Nivel 2	263,93 €
Gran Dependencia. Grado III Nivel 1	179,47 €
Dependencia Severa. Grado II Nivel 2	102,00 €
Dependencia Severa. Grado II Nivel 1	70,00 €

Por tanto, por cada castellano-leonés dependiente con Grado III - Nivel 2 la AGE aporta a la Comunidad Autónoma 263,93 euros mensuales para garantizar su atención. Esta cifra se modifica cada año, mediante Real Decreto, teniendo en cuenta la actualización aplicada al Indicador Público de Rentas de Efectos Múltiples (IPREM).

Aquí ya encontramos **una de las deficiencias más evidentes** de la Ley en lo referente a la financiación: la determinación de los aportes en función del grado y nivel de dependencia y no según el coste real de las atenciones prestadas. Es decir, una persona valorada en el "Grado III-2" devenga el mismo importe tanto si es atendida en una residencia con un alto coste como si percibe la ayuda como prestación por cuidador no profesional con un coste muy inferior al anterior. Evidentemente, el coste de una u otra opción no es el mismo y gran parte de las quejas de insuficiencia financiera procede de este sistema *capitativo* por grado y nivel que soslaya los costes de la atención efectiva a cada persona en situación de dependencia.

Como hemos dicho, el nivel mínimo garantizado es objeto de actualización desde 2007 según el calendario de aplicación de la Ley, tal como se establece para los sucesivos años 2007, 2008, 2009 y 2010 en el Real Decreto 614/2007, de 11 de mayo, sobre nivel mínimo de protección del SAAD garantizado por la Administración General del Estado, en el Real Decreto 6/2008, de 11 de enero, sobre determinación del nivel mínimo de protección garantizado a los beneficiarios del SAAD en el ejercicio 2008 y Real Decreto 373/2010, de 26 de marzo, por el que se determina el nivel mínimo de protección social garantizado a los beneficiarios del SAAD para el ejercicio 2010.

Los importes correspondientes, según grado y nivel, se recogen en la siguiente tabla.

**Tabla nº 57. Mínimo garantizado por la AGE según la LAAD en sucesivos años**

Evolución	Grado y nivel			
	Grado 3-2	Grado 3-1	Grado 2-2	Grado 2-1
2007	250,00 €	170,00 €	-	-
2008	255,10 €	173,47 €	100,00 €	-
2009	263,93 €	179,47 €	102,00 €	70,00 €
2010	266,57 €	181,26 €	103,02 €	70,07 €

Como ya indicamos en la tabla nº 14, según datos facilitados por la Gerencia de Servicios Sociales de la Junta de Castilla y León, al 1 de enero de 2010 tenemos los siguientes resultados correspondientes al año 2009 tal como figuran en la siguiente tabla.

**Tabla nº 58. Solicitudes, dictámenes y prestaciones y servicios, 1 de enero de 2010**

Solicitudes presentadas	60.934
Dictámenes	54.772
Personas con derecho a prestación	42.028
<b>Prestaciones y servicios</b>	
Centro Residencial	7.285
Centro de Día	2.265
Ayuda a Domicilio	2.620
Teleasistencia	731
Prestación vinculada al Servicio (PVES)	8.943
Prevención y promoción de autonomía personal	1.780
Prestación Económica para Asistencia Personal	34
Prestación Económica de cuidados en el entorno familiar	15.951
<b>Total</b>	<b>39.609</b>

**Fuente:** Datos facilitados por la Gerencia de Servicios Sociales de la Junta de Castilla y León. Estos datos corresponden con los del SISAAD del IMSERSO y con los aparecidos en el Informe del IMSERSO 2009, 2010: 71-72.

El IMSERSO viene recogiendo los datos del SAAD mensualmente, por lo que es posible conocer la evolución de los dictámenes según grado y nivel correspondiente a Castilla y León durante el año 2009.

**Tabla nº 59. Evolución de los dictámenes de grado y nivel para Castilla y León durante 2009**

	Dictámenes	Grado III Nivel 2	Grado III Nivel 1	Grado II Nivel 2	Grado II Nivel 1	Grado I Nivel 2	Grado I Nivel 1	Sin Grado
Enero	34.816	12.473	9.518	4.316	3.475	2.138	1.715	1.181
Febrero	37.847	12.988	10.241	4.657	4.009	2.487	2.045	1.420
Marzo	40.099	13.474	10.933	4.956	4.371	2.653	2.207	1.505
Abril	44.689	13.725	11.267	5.163	4.639	3.013	2.640	4.242
Mayo	41.436	11.111	10.397	5.149	4.756	3.048	2.692	4.283
Junio	43.825	11.428	11.041	5.482	5.169	3.273	2.969	4.463
Julio	45.611	11.679	11.528	5.790	5.460	3.445	3.137	4.572
Agosto	47.393	12.005	11.980	6.042	5.758	3.588	3.325	4.695
Septiembre	49.127	12.217	12.388	6.342	6.090	3.757	3.514	4.819
Octubre	51.160	12.553	12.955	6.643	6.430	3.909	3.719	4.951
Noviembre	52.930	13.245	13.716	6.903	6.764	3.766	3.757	4.779
Diciembre	54.772	13.493	14.228	7.217	7.088	3.919	3.977	4.850

**Fuente:** Elaboración propia a partir de los datos oficiales del SAAD (IMSERSO) desde el 1 de febrero de 2009 al 1 de enero de 2010. Los datos que figuran en la fila de cada mes son los publicados a día 1 del mes siguiente. Se han sombreado los datos de personas dependientes que devengan ingresos del Estado (nivel mínimo) por estar dentro del calendario de aplicación de la Ley.

Como puede observarse, los crecimientos a lo largo de 2009 se han dado especialmente en el grado II. La cifra de personas dependientes de grado III - nivel 2 se incrementó en un 8%, mientras que los de grado II - nivel 1 crecieron más del 100%. Traducidos estos datos a euros, la aportación estatal garantizada por el **nivel mínimo** en 2009 sería de **76.336.904,87 €**, distribuidos tal como se indica en la siguiente tabla:

**Tabla nº 60. Importes devengados mensualmente por las personas dependientes de grados III y II en Castilla y León durante el año 2009 (nivel mínimo garantizado)**

<b>Nivel €</b>	<b>2009 III-2 (263,93 €/mes)</b>	<b>III-1 (179,47 €/mes)</b>	<b>II-2 (102,00 €/mes)</b>	<b>II-1 (70,00 €/mes)</b>	<b>Totales €/mes</b>
Enero	3.291.998,89	1.708.195,46	440.232,00	243.250,00	5.683.676,35
Febrero	3.427.922,84	1.837.952,27	475.014,00	280.630,00	6.021.519,11
Marzo	3.556.192,82	1.962.145,51	505.512,00	305.970,00	6.329.820,33
Abril	3.622.439,25	2.022.088,49	526.626,00	324.730,00	6.495.883,74
Mayo	2.932.526,23	1.865.949,59	525.198,00	332.920,00	5.656.593,82
Junio	3.016.192,04	1.981.528,27	559.164,00	361.830,00	5.918.714,31
Julio	3.082.438,47	2.068.930,16	590.580,00	382.200,00	6.124.148,63
Agosto	3.168.479,65	2.150.050,60	616.284,00	403.060,00	6.337.874,25
Septiembre	3.224.432,81	2.223.274,36	646.884,00	426.300,00	6.520.891,17
Octubre	3.313.113,29	2.325.033,85	677.586,00	450.100,00	6.765.833,14
Noviembre	3.495.752,85	2.461.610,52	704.106,00	473.480,00	7.134.949,37
Diciembre	3.561.207,49	2.553.499,16	736.134,00	496.160,00	7.347.000,65
<b>Total</b>	<b>39.692.696,63</b>	<b>25.160.258,24</b>	<b>7.003.320,00</b>	<b>4.480.630,00</b>	<b>76.336.904,87</b>

**Fuente:** Elaboración propia a partir de los datos oficiales del SAAD (IMSERSO) y del RD 74/2009, de 30 de enero, por el que se determina el nivel mínimo de protección garantizado a los beneficiarios del sistema para la autonomía y atención a la dependencia para el ejercicio 2009.

Esta cantidad no coincide con los ingresos percibidos durante 2009 por Castilla y León, provenientes del nivel mínimo garantizado. De hecho, la cantidad que figura en el *Informe del IMSERSO 2009*, es de 99.898.790,29 €, dista unos cuantos millones de los resultados anteriores. Ante esta diferencia han de tenerse presentes algunas observaciones<sup>37</sup>:

- La aportación de la AGE por el concepto que aquí consideramos corresponde a las transferencias en el 2009, en la que se incluyen gastos correspondientes a los años 2008 e incluso algunas del 2007.
- Los importes devengados se convertirán en pagos efectivos en función de los PIAs (Programa Individual de Atención) aprobados de acuerdo a lo estable-

<sup>37</sup> Según información proporcionada por el IMSERSO (28.07.2010).

cido en el Real Decreto 99/2009, de 6 de febrero, por el que se modifica el Real Decreto 614/2007, de 11 de mayo, sobre nivel mínimo de protección del sistema para la autonomía y atención a la dependencia garantizado por la Administración General del Estado. Por tanto, el reconocimiento de grado y nivel hace que el Estado reserve un crédito del que no realiza el libramiento hasta el PIA efectivo.

- Los reconocimientos de grado y nivel suficientes generan, en muchas ocasiones, derechos con efectos retroactivos de la fecha de solicitud (por ejemplo en el caso de las Prestaciones Económicas Vinculadas al Servicio, en adelante PEVS), lo que quiere decir que la AGE ha tenido que ir incorporando créditos a medida que se producían dictámenes y PIAs en este sentido. Eso sí, el mencionado RD 614/2007 indica que los pagos del Estado por estos conceptos no se retrotraerán más de un año.

Esta disposición ha sido modificada por Real Decreto Ley 8/2010 de 20 de mayo, de medidas extraordinarias para la reducción del déficit público y su traslado a la normativa autonómica que, en Castilla y León, se produce por la ORDEN FAM/766/2010 de 1 de junio para las solicitudes presentadas a partir de 1 de junio de 2010.

- A partir de ahora, la prestación se cobrará desde el momento en el que sea aprobada y no desde el día en el que se presentó la solicitud, como recogía la LAAD. Este recorte sólo se aplicará a los nuevos solicitantes. A los que ya tenían pedidas las ayudas no les afectará, cobrarán la retroactividad aunque no de una vez. Las CCAA tendrán un plazo de hasta 5 años para abonarles estas cantidades. Solo si el tiempo de resolución de la prestación supera los seis meses –plazo máximo para resolver todos los trámites que fijó el Gobierno y las CCAA el pasado mes de enero– se aplicará la retroactividad desde ese momento.
- Los tiempos de gestión del libramiento de los pagos, que conllevan un lógico retraso entre el PIA y el libramiento.

A medida que se avanza en el desarrollo del SAAD, es previsible que se agilicen los trámites y se acorten las distancias entre las varias fases del proceso lo que permitirá también una aproximación mas precisa a los gastos del sistema.

<b>Nivel mínimo de protección 2009</b>	
<b>CCAA</b>	<b>Total €</b>
Andalucía	327.616.178,86
Aragón	47.760.425,00
Asturias (Principado de)	29.608.236,57
Baleares (Illes)	19.241.845,23
Canarias	18.551.838,09
Cantabria	19.229.860,41
<b>Castilla y León</b>	<b>99.898.790,29</b>
Castilla-La Mancha	67.206.296,13
Cataluña	213.257.333,16
Extremadura	34.170.741,74
Galicia	78.668.815,85
La Rioja	78.260.801,12
Madrid (Comunidad de)	73.431.483,34
Murcia (Región de)	39.490.761,69
Navarra (Com. Foral de)	20.508.855,31
País Vasco	80.970.524,56
Valencia	45.688.418,80
<b>Total</b>	<b>1.233.561.206,15</b>

Fuente: IMSERSO (2010), *Informe Anual 2009*, p. 64.

### 4.3.2 La financiación convenida: nivel acordado 2009

La Resolución de 21 de mayo de 2009, del IMSERSO, contiene el Acuerdo de Consejo de Ministros de 8 de mayo de 2009, por el que se aprueba el marco de cooperación interadministrativa y criterios de reparto de créditos de la AGE para la financiación durante 2009 del nivel acordado. En este texto podemos observar cómo se distribuyen los créditos entre las Comunidades Autónomas, aplicándose dos tramos de financiación:

1. Distribución del 80% del crédito con base en los índices resultantes para el Marco de Cooperación Interadministrativa acordado en 2008.
2. Distribución del 20% restante del crédito con base en el número de personas reconocidas como dependientes con derecho a prestación y registradas en el SISAAD a fecha 1 de abril de 2009.

Así, podemos ver la distribución de estos créditos para 2009 en la siguiente tabla:

**Tabla nº 61. Distribución de los créditos del nivel acordado por aplicaciones presupuestarias en euros**

	MSPS	IMSERSO	Total €
Andalucía	34.112.342	21.800.110	55.912.452
Aragón	6.945.439	4.438.608	11.384.047
Asturias (Principado de)	5.551.708	3.547.920	9.099.628
Balears (Illes)	3.635.875	2.323.571	5.959.446
Canarias	5.974.092	3.817.852	9.791.944
Cantabria	2.781.058	1.777.286	4.558.344
<b>Castilla y León</b>	<b>13.598.873</b>	<b>8.690.607</b>	<b>22.289.480</b>
Castilla-La Mancha	10.077.326	6.440.098	16.517.424
Cataluña	28.949.762	18.500.870	47.450.632
Comunidad Valenciana	16.119.148	10.301.234	26.420.382
Extremadura	5.334.349	3.409.012	8.743.361
Galicia	14.197.080	9.072.901	23.269.981
Madrid (Comunidad de)	18.133.992	11.588.857	29.722.849
Murcia (Región de)	5.284.300	3.377.027	8.661.327
Rioja (La)	1.671.541	1.068.229	2.739.770
Ceuta	209.190	133.687	342.877
Melilla	203.455	130.021	333.476
<b>Total</b>	<b>172.779.530</b>	<b>110.417.890</b>	<b>283.197.420</b>

**Fuente:** Acuerdo del Consejo de Ministros del 8 de mayo de 2009 (Resolución de 21 de mayo de 2009) por el que se aprueba el marco de cooperación interadministrativa y criterios de reparto.

El convenio suscrito el 22 de diciembre de 2009 y publicado en el BOE n.º 24, de 8 de febrero de 2010<sup>38</sup>, contiene el destino de los fondos del nivel acordado del Estado para Castilla y León.

Los fondos recibidos del Estado, 22.289.480,00 €, en este nivel (según el anexo I de la disposición) se distribuyen en atención residencial, prestaciones económicas y apoyo a la gestión.

<sup>38</sup> Resolución de 7 de enero de 2010, de la Secretaría General de Política Social y Consumo, por la que se publica el Convenio de colaboración entre la Administración General de Estado y la Comunidad de Castilla y León, para el desarrollo del marco de cooperación interadministrativa previsto en la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, para el establecimiento y financiación del nivel de protección acordado para el ejercicio 2009.

**Tabla nº 62. Fondos de AGE para Castilla y León –nivel acordado 2009–**

Anexo I	Total	Observaciones
<b>–Nivel acordado 2009–</b>		
Atención residencial	5.500.000	3.500.000,00 € para plazas propias de la Junta de Castilla y León, 1.000.000,00 € para plazas de EELL y 1.000.000,00 € para plazas concertadas.
Prestaciones económicas	15.897.901	10.500.000,00 € para prestación económica vinculada al servicio y 5.397.901,00 € para prestación económica por cuidados en el entorno familiar.
Apoyo a la gestión	891.579	Desconocemos el destino detalladamente.
<b>Total AGE</b>	<b>22.289.480</b>	

**Fuente:** Elaboración propia a partir del anexo I de la Resolución de 7 de enero de 2010, de la Secretaría General de Política Social y Consumo, por la que se publica el Convenio de colaboración, entre la Administración General de Estado y la Comunidad de Castilla y León, BOE nº 24, de 8 de febrero de 2010.

El apartado 6 de la cláusula tercera del citado convenio establece que:

*... la Comunidad Autónoma de Castilla y León, por su parte, aportará al menos la misma cantidad que la Administración General del Estado en ambos niveles (refiriéndose al mínimo y el acordado).*

Si el mínimo se calcula en 76.336.904,87 € y el acordado se ha establecido en 22.289.480,00 €, **la aportación en 2009 de Castilla y León, como mínimo, debería alcanzar la cifra de 98.626.384,87 €**. No obstante, **la cláusula sexta del convenio contiene el compromiso de aportación de la Comunidad por un importe muy superior al mínimo obligado:**

*Sexta. Aportaciones de la Comunidad Autónoma.*

- 1. La Comunidad Autónoma de Castilla y León, con cargo a sus propios presupuestos aporta para la financiación del presente Convenio la cantidad total de ciento setenta y tres millones seiscientos setenta mil novecientos cuarenta y dos euros (173.670.942 €) de acuerdo con la distribución siguiente: Con cargo a los Capítulos I, II, y IV...*

Además, la totalidad de la aportación autonómica consignada en el convenio se destinará a personal, gasto corriente y transferencias corrientes, lo que indica que los gastos de inversión no están contenidos en este compromiso.

El cumplimiento de los compromisos de las partes supondría que la atención a la dependencia en Castilla y León (sin inversiones), *sobre el papel*, contaría con un total de **272.297.327 €**, (resultado de la suma de 98.626.384,87 € - aportación de la AGE niveles mínimo y acordado, más 173.670.942 € aportación de la Comunidad Autónoma). De esta cantidad, el 63,8% la aportaría la Comunidad Autónoma y el 36,2% sería aportada por la AGE.

### 4.3.3 Otras aportaciones estatales en 2009: el Plan E

Dentro de las diversas medidas establecidas para hacer frente a la crisis económica en España, se promulgó el Real Decreto-Ley 9/2008, de 28 de noviembre, por el que se crea un Fondo Estatal de Inversión Local y un Fondo Especial del Estado para la Dinamización de la Economía y el Empleo y se aprueban créditos extraordinarios para su financiación. Se trata de unas medidas de carácter extraordinario, que cuentan con una dotación global de 11.000 millones de euros.

El Fondo Especial del Estado para la Dinamización de la Economía y el Empleo, que aglutina una cantidad total de 3.000 millones de euros, tiene por objeto la realización de actuaciones de inmediata ejecución y de amplio ámbito geográfico, para mejorar la situación coyuntural de determinados sectores productivos estratégicos, y desarrollar proyectos con alto impacto en el mantenimiento y creación de empleo.

Una de las finalidades específicas previstas a las que debían destinarse los créditos del Fondo viene referida a las actuaciones vinculadas con la prestación de servicios sociales relativos al turismo social y a la atención a la dependencia.

De manera específica para 2009, se recogió una partida de **400 millones de euros** destinada a proporcionar a las Comunidades Autónomas recursos extraordinarios para facilitar el desarrollo y modernización de la red de servicios del SAAD y, paralelamente, favorecer la generación de empleo en el sector.

Castilla y León, suscribió convenio<sup>39</sup> con fecha 6 de abril de 2009, por el cual se transfiere a la CA la cantidad de **29.649.850,00 €**. En los anexos al Convenio se contiene el destino específico de estos fondos (fundamentalmente de inversión) lo que nos permite acercarnos a la previsión de los correspondientes puestos de trabajo.

<sup>39</sup> Resolución de 26 de junio de 2009, de la Secretaría General de Política Social, por la que se publica el Convenio de colaboración entre el Instituto de Mayores y Servicios Sociales y la Comunidad de Castilla y León, y por el que se transfieren créditos previstos en el Fondo Especial del Estado para la Dinamización de la Economía y el Empleo. BOE nº 241, de 6 de octubre de 2009.

La distribución por estos conceptos en las diferentes CCAA ha sido publicado en el Informe del IMSERSO, 2009, p. 66.

**Tabla nº 63. Previsión de puestos de trabajo generados. Plan E 2009**

Tipo de gasto	Financiación para Castilla y León	Puestos de trabajo a generar
Inversiones totales	Inversión C.7: 19.272.403	396
Gasto corriente	Inversión C.3: 10.377.447	277
<b>Total</b>	<b>29.649.850</b>	<b>673</b>

Fuente: Resolución de 26 de junio de 2009, BOE nº 241, de 6 de octubre de 2009.

Las **inversiones** van destinadas a:

- a. Programa de consolidación y mejora de la oferta de la **red de servicios** existente en centros de día y alojamientos residenciales, así como en centros de prevención y promoción de la autonomía: **14.772.230 €**; supondría la mejora de 52 plazas y la creación de 396 puestos de trabajo.
- b. Programa de ampliación de la oferta de **plazas en centros y servicios** de atención a la dependencia: **4.500.173 €**; supondría la ampliación de 72 plazas y la creación de 277 puestos de trabajo.

El **gasto corriente** tiene como destino, según nuestras estimaciones y con referencia a la tabla anterior:

- a. Programas de **inversión en alojamientos particulares**, mediante ayudas individuales para la realización de obras y adaptaciones que favorezcan la accesibilidad del hogar de las personas que ya hayan sido valoradas en situación de dependencia y que precisen de una adecuación del hogar (ej.: eliminar una bañera, disponer productos de apoyo...), **2.110.000 €**, para un cálculo de 500 obras y 500 adaptaciones con una generación de empleo estimada de 40 puestos.
- b. Actuaciones dirigidas a fomentar la **formación y cualificación** de los profesionales y cuidadores ya ligados al SAAD, así como para el desarrollo de un programa de formación específicamente destinado a la capacitación profesional para acceder a nuevos empleos: formación de 225 cuidadores (25 por provincia) y de 675 profesionales (75 por provincia) por un importe total de **199.998 €**, con un número de empleos estimados de 27 puestos.
- c. Actuaciones de **gestión de nuevos servicios del catálogo mediante compra o concierto** (tienen carácter excepcional y sin compromiso alguno de financiación futura por parte de la Administración General del Estado, debido al carácter no consolidable de este crédito): **6.000.000 €** (3.000.000 para centros privados concertados; un 50% para mayores dependientes y un 50% para personas con discapacidad; y 3.000.000,00 € para plazas públicas de la Junta, de las cuales 2.000.000 € tienen como destino la prevención y pro-

moción de la autonomía personal y 1.000.000 € se destina a personas con discapacidad en situación de dependencia).

- d. Programas específicamente dedicados a la **mejora de la infraestructura para ampliar los servicios de ayuda a domicilio y de transporte**, sobre todo en aquellos territorios carentes de infraestructuras de servicios de atención a la dependencia: **2.067.449 €** (de los cuales 510.000 se destinarían a mejora de transporte y 1.557.449 € para ampliar los servicios de ayuda a domicilio).

Si bien este Fondo se destina esencialmente a inversiones, en el caso de Castilla y León se contienen las actuaciones (innovaciones) referidas más arriba, no consideradas inversión y que afectarían colateralmente a la entrega de servicios dispensados al amparo de la LAAD.

#### 4.3.4 Financiación total del Estado para 2009 en Castilla y León

Finalmente, desde las referencias indicadas anteriormente podemos considerar la aportación global de la AGE para Castilla y León en el año 2009 tal como figura en la siguiente tabla.

**Tabla nº 64. Aportación global de la AGE para Castilla y León sobre la LAAD, 2009**

Aportación en concepto de	Euros
Nivel mínimo garantizado	76.336.904,87
Nivel acordado	22.289.480,00
Fondo Especial	29.649.850,00
<b>TOTAL GASTO AGE</b>	<b>128.276.234,87</b>
Total destinado atenciones (sin inversión)	109.003.831,87
Total mínimo + acordado (obligatorio Ley)	98.626.384,87

Fuente: elaboración propia a partir de los datos del SISAAD del IMSERSO y de lo anteriormente señalado.

No se incluyen en la tabla anterior en el gasto total para la AGE los devengos del Ministerio (IMSERSO) a la Tesorería General de la Seguridad Social con motivo del convenio especial de cuidadores. El importe aproximado para 2009 ascendió a **5.227.764,11 €<sup>40</sup>**.

Detraídas las inversiones del montante total (14.772.230 € + 4.500.173 €) la aportación de la AGE destinada a sufragar los gastos del sistema ascendería a **109.003.831 €**. Los aportes financieros de la AGE para el mínimo y el acordado

<sup>40</sup> El cálculo realizado para llegar a esta cantidad viene detallado más adelante en el cálculo de costes de la Prestación Económica por Cuidados en el Entorno Familiar (PECEF).

ascienden a **98.626.384,87 €**, a los que hay que sumar un gasto de **34.877.614,11 €** por otros conceptos directamente relacionados con la LAAD.

Hay que destacar que la aportación de la AGE por esta última vía no es consolidable y tiene un carácter plurianual, es decir, no es imputable todo el gasto a un único año.

## 4.4 El coste de los servicios y prestaciones en Castilla y León para el año 2009

Para valorar debidamente las estimaciones de coste de atención a las personas dependientes en Castilla y León hay que realizar algunas consideraciones previas:

- Los datos publicados por el IMSERSO, procedentes de las propias CCAA y coincidentes con los que aporta la Gerencia de Servicios Sociales cada mes en su página Web oficial, no posibilitan análisis longitudinales que nos muestre la retroactividad efectiva de los derechos devengados por las personas dependientes. Esto afectará a la exactitud de los datos que vienen a continuación.
- Los costes promedio de las prestaciones económicas son relativamente calculables, ya que las cuantías están establecidas en función de grados y niveles. No obstante, del ingreso de las prestaciones a los beneficiarios se detrae una cantidad (más que un “copago” es un descuento) que depende de variables como la renta individual, el patrimonio o la edad. Lo mismo ocurre con los servicios entregados, ya que los costes residenciales, de centro de día, de ayuda a domicilio o de teleasistencia, varían en función de la situación de la persona, de la intensidad de la atención y de la titularidad del servicio/plaza. Esto obliga a realizar estimaciones en función de parámetros de renta, patrimonio y edad.

### 4.4.1 Servicios y prestaciones entregados en 2009

Los datos acumulados para Castilla y León arrojan este balance a 1 de enero de 2010 los resultados que se recogen en la siguiente tabla.

**Tabla nº 65. Datos acumulados sobre LAAD. Castilla y León, enero de 2010**

Solicitantes hasta 1 de enero de 2010	60.934
Dictámenes de grado y nivel	54.772
Pendientes dictamen valoración	6.162
Solicitantes con derecho a prestación	42.026
Pendientes PIA (determinado servicio o prestación)	6.141
PIAs (personas atendidas)	35.885

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos SISAAD - IMSERSO.

Las solicitudes registradas en Castilla y León a lo largo del año 2009, ascienden a 60.934, en una población total de 2.563.521 lo que supone el 2,38 % de la población. Comparando este porcentaje con otras comunidades autónomas, observamos que se sitúa después de Andalucía con el 4,05%, Aragón con el 2,96%, Asturias con el 2,62%, Cantabria con el 3,01%, Castilla-La Mancha con el 3,12%, Extremadura con el 2,91%, Navarra con el 2,94 o el País Vasco con el 3,54%<sup>41</sup> tal como se indica en la siguiente tabla.

**Solicitudes en relación a la población de las CCAA.  
Situación a 1 de enero de 2010**

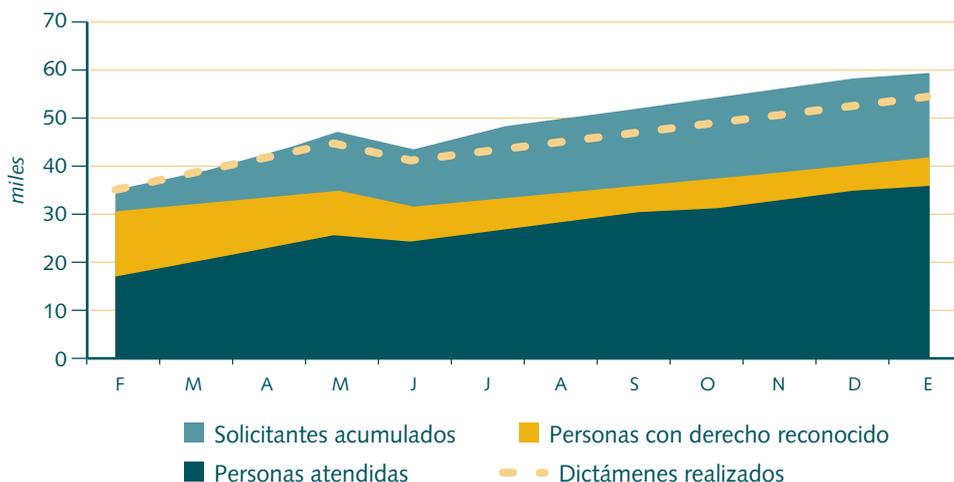
Ámbito territorial	Población CCAA		Solicitudes Registradas	
	N	%	N	% población
Andalucía	8.302.923	17,76	336.246	4,05
Aragón	1.345.473	2,88	39.837	2,96
Asturias (Principado de)	1.085.289	2,32	28.407	2,62
Balears (Illes)	1.095.426	2,34	19.416	1,77
Canarias	2.103.992	4,5	25.056	1,19
Cantabria	589.235	1,26	17.765	3,01
<b>Castilla y León</b>	<b>2.563.521</b>	<b>5,48</b>	<b>60.934</b>	<b>2,38</b>
Castilla-La Mancha	2.081.313	4,45	64.986	3,12
Cataluña	7.475.420	15,99	175.530	2,35
Comunidad Valenciana	5.094.675	10,90	88.339	1,73
Extremadura	1.102.410	2,36	32.068	2,91
Galicia	2.796.089	5,98	62.329	2,23
Madrid (Comunidad de)	6.386.932	13,66	61.000	0,96
Murcia (Región de)	1.446.520	3,09	20.313	1,40
Navarra (Comunidad Foral de)	630.578	1,35	18.541	2,94
País Vasco	2.172.175	4,65	76.880	3,54
Rioja (La)	321.702	0,69	10.872	2,03
Ceuta y Melilla	152.134	0,33	3.089	2,03
<b>Total</b>	<b>46.745.807</b>	<b>100,00</b>	<b>1.141.608</b>	<b>2,44</b>

La cuestión es determinar los costes de atención 2009, teniendo en cuenta que en enero de 2009 las personas dependientes receptoras de servicios o prestaciones en

<sup>41</sup> Estos datos pueden consultarse en IMSERSO, Informe Anual del Imsero 2009, publicado en julio del 2010, p. 70.

la Comunidad, siempre según los datos disponibles del SISAAD-IMSERSO, eran **16.468**, es decir, **a lo largo de 2009 se incorporaron 19.417 personas**, llegando al 1 de enero de 2010 a 35.885. Esta alta variación, para una mayor fiabilidad de resultados, nos obliga a realizar los cálculos de coste mensualmente.

**Gráfico 19. Evolución de solicitudes, dictámenes y PIAS durante 2009 en Castilla y León**



**Fuente:** *Evolución Gráfica de la gestión del SAAD por CCAA*, Documento elaborado por la Asociación Estatal de Directoras y Gerentes de Servicios Sociales (enero de 2010), accesible en [www.imsersomayores.csic.es](http://www.imsersomayores.csic.es).

En el gráfico se observa que la franja azul (PIA), así como el resto de valores, tienen una *quiebra* en junio de 2009 debido a la depuración de datos en el sistema que se produjo en esas fechas. Además se observa la tendencia de aceleración de los PIA respecto a las personas con derecho reconocido, que se estabiliza en septiembre de 2009.

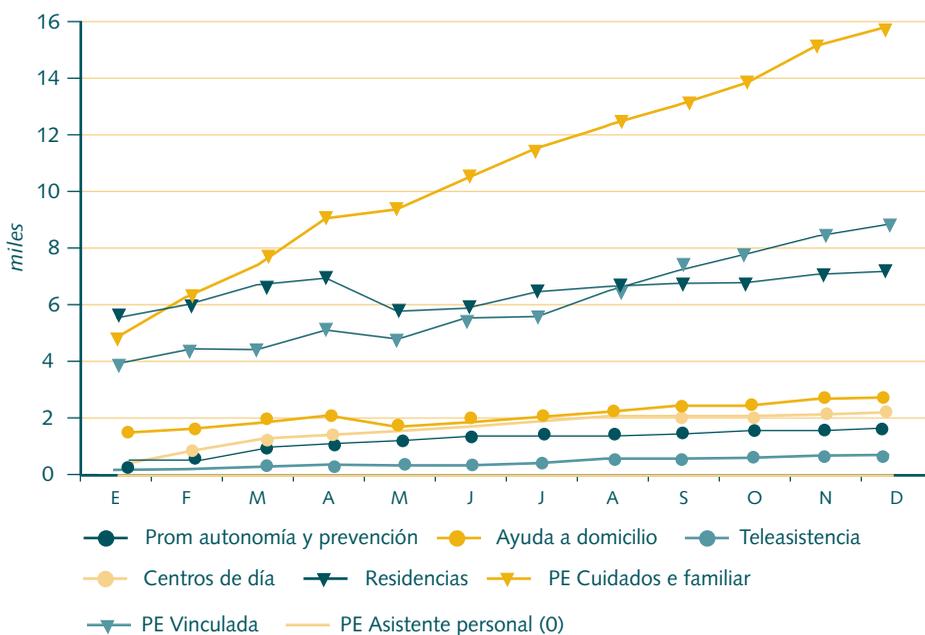
**Tabla nº 66. Contenido y la evolución de las prestaciones y servicios entregados, 2009**

<b>CyL 2009</b>	<b>Promoción autonomía y prevención</b>	<b>Teleasistencia</b>	<b>Ayuda a domicilio</b>	<b>Centro de día</b>	<b>Residencia vinculada Ser</b>	<b>PE</b>	<b>PE CEF</b>	<b>PE AP</b>	<b>Total</b>
Enero	249	165	1.397	172	5.592	4.046	4.816	31	<b>16.468</b>
Febrero	273	217	1.599	631	6.082	4.440	6.325	31	<b>19.598</b>
Marzo	792	243	1.797	1.168	6.775	4.495	7.503	31	<b>22.804</b>
Abril	1.022	337	2.057	1.426	7.026	5.113	9.123	31	<b>26.135</b>
Mayo	1.192	295	1.704	1.575	5.887	4.951	9.491	27	<b>25.122</b>
Junio	1.380	363	1.844	1.763	5.970	5.619	10.565	27	<b>27.531</b>
Julio	1.579	431	2.011	2.004	6.556	5.597	11.657	27	<b>29.862</b>
Agosto	1.619	505	2.153	2.068	6.678	6.427	12.460	27	<b>31.937</b>
Septiembre	1.622	555	2.271	2.083	6.824	7.230	13.162	27	<b>33.774</b>
Octubre	1.647	608	2.379	2.117	6.895	7.882	13.956	27	<b>35.511</b>
Noviembre	1.718	696	2.560	2.201	7.186	8.456	15.314	26	<b>38.157</b>
Diciembre	1.780	731	2.620	2.265	7.285	8.943	15.951	34	<b>39.609</b>
<b>%</b>	<b>4,5</b>	<b>1,8</b>	<b>6,6</b>	<b>5,7</b>	<b>18,4</b>	<b>22,6</b>	<b>40,3</b>	<b>0,1</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos oficiales SISAAD-IMERSO, Servicio de Estadísticas de la Subdirección General Adjunta de Valoración, Calidad y Evaluación.

Se observa la mayor **prevalencia de las prestaciones económicas por cuidados en el entorno (40,3%)** y **de la prestación vinculada (22,6%)**. Sigue en importancia como servicio entregado el de **residencias con un 18,4%**. Estas tres atenciones (PECEF, PEVS y residencia) suman el 80% de los servicios y prestaciones entregado a las personas dependientes. La prestación económica para asistente personal (PEAP), con el 0,1%, es la menor de las prestaciones y, a cierta distancia pero también baja, aparece la teleasistencia con el 1,8%. Las tendencias (evolución) en lo referido a los diferentes tipos de atención entregados se pueden observar gráficamente.

**Gráfico nº 20. Evolución de prestaciones y servicios en Castilla y León, 2009**



**Fuente:** Elaboración propia a partir de datos IMSERSO-SAAD para Castilla y León. Datos absolutos acumulados 2009.

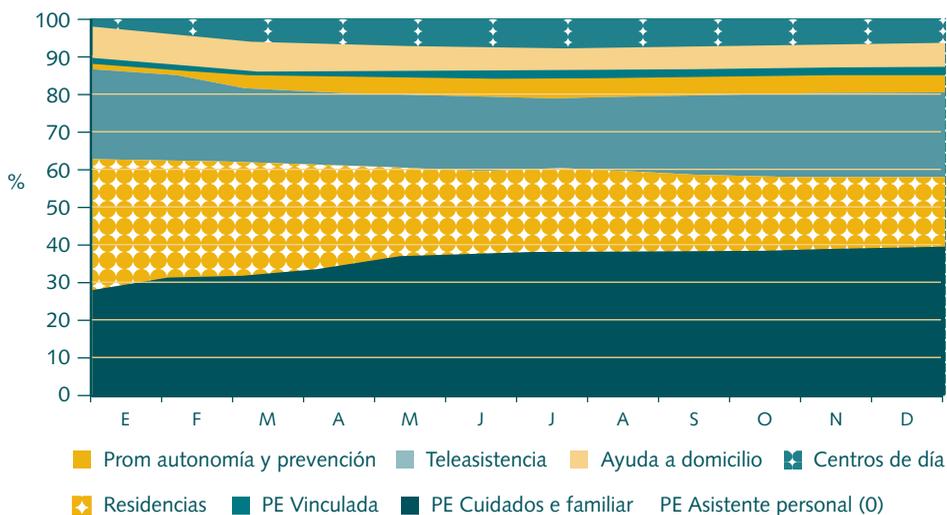
A principios del año 2009 las Prestaciones Económicas por Cuidados en el Entorno Familiar (en adelante PECEF) superaron al número de personas en residencia. Esto ocurrirá con la Prestación Económica Vinculada al Servicio (PEVS) con respecto a las residencias en septiembre de 2009, y todo indica que estas tendencias serán irreversibles.

Todos los servicios y prestaciones que no sean residencia, PEVS o PECEF, parecen estar en un segundo plano (suponen el 20% del total) y, si bien crecen, lo hacen a

un ritmo muy lento. Lógicamente las **repercusiones económicas** de este fenómeno serán muy reseñables.

Si analizamos la entrega de prestaciones y servicios 2009 según los incrementos porcentuales, la gráfica se vuelve aún más significativa:

**Gráfico nº 21. Evolución porcentual entrega de prestaciones en Castilla y León, 2009**



**Fuente:** Elaboración propia a partir de datos IMSERSO-SAAD para Castilla y León. Datos relativos acumulados 2009.

La tendencia refleja que durante todo 2009 asistimos a un **importante incremento de entrega de PECEF** en detrimento de la atención residencial, que disminuye en la misma medida. A partir de mediados de 2009 se estabiliza el porcentaje de entrega de ayuda a domicilio y centros de día. **La PEVS crece ligeramente.**

Independientemente de otros análisis que haya que realizar (por ejemplo saturación de la capacidad de ofertar servicios o disminución de retornos económicos por escasa generación de empleo en el sector), lo que parece evidente es que **el sistema se está "abaratando"** paulatinamente, ya que tanto las PECEF como las PEVS suponen unos costes más cerrados y con financiación suficiente.

Podemos observar, los servicios y prestaciones tal como aparecen en el *Informe del IMSERSO 2009* en las respectivas Comunidades Autónomas.

## Personas beneficiarias y prestaciones. Situación a 1 de enero de 2010

Ámbito Territorial	Personas beneficiarias con prestaciones		Prestaciones										Ratio prestaciones por persona beneficiaria							
	N.º	%	Prevención dependencia y promoción	A. personal Teleasistencia	Ayuda a domicilio	Centros de Día/Noche	Atención residencial	P.E. vinculada servicio	P.E. cuidados familiares	P.E. Asistencia personal	Total	N.º	%	N.º	%					
Andalucía	144.716	5	0,00	42.153	22,26	32.149	16,98	8.029	4,24	15.718	8,30	3.348	1,77	87.901	46,43	32	0,02	189.335	100,00	1,31
Aragón	19.765	0	0,00	0	0,00	0	0,00	646	3,26	2.378	12,00	3.852	19,43	12.947	65,31	0	0,00	19.823	100,00	1,00
Asturias (Princ. de)	10.725	0	0,00	164	1,46	1.033	9,21	883	7,88	2.800	24,98	982	8,76	5.348	47,71	0	0,00	11.210	100,00	1,05
Balears (Illes)	5.524	0	0,00	0	0,00	0	0,00	352	6,21	1.267	22,37	245	4,33	3.787	66,86	13	0,23	5.664	100,00	1,03
Canarias	6.157	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1.085	17,62	1.725	28,02	54	0,88	3.293	53,48	0	0,00	6.157	100,00	1,00
Cantabria	10.566	0	0,00	11	0,10	491	4,64	913	8,64	2.515	23,79	0	0,00	6.643	62,83	0	0,00	10.573	100,00	1,00
<b>CyL</b>	<b>35.885</b>	<b>1.780</b>	<b>4,49</b>	<b>731</b>	<b>1,85</b>	<b>2.620</b>	<b>6,61</b>	<b>2.265</b>	<b>5,72</b>	<b>7.285</b>	<b>18,39</b>	<b>8.943</b>	<b>22,58</b>	<b>5.951</b>	<b>40,27</b>	<b>34</b>	<b>0,09</b>	<b>39.609</b>	<b>100,00</b>	<b>1,10</b>
Castilla-La Mancha	25.329	59	0,19	2.179	7,16	3.147	10,34	713	2,34	6.292	20,66	1.314	4,32	16.737	54,97	8	0,03	30.449	100,00	1,20
Catalunya	69.962	0	0,00	5	0,01	7.299	9,25	2.008	2,55	13.257	16,81	9.847	12,48	46.446	58,88	18	0,02	78.880	100,00	1,13
Comunitat Valenciana	25.926	1	0,00	0	0,00	0	0,00	500	1,93	9.805	37,82	1.665	6,42	13.955	53,83	0	0,00	25.926	100,00	1,00
Extremadura	12.776	574	4,07	349	2,47	1.057	7,50	323	2,29	3.121	22,13	2.854	20,24	5.824	41,30	0	0,00	14.102	100,00	1,10
Galicia	29.715	36	0,12	126	0,41	4.707	15,42	1.385	4,54	4.798	15,72	1.497	4,90	17.952	58,80	29	0,09	30.530	100,00	1,03
Madrid (C. de)	26.287	0	0,00	436	1,62	1.026	3,81	3.975	14,78	16.117	59,91	178	0,66	5.150	19,14	18	0,07	26.900	100,00	1,02
Murcia (Región de)	13.523	0	0,00	1.118	7,52	0	0,00	35	0,24	960	6,45	570	3,83	12.190	81,96	0	0,00	14.873	100,00	1,10
Navarra (C. Foral de)	8.260	0	0,00	136	1,58	2	0,02	171	1,99	1.020	11,87	1.529	17,79	5.734	66,73	1	0,01	8.593	100,00	1,04
País Vasco	33.376	0	0,00	3.680	9,52	4.607	11,91	4.592	11,87	8.753	22,63	699	1,81	15.809	40,88	532	1,38	38.672	100,00	1,16
Rioja (La)	5.670	409	5,00	324	4,35	1.378	18,52	575	7,73	992	13,33	457	6,14	3.307	44,44	0	0,00	7.442	100,00	1,31
Ceuta y Melilla	1.364	154	9,55	68	5,22	60	3,72	29	1,80	138	8,56	124	7,69	1.039	64,45	0	0,00	1.612	100,00	1,18
<b>Total</b>	<b>485.526</b>	<b>3.018</b>	<b>0,54</b>	<b>51.480</b>	<b>9,19</b>	<b>59.576</b>	<b>10,63</b>	<b>28.479</b>	<b>5,08</b>	<b>98.941</b>	<b>17,66</b>	<b>38.158</b>	<b>6,81</b>	<b>280.013</b>	<b>49,97</b>	<b>685</b>	<b>0,12</b>	<b>560.350</b>	<b>100,00</b>	<b>1,15</b>

Fuente: Informe Imerso 2009, p. 72. Observamos que en los datos correspondientes a las prestaciones correspondientes a prestación económica por cuidados en el entorno familiar, en Castilla y León aparece 5.951 en vez de 15.951.

Trataremos a continuación de ir desgranando los costes que se han generado por la entrega de las diferentes prestaciones y servicios en 2009 para Castilla y León.

#### 4.4.2 El coste de la Telesistencia en 2009

Éste es uno de los servicios que las EELL desarrollan, por lo que hay que suponer, como venimos afirmando que, sobre el coste total de los mismos, existirá una parte soportada por éstas.

Realizaremos un cálculo de coste/mes basándonos en un arco para las prestadoras del servicio (Ayuntamientos de más de 20.000 habitantes y Diputaciones Provinciales) que oscila entre los 20,85 € y los 24,00 € mensuales. El coste medio por persona y mes se situaría por lo tanto en 22,43 €.

**Tabla nº 67. Coste mensual y total de telesistencia en Castilla y León, 2009<sup>42</sup>**

Nº coste mes	Nº telesistencias	coste/mes (22,43 €)
Enero	165	3.700,95
Febrero	217	4.867,31
Marzo	243	5.450,49
Abril	337	7.558,91
Mayo	295	6.616,85
Junio	363	8.142,09
Julio	431	9.667,33
Agosto	505	11.327,15
Septiembre	555	12.448,65
Octubre	608	13.637,44
Noviembre	696	15.611,28
Diciembre	731	16.396,33
<b>Total Telesistencia</b>		<b>115.424,78</b>

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos SISAAD-IMSERSO.

<sup>42</sup> En la Comparecencia CAC 0201, de 7 de mayo de 2010, del Consejero de Familia e Igualdad de Oportunidades de la Junta de Castilla y León en la Comisión de Familia e Igualdad de Oportunidades para “Analizar el informe balance de la Ley de Dependencia en Castilla y León 2007-2009” con datos de 1 de abril de 2009 indica que el coste medio correspondiente a telesistencia es de 30 €/mes y un coste total de 300.000 €.

### 4.4.3 El coste de la Ayuda a Domicilio en 2009

Para hacer el cálculo de coste de la ayuda a domicilio hemos considerado los costes determinados por el estudio de Deloitte (2008), que establece un precio hora (licitación) aproximado de 15,03 €. Es evidente que algunas EELL de Castilla y León superaban este precio, derivados entre otros motivos, de la dispersión de la población.

La hipótesis de cálculo para la estimación del coste de ayuda a domicilio en el año 2009 en Castilla y León en el marco del SAAD es de una media de coste persona/mes de 1005,51 € promedio obtenido teniendo en cuenta que el porcentaje de usuarios según datos del IMSERSO, facilitados por la Gerencia de Servicios Sociales de Castilla y León es:

Grado III nivel 2:	Grado III nivel 1:	Grado II nivel 2:	Grado II nivel 1:
28%	34%	18%	20%

Para hallar la estimación del coste de la ayuda a domicilio consideramos un número de horas de 90 y 70 horas para el Grado III, niveles 2 y 1, respectivamente, y 55 y 40 horas para el Grado II, niveles 2 y 1, respectivamente.

Con estos datos resulta un coste mes de 1.005,51 euros y los resultados que figuran en la tabla nº 68.

**Tabla nº 68. Coste de la Ayuda a Domicilio en Castilla y León, 2009**

CyL 2009	N.º Ayudas a domicilio	Coste / mes € (1.005,51 €)
Enero	1.397	1.404.697,47
Febrero	1.599	1.607.810,49
Marzo	1.797	1.806.901,47
Abril	2.057	2.068.334,07
Mayo	1.704	1.713.389,04
Junio	1.844	1.854.160,44
Julio	2.011	2.022.080,61
Agosto	2.153	2.164.863,03
Septiembre	2.271	2.283.513,21
Octubre	2.379	2.392.108,29
Noviembre	2.560	2.574.105,60
Diciembre	2.620	2.634.436,20
<b>Total Ayuda a Domicilio</b>		<b>24.526.399,92</b>

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos oficiales SISAAD-IMSERSO, Servicio de Estadísticas de la Subdirección General Adjunta de Valoración, Calidad y Evaluación.

#### 4.4.4 El coste de los Centros de Día/Noche en 2009

Las empresas del sector estiman el coste medio mensual en 700,00 € por persona. Los cálculos de la propia Gerencia de Servicios Sociales<sup>43</sup> indican una cifra algo inferior, equivalente a 681,58 €.

En los datos que para la elaboración de este informe la Gerencia de Servicios Sociales nos indica que la distribución de los beneficiarios de centro de día a 31 de diciembre de 2009 según la tipología del centro es la siguiente:

<b>Personas mayores</b>	23,30%
<b>Personas con discapacidad</b>	76,70%
<b>Total</b>	100,00%

La misma Gerencia nos indica que este servicio el coste por persona mayor al mes asciende a 693,61 € y el coste para persona con discapacidad a 921,95 €.

**Tabla nº 69. Coste de los Centros de Día/Noche en Castilla y León, 2009**

CyL 2009	Centros de Día (n.º atendidos)	Personas mayores (23,30%)	Discapacidad (76,70%)	Coste / mes (pers. mayores 693,61€)	Coste / mes (pers. Discap. 921,95€)	Coste total
Enero	172	40	132	27.797,11	121.627,33	149.424,45
Febrero	631	147	484	101.976,62	446.202,60	548.179,22
Marzo	1.168	272	896	188.761,80	825.934,44	1.014.696,24
Abril	1.426	332	1.094	230.457,47	1.008.375,44	1.238.832,91
Mayo	1.575	367	1.208	254.537,53	1.113.738,65	1.368.276,18
Junio	1.763	411	1.352	284.920,42	1.246.680,15	1.531.600,57
Julio	2.004	467	1.537	323.868,70	1.417.099,84	1.740.968,55
Agosto	2.068	482	1.586	334.211,82	1.462.356,52	1.796.568,34
Septiembre	2.083	485	1.598	336.635,98	1.472.963,56	1.809.599,54
Octubre	2.117	493	1.624	342.130,76	1.497.006,17	1.839.136,93
Noviembre	2.201	513	1.688	355.706,10	1.556.405,57	1.912.111,66
Diciembre	2.265	528	1.737	366.049,21	1.601.662,25	1.967.711,46
<b>Total Centros de Día/Noche</b>						<b>16.917.106,05</b>

**Fuente:** Elaboración propia a partir de los datos facilitados por la Gerencia de Servicios Sociales de Castilla y León.

<sup>43</sup> Informe Balance Ley de Dependencia en Castilla y León 2007-2009. Gerencia de Servicios Sociales (mayo 2009). Accesible en [www.jcyl.es](http://www.jcyl.es).

#### 4.4.5 La atención residencial en Castilla y León en 2009

El establecimiento de promedios de coste mensual por atención en residencia de cada persona atendida es complicado, por lo que procederemos por aproximaciones. Las empresas del sector cifran este coste medio en torno a 1.700,00 € (media española). No obstante la Gerencia de Servicios Sociales (informe-balance, cit., 2009) aporta unos promedios de coste cercanos a los 2.800,00 € mensuales. Es evidente que la forma de gestión (intensidad) y la titularidad de la atención residencial (pública o privada concertada) afectan sensiblemente a los costes para la Administración y para los usuarios.

Una opción de cálculo podría basarse en los precios de concertación de plazas para el periodo estudiado y que fueron actualizados mediante la Resolución de 15 de diciembre de 2008, de la Gerencia de Servicios Sociales de Castilla y León, por la que se establece el coste máximo por día de plaza ocupada, relativo a la acción concertada en materia de reserva y ocupación de plazas en Centros de Servicios Sociales. En dicha resolución se establecen los precios de concertación distinguiendo la intensidad de la tipología de plaza, la modalidad de usuario y la cobertura de la atención.

**Tabla nº 70. Concertación residencial. Precios tipo de plaza - usuario - atención**

Sector	Subsector	Tipología plaza	Precio €/día	Precio €/mes	
<b>Personas mayores</b>	Gran dependiente	Asistida	49,15	1.494,98	
	Dependiente		43,00	1.307,92	
<b>Personas con discapacidad</b>	Discapacidad Intelectual	Dep. gravemente afectados (apoyo permanente)	58,71 (promedio)	1.785,76	
		Moderados/leves (apoyo reducido)	29,88	908,85	
	Discapacidad Física	Alteración de Conducta	110,96	3.375,03	
		Dep. gravemente afectado	57,30	1.742,87	
		Autismo	Asistida L-V	54,92	1.670,48
		Enfermedad mental	Asistida 365 días	64,00	1.946,67

Fuente: Elaboración propia a partir de los precios de concertación que rigieron en 2009. BOCyL nº 246, de 22 de diciembre de 2008. Resolución de 15 de diciembre de 2008 de la Gerencia de Servicios Sociales.

Estas plazas atendidas desde centros de los que es titular la Administración tienen unos costes estimados mucho más elevados, como podemos observar en la siguiente tabla.

**Tabla nº 71. Precios tipo de plaza-usuario- atención, en centros de la Administración**

Sector	Titular	Precio €/día	Precio €/mes
Personas mayores	Comunidad Autónoma y EELL	102,00	3.100,00
Personas con discapacidad	Comunidad Autónoma	130,50	3.970,00

Fuente: Elaboración propia a partir de análisis de presupuestos de centros públicas y número de plazas.

Para la obtención de las cifras que presentamos a continuación partimos de los siguientes datos proporcionados por la Gerencia de Servicios Sociales de la Junta de Castilla y León:

1. La proporción de personas mayores dependientes es del 67% frente al 33% que se corresponde con las personas con discapacidad dependientes.
2. Los costes de la plaza de corporaciones locales es semejante a la de la administración autonómica, tanto en el caso de personas mayores como en el caso de personas con discapacidad.
3. La proporción con las que se distribuye el número de beneficiarios en función de la titularidad del centro corresponde a:

Residencias en Castilla y León	%
Mayores concertadas	35
Mayores CA y CCLL	32
Discapacidad concertadas	14
Discapacidad CA y CCLL	19
<b>Total</b>	<b>100</b>

Para aproximarnos al coste promedio de la atención residencial de las personas dependientes en Castilla y León, debemos entonces establecer una distribución por tipología y centro para las 7.285 personas dependientes que reciben este servicio a 1 de enero de 2010. Desde los datos indicados anteriormente por la Gerencia de Servicios Sociales, la estimación de costes promedio día y promedio mes nos arrojaría unos resultados que indicamos en la siguiente tabla.

**Tabla nº 72. Simulación de distribución y coste de personas dependientes en residencia, Castilla y León, diciembre de 2009**

Personas dependientes en residencias en Castilla y León		Coste € día promedio	Coste € mes promedio
7.285 personas dependientes en residencia a 1 de enero de 2010 (100%)	2.331 personas mayores dependientes en residencias públicas (32% del total)	237.762,00 (102,00 €/día)	7.132.860
	4.881 personas mayores dependientes (67%)		
	2.550 personas mayores dependientes en residencias privadas concertadas (35% del total)	117.505,00 (46,08 €/día)	3.525.150
	1.384 personas dependientes con discapacidad en centros públicos (19% del total)	152.586,00 (110,25 €/día)	4.577.580
	2.404 personas con discapacidad dependientes (33%)		
	1.020 personas dependientes con discapacidad en centros privados (14% del total)	59.914,80 (58,74 €/día)	1.797.444
Total gasto público atención residencial mes diciembre 2009 en Castilla y León			17.033.034

Así, el gasto medio mensual por persona dependiente en residencia para 2009 se estima en **2.338 €** (referencia tabla nº 72).

Atendiendo a la evolución del número de personas dictaminadas como dependientes (III y II) en ámbito residencial durante el periodo analizado, **el coste de la atención residencial para 2009 en Castilla y León** puede verse en la siguiente tabla.

Tabla nº 73. Coste de la atención residencia en Castilla y León, 2009<sup>44</sup>

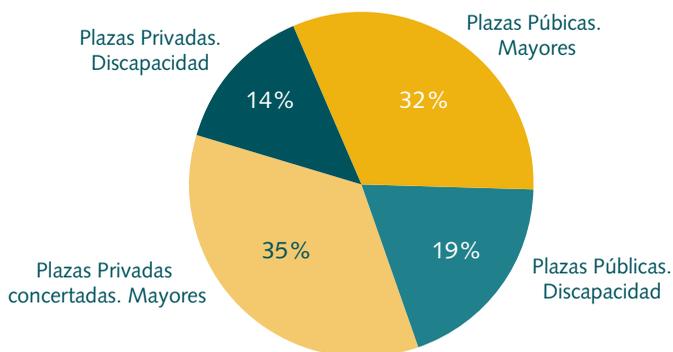
CyL 2009	PIA Residencia	Coste / mes (2.338 €)
Enero	5.092	13.074.096,00
Febrero	6.082	14.219.716,00
Marzo	6.775	15.839.950,00
Abril	7.026	16.426.788,00
Mayo	5.887	13.763.806,00
Junio	5.970	13.957.860,00
Julio	6.556	15.327.928,00
Agosto	6.678	15.613.164,00
Septiembre	6.824	15.954.512,00
Octubre	6.895	16.120.510,00
Noviembre	7.186	16.800.868,00
Diciembre	7.285	17.032.330,00
<b>Total residencias</b>		<b>184.131.528,00</b>

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos oficiales SISAAD-IMSERSO, Servicio de Estadísticas de la Subdirección General Adjunta de Valoración, Calidad y Evaluación y de la ponderación de intensidades, precios de concierto y titularidad de las plazas.

Este dato de coste se basa en la hipótesis de distribución de plazas de residencia que efectuábamos más arriba y que gráficamente ofrece este aspecto:

<sup>44</sup> En la Comparecencia CAC 0201, de 7 de mayo de 2010, del Consejero de Familia e Igualdad de Oportunidades de la Junta de Castilla y León en la Comisión de Familia e Igualdad de Oportunidades para "Analizar el informe balance de la Ley de Dependencia en Castilla y León 2007-2009" con datos de 1 de abril de 2009 indica que el coste medio correspondiente al servicio de atención residencial de 7.586 personas es de 2.666,88 €, determina un coste total de 242,7 M€.

## Gráfico nº 22. Distribución de plazas de residencia



Fuente: Elaboración propia.

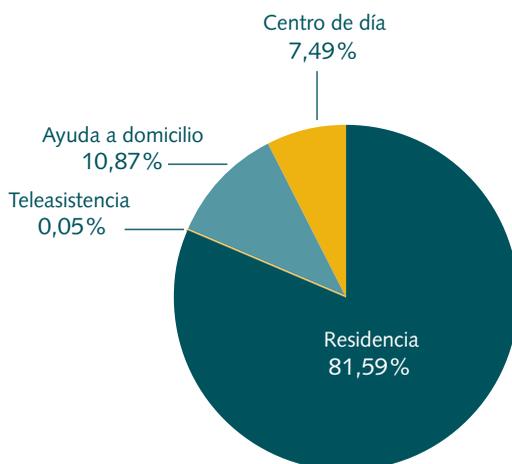
Visto lo anterior, los costes de atención afectados a la entrega de servicios (teleasistencia, ayuda a domicilio, centro de día y residencia) destinados a personas en situación de dependencia en Castilla y León durante 2009 supusieron un montante global estimado de **225.690.458,75 €**.

### Cuadro Resumen

Servicios	Coste en €
Teleasistencia	115.424,78
Ayuda a Domicilio	24.526.399,92
Centro de Día	16.917.106,05
Residencia	184.131.528,00
<b>Total</b>	<b>225.690.458,75</b>

En cuanto a la distribución de los costes, destaca el 81,59% de esta cantidad que se destinó a residencias, para la atención de 7.285 personas; mientras que el 10,87% restante se destinó a ayuda a domicilio, el 7,49 de destina a centro de día y por último el 0,05% a teleasistencia. Estos servicios suman un total de 5.616 para unas 4.900 personas, ya que algunas de éstas pueden estar percibiendo más de un servicio.

**Gráfico nº 23. Distribución coste servicios entregados, 2009**



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de las tablas anteriores.

En el proceso de implantación de la LAAD no se puede descuidar, además de la cantidad, la calidad en los cuidados de larga duración. Estamos aún lejos de poder conocer tales exigencias, dada la dificultad de informaciones necesarias. Para conocer los resultados de calidad, además de disponibilidad y asequibilidad, hemos de contar con los datos necesarios, tal como nos indica Pacolet, sobre:

- *Número de plazas disponibles.*
- *Número de plazas disponibles en habitaciones individuales.*
- *Metros cuadrados por habitación.*
- *Número de trabajadores por cama.*
- *Nivel de cualificación de los empleados.*
- *Salario y condiciones de trabajo del personal contratado.*
- *Copago que deben abonar las personas mayores (2009: 83).*

#### 4.4.6 Las prestaciones económicas en 2009

A fecha 1 de enero de 2010, un total de **26.230 personas recibían en Castilla y León una prestación económica**, en ocasiones condicionada a la adquisición de un servicio (generalmente residencial), en una amplia proporción condicionada a la recepción de cuidados en el entorno familiar y en muy pocos casos para costear un/a asistente personal.

Las cuantías a percibir en 2009 se determinan teniendo en cuenta lo establecido en el Real Decreto 73/2009, de 30 de enero, sobre las prestaciones económicas de la LAAD para el ejercicio 2009, y que se recogen en la siguiente tabla.

**Tabla nº 74. Las cuantías máximas de las prestaciones económicas que se aprobaron para 2009**

Grados y niveles	Prestación económica vinculada al servicio (PEVS) Euros mensuales	Prestación económica para cuidados en el entorno familiar (PECEF) Euros mensuales		Prestación económica de asistencia personal (PEAP) Euros mensuales
	Cuantía	Cuantía	Cuota SS+FP	Cuantía
Grado III Nivel 2	<b>831,47</b>	519,13	160,13 €	831,47
Grado III Nivel 1	<b>623,60</b>	415,73	(158,67 €)	623,60
Grado II Nivel 2	<b>460,80</b>	336,24	+ 1,46 €)	-
Grado II Nivel 1	<b>400,00</b>	300,00		-

Fuente: Real Decreto 73/2009, de 30 de enero, sobre prestaciones económicas en la LAAD para el ejercicio 2009.

Procede en este caso realizar otra estimación vista la variabilidad de la prestación entre los Grado III-nivel 2 (más de 800,00 €) y los Grado II-nivel 1 (400,00 €), para las PEVS aplicando el porcentaje de casos a cada una de las cuantías por grado y nivel, con lo que contamos con una distribución aproximada por grado y nivel como sigue, a partir de los datos de las tablas ya vistas nº 58 y 74.

**Tabla nº 75. Porcentaje de dictámenes (grado y nivel) para Castilla y León**

Grado y nivel	N.º	%	Pond. PEVS €	Pond. PECEF €	Pond. PEAP€
III-2	13.493	32,1	266,90	166,64	404,93
III-1	14.228	33,8	210,78	140,52	319,91
II-2	7.217	17,2	79,26	57,83	-
II-1	7.088	16,9	67,60	50,70	-
<b>Totales medias económicas ponderadas</b>			<b>624,54</b>	<b>415,69</b>	<b>724,84</b>

Fuente: Elaboración propia.

Una vez realizada esta operación podremos estimar el máximo a aportar por prestaciones económicas en la Comunidad de Castilla y León para 2009<sup>45</sup>, de cuya cantidad habrá que deducir la aportación del usuario o la reducción de la percepción según nivel y capacidad económica de éste.

#### 4.4.6.1 COSTE DE LA PRESTACIÓN ECONÓMICA VINCULADA AL SERVICIO (PEVS)

El coste medio ponderado de esta prestación asciende a 624,54 €/mes por usuario (referencia Tabla nº 75). A partir de la cantidad máxima resultante tenemos que restar el 50 % aproximado que aporta el usuario según la información facilitada por la Gerencia de Servicios Sociales de la Junta de Castilla y León.

**Tabla nº 76. Importe de la PEVS en 2009 en Castilla y León a partir de datos estimados**

CyL 2009	Nº PEVS	Coste máx./promedio mes 624,54 €
Enero	4.046	2.526.888,84
Febrero	4.440	2.772.957,60
Marzo	4.495	2.807.307,30
Abril	5.113	3.193.273,02
Mayo	4.951	3.092.097,54
Junio	5.619	3.509.290,26
Julio	5.597	3.495.550,38
Agosto	6.427	4.013.918,58
Septiembre	7.230	4.515.424,20
Octubre	7.882	4.922.624,28
Noviembre	8.456	5.281.110,24
Diciembre	8.943	5.585.261,22
<b>Total PEVS</b>		<b>45.715.703,46</b>

Fuente: Elaboración propia.

<sup>45</sup> En la Comparecencia CAC 0201, de 7 de mayo de 2010, del Consejero de Familia e Igualdad de Oportunidades de la Junta de Castilla y León en la Comisión de Familia e Igualdad de Oportunidades para "Analizar el informe balance de la Ley de Dependencia en Castilla y León 2007-2009" con datos de 1 de abril de 2009 indica que el coste medio correspondiente a las 10.187 personas con un coste medio de 1.154,96 € al mes supone un total de 141,2 M€.

#### 4.4.6.2 COSTE DE LA PRESTACIÓN ECONÓMICA POR CUIDADOS EN EL ENTORNO FAMILIAR (PECEF)<sup>46</sup>

Para acercarnos con la mayor precisión posible al coste económico de la PECEF, hemos calculado una media estimada de 415,69 € /mes (referencia tabla nº 75). Con ello obtendremos el importe máximo del que habrá que deducir el descuento correspondiente a la capacidad económica de los usuarios que veremos más adelante.

**Tabla nº 77. Importe de la PECEF en 2009 en Castilla y León a partir de datos estimados**

CyL 2009	Nº PECEF	Coste máx./promedio mes 415,69 €
Enero	4.816	2.001.963,04
Febrero	6.325	2.629.239,25
Marzo	7.503	3.118.922,07
Abril	9.123	3.792.339,87
Mayo	9.491	3.945.313,79
Junio	10.565	4.391.764,85
Julio	11.657	4.845.698,33
Agosto	12.460	5.179.497,40
Septiembre	13.162	5.471.311,78
Octubre	13.956	5.801.369,64
Noviembre	15.314	6.365.876,66
Diciembre	15.951	6.630.671,19
<b>Total PECEF</b>		<b>54.173.967,87</b>

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del SISAAD-IMRSERO, Servicio de Estadísticas de la Subdirección General Adjunta de Valoración, Calidad y Evaluación.

La evolución de altas en la Seguridad Social según los datos oficiales del IMRSERO se recoge en la siguiente tabla.

<sup>46</sup> En la Comparecencia CAC 0201, de 7 de mayo de 2010, del Consejero de Familia e Igualdad de Oportunidades de la Junta de Castilla y León en la Comisión de Familia e Igualdad de Oportunidades para "Analizar el informe balance de la Ley de Dependencia en Castilla y León 2007-2009" con datos de 1 de abril de 2009 indica que el coste medio correspondiente a PECEF es de 389,30 €/mes para 17.905 persona lo que hace un total de 83,6 M€.

**Tabla nº 78. Afiliados e importes devengados por cuidadores a la TGSS en 2009 en Castilla y León**

2009	N.º afiliados	Importe devengado por el IMSERSO a la TGSS en €
Enero	1.000	160.130,00
Febrero	1.101	176.303,13
Marzo	1.474	236.031,62
Abril	1.702	272.541,26
Mayo	1.953	312.733,89
Junio	2.529	404.968,77
Julio	2.806	449.324,78
Agosto	3.249	520.262,37
Septiembre	3.592	575.186,96
Octubre	3.876	620.663,88
Noviembre	4.480	717.382,40
Diciembre	4.885	782.235,05
<b>Total</b>		<b>5.227.764,11</b>

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos oficiales del SISAAD-IMSERSO y TGSS.

Esta cantidad debe ser sumada a los costes que supone para la AGE la atención a la dependencia en Castilla y León, si bien es un retorno que se produce directamente a las arcas de la Seguridad Social.

Además, cabe reseñar que en enero de 2010 tan sólo 5.183 personas estaban dadas de alta en el régimen especial de cuidadores. Considerando que el número de prestaciones económicas por cuidados en el entorno asciende a 15.951 casos en diciembre de 2009, tan sólo un 32,5% se ha dado de alta.

Por lo tanto **dos tercios de cuidadores/as familiares están en situación laboral activa o son mayores de 65 años**, con lo que conlleva de sobrecarga la atención al familiar dependiente en ambos casos.

#### 4.4.6.3 COSTE DE LA PRESTACIÓN ECONÓMICA POR ASISTENTE PERSONAL (PEAP) EN 2009<sup>47</sup>

Tal como hemos calculado, el coste medio en Castilla y León por PEAP en el año 2009, estimado en una media de 724,84, como indicábamos en la tabla nº 74, tenemos un total en este concepto de 250.794,64 € tal como aparece en la siguiente tabla.

**Tabla nº 79. Coste de la prestación económica por asistente personal en Castilla y León**

2009	PEAP	Coste máx./promedio mes 724,84 €
Enero	31	22.470,04
Febrero	31	22.470,04
Marzo	31	22.470,04
Abril	31	22.470,04
Mayo	27	19.570,68
Junio	27	19.570,68
Julio	27	19.570,68
Agosto	27	19.570,68
Septiembre	27	19.570,68
Octubre	27	19.570,68
Noviembre	26	18.845,84
Diciembre	34	24.644,56
<b>Total PEAP</b>		<b>250.794,64</b>

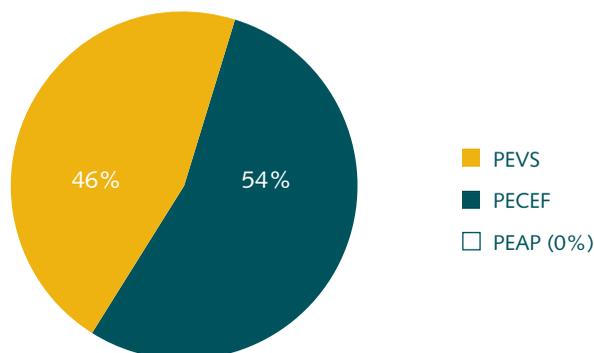
Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la tablas 23 y de la tabla 14. IMSERSO, Servicio de Estadísticas de la Subdirección General Adjunta de Valoración, Calidad y Evaluación. Datos a enero de 2010.

Como viene siendo la tónica en toda España, **la Prestación Económica por Asistencia Personal (PEAP) es prácticamente residual**, considerando el conjunto de las entregadas.

<sup>47</sup> En la Comparecencia CAC 0201, de 7 de mayo de 2010, del Consejero de Familia e Igualdad de Oportunidades de la Junta de Castilla y León en la Comisión de Familia e Igualdad de Oportunidades para "Analizar el informe balance de la Ley de Dependencia en Castilla y León 2007-2009" con datos de 1 de abril de 2009 indica que el coste medio correspondiente a PEAP para 37 personas a un coste medio de 778,97 €/mes lo que hace un total de 0,3 M €.

Así pues, el **gasto global máximo en prestaciones económicas** (sin aplicar aún el “copago” o disminución de la aportación máxima en estas prestaciones) asciende, según las estimaciones realizadas para el año 2009, a 100.140.465,96 €, resultado de los 54.173.967,87 € (del importe de PECEF), los 45.715.703,46 € (PEVS), más 250.794,63 € (por PEAP), cuya distribución se refleja en el siguiente gráfico.

**Gráfico nº 24. Distribución coste prestaciones económicas, 2009**



Fuente: Elaboración propia.

#### 4.4.7 Coste global estimado de las prestaciones y servicios del sistema en 2009 en Castilla y León<sup>48</sup>

A partir de los respectivos datos analizados anteriormente, tenemos una distribución de gastos estimados en lo referente a atención a la dependencia en 2009 en Castilla y León que nos arroja un total de 325.830.924,71 €.

**Tabla nº 80. Coste total y porcentaje del coste por prestación o servicio (sin gastos de gestión)**

Prestación o servicio	Coste 2009 en €	%
Teleasistencia	115.424,78	0,04
Ayuda a domicilio	24.526.399,92	7,53
Centros de día/noche	16.917.106,05	5,19
Residencia	184.131.528,00	56,51

Continúa

<sup>48</sup> Más adelante comparamos estos resultados con los presentados por el SR Consejero en la comparencia del día 7 de mayo de 2010.

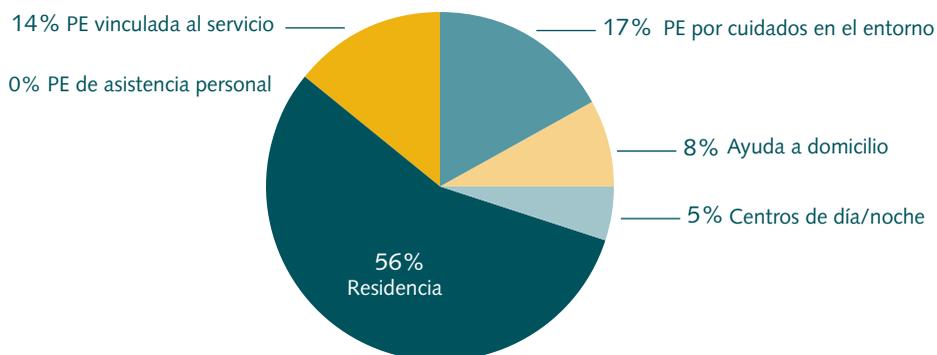
Continuación

Prestación o servicio	Coste 2009 en €	%
PE Vinculada al Servicio	45.715.703,46	14,03
PE por cuidados en el entorno	54.173.967,87	16,63
PE de asistencia personal	250.794,63	0,08
<b>Total estimado 2009</b>	<b>325.830.924,71</b>	<b>100,00</b>

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de: IMSERSO, Servicio de Estadísticas de la Subdirección General Adjunta de Valoración, Calidad y Evaluación. Datos a enero de 2010.

Gráficamente, la distribución global de costes por servicios entregados en 2009 en Castilla y León es la siguiente:

#### Gráfico nº 25. Distribución coste servicios y prestaciones en Castilla y León, 2009



Fuente: Elaboración propia.

### 4.4.8 Costes de valoración y gestión

A los costes de atención habría que añadir una serie de costes de gestión, entre los que cabe diferenciar dos bloques: por un lado, los relativos a la información a los usuarios, la valoración de la situación de dependencia (aplicación del BVD), la elaboración (información) del PIA y el seguimiento de casos. Por otro lado, los gastos relacionados con la gestión puramente administrativa de los expedientes (en Castilla y León, la mayoría de la documentación a presentar por la persona solicitante se recaba por parte de la propia administración, por lo que se ha tenido que reforzar el personal administrativo para estas tareas).

En cuanto a la información, valoración (BVD) y seguimiento, podemos establecer un módulo de 25,00 €/hora/técnico, ya que este trabajo es desempeñado por funcionarios (dependientes de la Administración Local y Regional) mayoritariamente de nivel A2. El tiempo medio estimado por expediente que vamos a aplicar será de 5 horas completas (considerando información, BVD, ingreso de datos en SAUSS, información PIA y seguimiento), por lo que el coste por solicitante dictaminado podría situarse en torno a 125,00 €.

Hay que tener en cuenta que se trata de un sistema en implantación, cuyos costes iniciales son mucho mayores que si ya estuviese consolidado, más aún cuando hay que hacer frente a una fuerte demanda inicial. Esto ha supuesto alrededor de 500 profesionales más como se ha indicado anteriormente. Además hay una fuerte inversión en sistema y equipamientos informáticos, alquiler y adaptación de locales, gastos de mantenimiento, etc. Todo ello, según información de la Gerencia de Servicios Sociales de Castilla y León, supone un gasto de más de 18 M€ anuales.

Así, al coste estimado de **325.830.924,71 €** directo de atenciones, se sumarían los gastos de gestión de 18 M € hasta alcanzar un **total de Gasto de 343.830.924,71 €**.

## 4.5 La participación de los beneficiarios / Copago en la Ley

El término conocido como «copago» se refiere a la contribución económica de los usuarios cuando reciben un servicio o una prestación de las administraciones públicas. En el primer caso, el usuario paga una cuota por el servicio que recibe, lo que resulta más evidente y visible para el usuario, mientras que en el segundo caso recibe un importe menor en la prestación. En ambos es proporcional a los ingresos estimados y al tipo de servicios, como se indica en el artículo correspondiente de la LAAD.

*Artículo 33. La participación de los beneficiarios en el coste de las prestaciones.*

- 1. Los beneficiarios de las prestaciones de dependencia **participarán en la financiación** de las mismas, según el tipo y coste del servicio y su capacidad económica personal.*
- 2. La capacidad económica del beneficiario se tendrá también en cuenta para la determinación de la cuantía de las prestaciones económicas.*
- 3. El Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia fijará los criterios para la aplicación de lo previsto en este artículo, que serán desarrollados en los Convenios a que se refiere el artículo 10.*

*Para fijar la participación del beneficiario, se tendrá en cuenta la distinción entre servicios asistenciales y de manutención y hoteleros.*

- 4. Ningún ciudadano quedará fuera de la cobertura del Sistema por no disponer de recursos económicos.*

En la aplicación de la Ley el copago está vinculado a la capacidad económica del individuo. El copago en la Ley de dependencia limita al menos el carácter de universalidad de la misma Ley y establece una especie de sistema fiscal particular. Distinto sería, como ocurre en el sistema educativo, que se disponga de “becas” para aquellas situaciones que lo requieran. Existen estudios sobre copago en la percepción de los servicios sanitarios que arrojan como resultado que son un elemento de freno de la demanda. Con ello se viene a limitar, en cierto modo, el carácter universal de la Ley al significar una especie de doble gravamen, ya que el beneficiario ha de pagar, además de sus impuestos, con los que se financian los servicios públicos, una cuota suplementaria cuando recibe la prestación o el servicio.

Es frecuente atribuir un doble fin al copago: rebajar el gasto público y corresponsabilizar al usuario del coste. Tiene además otros efectos, aunque limitados, como nos recuerda Montserrat Codorniu:

*El copago es un instrumento de financiación y de redistribución de rentas pero de alcance mucho más limitado que el de la política fiscal. Los impuestos es el mayor instrumento que tiene el Estado para recaudar y favorecer la redistribución de las rentas entre los individuos ya que es donde el principio de solidaridad alcanza su cota más elevada, “cada cual recibe según su necesidad y contribuye según su capacidad”. La redistribución se debe a que el gasto público no se realiza en función del importe que ha contribuido el individuo sino de su necesidad. En cambio, la política de copagos tiene un efecto recaudación muy limitado y el impacto redistributivo queda restringido a una redistribución interna entre los propios beneficiarios de la Ley (2009: 128).*

### 4.5.1 El sistema de Reducción de Coste Máximo o/y Copago en Castilla y León<sup>49</sup>

Éste es uno de los aspectos a analizar que resulta más complicado y que, a falta de otros datos, se ha de realizar desde estimaciones.

El copago se establece inicialmente en función del nivel de renta y del patrimonio de las personas en situación de dependencia, considerando siempre que ningún ciudadano/a dejará de percibir el servicio que corresponda por cuestiones de suficiencia económica.

Cuando los datos correspondientes no han sido proporcionados por la Gerencia de Servicios Sociales de la Junta de Castilla y León, utilizaremos estimaciones elaboradas en nuestro caso a partir de algunos informes aparecidos a finales de 2009<sup>50</sup>, también elaborados sobre estimaciones, uno de los cuales, el aportado por Julia Montserrat Codorniu<sup>51</sup>, servirá de base para nuestros cálculos en Castilla y León.

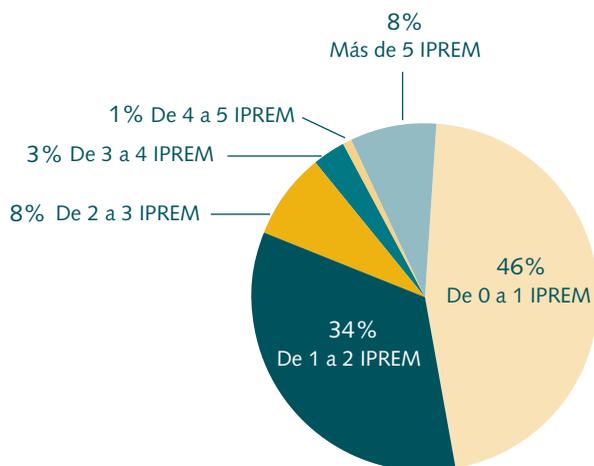
Una de las primeras consideraciones a tener presentes es que para estimar la reducción de percepciones máximas o el copago correspondientes según grado y nivel, debemos atender a los niveles de renta de las personas en situación de dependencia. Si bien esta variable no está disponible para este informe (dependen de la aplicación del copago para cada expediente concreto), se pueden realizar extrapolaciones considerando los niveles generales de renta de los mayores de 65 años (80% de los atendidos), que aparecen en siguiente gráfico:

<sup>49</sup> En este apartado hay que considerar la Resolución de 2 de diciembre de 2008, de la Secretaría de Estado de Política Social, Familias y Atención a la Dependencia y a la Discapacidad, por la que se publica el Acuerdo del Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, sobre determinación de la capacidad económica del beneficiario y sobre los criterios de participación de éste en las prestaciones del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, y la normativa autonómica de referencia: Orden FAM/2044/2007, de 19 de diciembre, por la que se regulan provisionalmente los criterios para el cálculo de la capacidad económica, coeficiente reductor para prestaciones económicas, aportación del usuario en el coste de los servicios y régimen de las prestaciones económicas del Sistema para la Autonomía Personal y la Atención a la Dependencia en la Comunidad de Castilla y León, modificada por la Orden FAM/323/2009, de 18 de febrero, por la que se modifica la Orden FAM/2044/2007.

<sup>50</sup> Aparte del estudio que se cita más abajo, se han consultado también: el elaborado por Cristina Vilaplana Prieto, Análisis del copago en las prestaciones económicas del Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia, Ponencia presentada al XVII Encuentro de Economía Pública "Políticas Públicas ante la Crisis", organizado por la Universidad de Murcia y celebrado los días 5 y 6 de febrero de 2010, accesible en [www.um.es/dp-hacienda/eep2010/programa.php](http://www.um.es/dp-hacienda/eep2010/programa.php), y el publicado por Albarrán Lozano, I. y Alonso González, P., "La población dependiente en España: estimación del número y coste global asociado a su cuidado", en Estudios de Economía, vol 36, nº 2, diciembre de 2009, pp. 127-163.

<sup>51</sup> Montserrat Codorniu, J., "La 'tercera vía de financiación': la contribución económica del usuario", en Presupuesto y Gasto Público 56/2009, Secretaría General de Presupuestos y Gastos, Instituto de Estudios Fiscales, pp. 127-143.

**Gráfico nº 26. Estructura de las rentas de las personas de más de 65 años**



Fuente: Montserrat Codorniu (2009), op. cit., p. 138.

En el gráfico se observa cómo según la estructura de rentas de las personas mayores de 65 años el 80% se sitúa entre 0 y 2 IPREM y tan sólo el 20% restante supera 2 x IPREM. Esto determinará la variable copago, que se verá disminuida por la escasa capacidad de gran parte de los beneficiarios de la LAAD.

Al factor renta y patrimonio hay que añadir el sistema de copago concreto que adopte la Comunidad Autónoma. En este sentido, el Ejecutivo Regional había establecido con anterioridad los criterios de determinación de la capacidad económica a través de la Orden FAM/2044/2007, de 19 de diciembre, que fue modificada posteriormente en algunos aspectos por la Orden FAM/323/2009, de 18 de febrero, quedando regulado este aspecto para Castilla y León como sigue:

#### **Artículo 2. Capacidad económica.**

- 1. De acuerdo con el artículo 14.7 de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, a los efectos de esta Orden, la capacidad económica personal de los beneficiarios de las prestaciones del SAAD, se calculará valorando el nivel de renta y patrimonio de la persona interesada.*
- 2. A efectos de esta Orden, por renta se entenderá la totalidad de los ingresos, cualquiera que sea la fuente de procedencia, derivados, directa o indirectamente, del trabajo personal, de elementos patrimoniales, bienes o derechos, del ejercicio de actividades económicas, así como los*

*que se obtengan como consecuencia de una alteración en la composición del patrimonio de la persona interesada.*

*No se computarán las prestaciones públicas de análoga naturaleza y finalidad a las previstas en el artículo 31 de la Ley 39/2006, establecidas en los regímenes públicos de protección social que perciba el interesado.*

- 3.** *A efectos de esta Orden, por patrimonio se entenderá la totalidad de los bienes y derechos de contenido económico de los que sea titular la persona interesada, así como las disposiciones patrimoniales realizadas en los cuatro años anteriores a la presentación de la solicitud de prestaciones, en los términos que establece la disposición adicional quinta de la Ley del Estado 41/2007, de 7 de diciembre.*

*Para la determinación del valor de este patrimonio se tendrán en cuenta las normas de valoración establecidas en el Impuesto sobre el Patrimonio, deduciendo el importe de las cargas, gravámenes, deudas u obligaciones de la persona interesada.*

*Se considerarán exentos de cómputo, la vivienda habitual y los bienes y derechos calificados como exentos en la Ley 19/1991, de 6 de junio, del Impuesto sobre el Patrimonio, hasta el límite que determine la legislación del Impuesto sobre el Patrimonio aplicable cuando el beneficiario reciba servicios o prestaciones y deba continuar residiendo en su domicilio, o bien, cuando, residiendo en un centro residencial tuviera a su cargo a su cónyuge o a personas de edad inferior a 25 años que sigan viviendo en el mismo.*

- 4.** *Cuando el interesado tuviera cónyuge en régimen económico de separación de bienes o pareja de hecho, que en ambos casos fuera económicamente dependiente de aquél, o bien cónyuge en régimen de gananciales, la renta personal del interesado será la mitad de la suma de los ingresos de ambos. En estos casos si existieran descendientes económicamente dependientes, la suma de las rentas anteriores se dividirá entre los dos cónyuges y el número de descendientes considerados.*

*Cuando el interesado tuviera cónyuge en régimen de separación de bienes o pareja de hecho, en ambos casos no dependiente económicamente de aquél, se computará únicamente la renta personal del interesado y se dividirá entre la suma del beneficiario y los descendientes menores que tenga a su cargo, computando estos últimos a razón de 0,5.*

*Si el interesado no tiene cónyuge ni pareja de hecho, pero sí descendientes menores que dependen económicamente de él, su renta personal se*

*dividirá entre la suma del beneficiario y los descendientes menores que tenga a su cargo.*

*Se entiende por descendientes menores económicamente dependientes aquellos menores de edad, cuyos ingresos anuales sean inferiores al importe fijado en la normativa reguladora del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas para la aplicación del mínimo por descendientes en el cómputo del mínimo personal y familiar. Se entenderá que el cónyuge o pareja de hecho depende económicamente del interesado cuando sus ingresos anuales son inferiores a la cantidad señalada anteriormente.*

*Se asimila a los hijos menores de edad aquellos otros menores vinculados al interesado por razón de tutela o acogimiento, en los términos previstos en la legislación civil vigente.*

5. *La capacidad económica personal del interesado será la correspondiente a su renta modificada al alza por la suma de los porcentajes del valor del patrimonio neto por encima del mínimo exento para la realización de la declaración del Impuesto sobre el Patrimonio que se indican a continuación en función de la edad del interesado:*

<b>Edad del interesado/a</b>	<b>%</b>
75 años o más	6
Entre 65 y 74 años	5
Entre 55 y 64 años	4
Entre 45 y 54 años	3
Entre 35 y 44 años	2
Entre 25 y 34 años	1
Menos de 25 años	0

6. [Modificado por la ORDEN FAM 323/2009] *La capacidad económica del interesado se determinará anualmente computando la renta y el patrimonio correspondientes al último periodo impositivo con plazo de presentación vencido al inicio de cada año.*

*No obstante, en los casos en que para un interesado no se dispusiera de información de la Agencia Estatal de Administración Tributaria o de cualquier otro Organismo Público, la capacidad económica se referirá al ejercicio con ingresos acreditados inmediatamente posterior o, en su defecto, inmediatamente anterior al que se indica en el primer párrafo, excepto en los casos en los que la inexistencia de datos se deba a que*

*el interesado no se encuentra al corriente en el cumplimiento de sus obligaciones tributarias.*

- 7. El interesado y su cónyuge o pareja de hecho, en su caso, autorizarán a la Junta de Castilla y León para que, a través del organismo que corresponda, recabe de cualquier Administración Pública la información que sea necesaria para que la Gerencia de Servicios Sociales pueda determinar y verificar la capacidad económica regulada en este artículo.*

Por otra parte, para determinar la participación económica de los usuarios se ha diferenciado si se trata de beneficiarios de servicios o si se trata de perceptores de prestaciones económicas.

La base para la determinación de la aportación económica de los usuarios **en materia de servicios** la encontramos en el anexo de la citada Resolución de 2 de diciembre de 2008, que establece:

***Criterios de participación económica del beneficiario en las prestaciones del SAAD***

*Para determinar la participación del beneficiario se tendrá en cuenta la naturaleza de la prestación de dependencia reconocida: Servicio del Catálogo, o prestación económica.*

**Participación en el coste de los Servicios del Catálogo.**

*Se tomará en consideración la capacidad económica del beneficiario, en función del tipo de servicio, teniendo en cuenta las siguientes consideraciones:*

- a) **Servicio de atención residencial:** Los beneficiarios participarán en el coste de los servicios de atención residencial en función de su capacidad económica y del coste del servicio. Dicha participación tendrá en cuenta los gastos hoteleros y de manutención, que deberán ser asumidos por el beneficiario, en parte o en su integridad, cuando cuente con capacidad económica suficiente para ello.*

***Las Administraciones competentes, a los efectos de determinación de la participación económica de los beneficiarios, fijarán un indicador de referencia del servicio residencial, que estará en relación con el precio de concertación de plazas en centros de la iniciativa privada.***

*La participación del beneficiario se establecerá mediante la aplicación de un porcentaje en función de su capacidad económica, que estará comprendido entre el 70 y el 90 por ciento de la misma,*

*aplicados estos porcentajes de forma progresiva. En ningún caso esta participación superará el 90 por ciento del indicador de referencia.*

*Las administraciones competentes, teniendo en cuenta los criterios anteriores, podrán establecer tablas de participación en el coste del servicio según su naturaleza: asistencial y de manutención y hoteleros. En este supuesto los costes manutención y hoteleros se garantizarán en todo o en parte a quienes carezcan de ingresos suficientes.*

*Las referencias realizadas en este documento al IPREM se entenderán hechas a indicadores propios de las Comunidades Autónomas cuando éstas lo hayan establecido.*

*La participación en el coste de los servicios deberá garantizar al beneficiario una cantidad mínima para gastos personales a determinar por la Administración competente.*

**b) Otros Servicios del catálogo:** *Las Administraciones competentes fijarán un indicador de referencia a los efectos de determinar la participación en el coste de los servicios. En el caso de la Ayuda Domicilio, el indicador se fijará en función del tipo de servicio y de la intensidad respecto del cual se calculará la aportación del beneficiario. En el supuesto de atención en Centros de Día se fijará un indicador de referencia que estará en relación con el precio de concertación de plazas en centros de iniciativa privada.*

*Si la capacidad económica del beneficiario es igual o inferior al IPREM, éste no participará en el coste de los servicios asistenciales que reciba en su domicilio.*

**La participación del beneficiario se establecerá mediante la aplicación de un porcentaje en función de su capacidad económica, comprendido entre el 10 y el 65 por ciento y aplicado de forma progresiva. En ningún caso esta participación superará el 65 por ciento del indicador de referencia.**

*Si el servicio de Centro de Día o de Noche conlleva transporte y/o manutención los porcentajes de participación establecidos podrán elevarse para tener en cuenta el mayor coste del servicio.*

**c) Disposiciones comunes a todos los servicios:** *Si el beneficiario de alguno de los servicios del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia fuera titular de alguna prestación de análoga*

*naturaleza y finalidad de las citadas en el artículo 31 de la Ley 39/2006, dicha prestación deberá ser destinada a la financiación del coste del servicio sin que en ningún caso la participación del beneficiario supere el precio de referencia del servicio que recibe.*

*La Comunidad Autónoma o Administración que, en su caso, tenga la competencia, establecerá la tabla de participación concreta para cada servicio según la capacidad económica del beneficiario.*

*La determinación exacta de la participación económica del beneficiario se realizará mediante la aplicación de una fórmula matemática que garantice la equidad en la progresividad de la participación.*

Los precios de referencia y sistema de copago de servicios para toda la Comunidad autónoma se están homogeneizando en estos momentos desde las ordenanzas de las Corporaciones Locales (teleasistencia y ayuda a domicilio). En cuanto a residencias y centros de día, a falta de criterios homogéneos utilizaremos las estimaciones siguiendo a Montserrat Codorniu (2009: 137).

En cuanto a las prestaciones económicas, el copago significa una reducción de la cuantía a percibir en función de la renta y el patrimonio que viene también regulada en la Orden FAM/2044/2007:

### **Artículo 3. Determinación de la cuantía de las prestaciones económicas**

1. *La cuantía de las prestaciones económicas del SAAD previstas en los artículos 17, 18 y 19 de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, se establecerá anualmente por el Gobierno mediante Real Decreto, previo acuerdo del Consejo Territorial, para los grados y niveles con derecho a prestaciones, siendo para 2007 la fijada en el Anexo II del RD 727/2007, de 8 de junio, sobre criterios para determinar las intensidades de protección de los servicios y la cuantía de las prestaciones económicas de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre.*
2. *De acuerdo con lo establecido en el artículo 13.2 del Real Decreto 727/2007, de 8 de junio, sobre criterios para determinar las intensidades de protección de los servicios y la cuantía de las prestaciones económicas de la Ley 39/2006, el importe de la prestación económica a reconocer a cada beneficiario se determinará aplicando a la cuantía vigente para cada año un coeficiente reductor según su capacidad económica.*
3. *El importe de la prestación será el 100% de la cuantía máxima vigente cuando la capacidad económica personal sea igual o inferior al Indicador Público de Renta de Efectos Múltiples (IPREM).*

4. Cuando la capacidad económica personal sea superior al IPREM, el importe de la prestación económica se determinará multiplicando la capacidad económica personal, calculada según los criterios establecidos en el artículo 2, por el coeficiente reductor, que está referido a dicha capacidad económica y al IPREM.

La cuantía final de la prestación económica para los dependientes con Grado III y con Grado II nivel 2, se calcula aplicando las siguientes fórmulas:

- Para la **prestación económica vinculada al servicio**:  
Cuantía mensual =  $CM \times [1,1125 - (0,15 \times R/IPREM)]$
- Para la **prestación económica de asistencia personal**:  
Cuantía mensual =  $CM \times [1,1125 - (0,15 \times R/IPREM)]$
- Para la **prestación económica de cuidados en el entorno familiar**:  
Cuantía mensual =  $CM \times [1,06 - (0,08 \times R/IPREM)]$

Donde:

**CM** es la cuantía máxima establecida para cada prestación económica, en cada grado y nivel de dependencia.

**R** es la capacidad económica personal calculada según lo establecido en el artículo 2, entre 12 meses.

**IPREM** es Indicador Público de Renta de Efectos Múltiples, aprobado por el Gobierno, en la cuantía mensual.

5. Para los dependientes de Grado III, en ningún caso el importe de la prestación económica será inferior a la cuantía íntegra fijada en la Ley de Presupuestos Generales del Estado para la pensión no contributiva.
6. [Añadido por la Orden FAM 323/2009] Para los dependientes de Grado II el importe de la prestación económica no será inferior al cuarenta por ciento del importe máximo vigente para la prestación económica vinculada al servicio, y al setenta y cinco por ciento para la prestación económica de cuidados en el entorno familiar y apoyo a cuidadores no profesionales.

#### **Artículo 4. Deduciones por prestaciones de análoga naturaleza y finalidad**

De acuerdo con lo establecido en el artículo 31 de la Ley 39/2006, de la cuantía a reconocer que resultara de la aplicación de las normas anteriores se deducirá cualquier otra prestación de análoga naturaleza o finalidad.

En concreto, se deducirá el complemento de gran invalidez regulado en el artículo 139.4 de la Ley General de la Seguridad Social, Texto Refundido

*aprobado por Real Decreto Legislativo 1/1994, de 20 de junio, el complemento de la asignación económica por hijo a cargo mayor de 18 años con un grado de minusvalía igual o superior al 75%, el de necesidad de otra persona de la pensión de invalidez no contributiva, el subsidio de ayuda a tercera persona de la Ley 13/1982, de 7 de abril, de Integración Social de los Minusválidos (LISMI), y cualquier otra prestación análoga de otros sistemas de protección pública.*

[Añadido por la Orden FAM 323/2009] *Una vez deducidas las prestaciones de análoga naturaleza previstas en este artículo, el importe de la prestación reconocida no podrá ser inferior al veinticinco por ciento de la cuantía máxima establecida para su grado y nivel, con el límite del coste del servicio.*

Este último artículo 4 ha supuesto de hecho una situación de **enorme decepción** para muchas personas con discapacidad y sus familiares, que disfrutaban ya de alguna prestación económica (Seguridad Social y LISMI) y que se detrae íntegramente del resultado de la prestación que correspondería por dependencia, de la que se pueden beneficiar tan sólo en un 25% de su cuantía.

Lo contenido en el artículo 3 hace que la deducción en las prestaciones sea ligeramente diferente en Castilla y León respecto a la mayoría de las otras Comunidades Autónomas, que ha regulado en un sentido muy similar dichas deducciones.

El resultado diferencial puede verse en la comparativa ofrecida por Vilaplana Prieto (2010: 21):

**Tabla nº 81. Comparativa de prestaciones**

	P. vinculada al servicio P. para asistencia personal				P. para cuidados en el entorno familiar			
	600	1.200	1.800	2.400	600	1.200	1.800	2.400
España	600	1.200	1.800	2.400	600	1.200	1.800	2.400
Andalucía	10	20	30	40	5	10	15	20
Aragón	10	20	30	40	5	10	15	20
Asturias	10	20	30	50	5	10	15	25
Baleares	10	20	30	40	5	10	15	20
Canarias	10	20	30	40	5	10	15	20
Cantabria	10	20	30	50	5	10	15	25
<b>Castilla y León</b>	<b>5</b>	<b>23</b>	<b>40</b>	<b>57</b>	<b>3</b>	<b>12</b>	<b>21</b>	<b>30</b>
Castilla-La Mancha	10	20	30	40	5	10	15	20
Cataluña	0	0	5	5	0	0	5	5
C. Valenciana	0	0	0	20	0	0	0	20
Extremadura	10	20	40	60	5	10	20	35

Continúa

Continuación

	P. vinculada al servicio P. para asistencia personal				P. para cuidados en el entorno familiar			
	10	20	30	40	5	10	15	20
Galicia	10	20	30	40	5	10	15	20
Madrid	5	23	40	57	3	12	21	30
Guipúzcoa	0	20	30	40	0	10	15	20
Rioja	0	10	10	20	0	10	10	20
Ceuta	10	20	30	40	5	10	15	20
Melilla	10	20	30	40	5	10	15	20

Fuente: Vilaplana Prieto (2010: 21), op. cit.

La comparativa muestra cómo el modelo castellano y leonés es aparentemente más progresivo en función de la renta disponible que los otros modelos (pagan menos los que menos tienen y más las rentas más elevadas).

Los trabajos de Monserrat Codorniu (2009), que considera el perfil de rentas, establecen que el copago promedio estatal, por ejemplo en la PCEF, se sitúa en torno al 8%.

**Tabla nº 82. Porcentaje del copago sobre el coste (euros/mes/beneficiario)**

	Grado 3	Grado 2	Grado 1
<b>Costes servicios</b>	<b>1.501</b>	<b>915</b>	<b>1.222</b>
Copago servicios	380	225	306
<i>Recuperación copago %</i>	25	25	25
<b>Coste P. económicas</b>	<b>501</b>	<b>331</b>	<b>426</b>
Copago P. económicas	31	43	36
<i>Recuperación copago %</i>	6	13	8
<b>Coste Prestaciones</b>	<b>959</b>	<b>622</b>	<b>805</b>
Copago promedio	191	134	165
<b><i>Recuperación copago %</i></b>	<b>20</b>	<b>22</b>	<b>20</b>

Fuente: Montserrat Codorniu (2009: 139), op. cit.

Para validar estos cálculos, considerando la estructura de rentas aportada por Montserrat y los cálculos de Vilaplana (2010), realizaremos una simulación de la reducción de la cuantía máxima y/o copago de la PECEF en Castilla y León para el mes de diciembre de 2009.

Según nuestros cálculos, el coste total máximo de esta prestación para ese mes se situó en 6.630.671 € para atender 15.951 casos. Según la estructura de renta, estos usuarios se distribuirían de la siguiente forma:

**Tabla nº 83. Simulación de retorno por copago PCEF (Castilla y León-diciembre de 2009) combinando los modelos de Montserrat y Vilaplana**

IPREM	Nº personas dependientes estimadas	% descuento sobre el promedio máximo	€ detraídos de la prestación	% sobre el total PECEF máximo en diciembre de 2009
0-1 IPREM	7.337	0	0	0,00
1-2 IPREM	5.423	12	270.514	4,08
2-3 IPREM	1.276	12	63.650	0,96
3-4 IPREM	479	21	41.814	0,63
4-5 IPREM	160	21	13.967	0,21
> 5 IPREM	1.276	30	159.071	2,40
<b>Total</b>	<b>15.951</b>		<b>549.071</b>	<b>8,28</b>

Fuente: elaboración propia a partir de los datos publicados por Montserrat Codorniu (2009: 139 y ss.) y Vilaplana (2010: 21 y ss.).

La desviación sobre el 8% planteado por Montserrat es tan sólo de 0,28 puntos, seguramente explicable por las menores rentas de los ciudadanos castellano y leoneses mayores de 65 años respecto a la media estatal.

#### 4.5.2 Reducción o aporte de los usuarios / Copago de las prestaciones económicas en Castilla y León 2009

Según la Gerencia de Servicios Sociales de Castilla y León, el copago es la cuantía que debe abonar la persona en la compra de los servicios, a mayores de la cuantía percibida. En el caso de las PEVS, teniendo en cuenta que prácticamente todos los servicios adquiridos con la prestación vinculada son atención residencial podemos estimar a precio de mercado que el copago promedio es al menos una cantidad semejante a la percibida, lo que supone un total de 22.857.851,73 €, lo que reduce el gasto de la administración por este concepto a 22.857.851,73 €, la mitad de los 45.715.703,46 € (referencia tabla nº 76).

**Tabla nº 84. Prestación Económicas Vinculadas al Servicio**

CyL 2009	PEVS	Total reducción o aporte usuarios usuario/mes (312,27 €)
Enero	4.046	1.263.444,42
Febrero	4.440	1.386.478,80
Marzo	4.495	1.403.653,65
Abril	5.113	1.596.636,51
Mayo	4.951	1.546.048,77
Junio	5.619	1.754.645,13
Julio	5.597	1.747.775,19
Agosto	6.427	2.006.959,29
Septiembre	7.230	2.257.712,10
Octubre	7.882	2.461.312,14
Noviembre	8.456	2.640.555,12
Diciembre	8.943	2.792.630,61
<b>Total 2009</b>		<b>22.857.851,73</b>

Fuente: elaboración propia según los datos obtenidos.

**Tabla nº 85. Reducción de la Cuantía Máxima de Prestación Económica por Cuidados en el Entorno Familiar (8,28%)**

CyL 2009	PECEF	Coste máx./mes 415,69 €	Total reducción o aporte usuarios en euros
Enero	4.816	2.001.963,04	165.762,54
Febrero	6.325	2.629.239,25	217.701,01
Marzo	7.503	3.118.922,07	258.246,75
Abril	9.123	3.792.339,87	314.005,74
Mayo	9.491	3.945.313,79	326.671,98
Junio	10.565	4.391.764,85	363.638,13
Julio	11.657	4.845.698,33	401.223,82
Agosto	12.460	5.179.497,40	428.862,38
Septiembre	13.162	5.471.311,78	453.024,62
Octubre	13.956	5.801.369,64	480.353,41
Noviembre	15.314	6.365.876,66	527.094,59
Diciembre	15.951	6.630.671,19	549.019,57
<b>Total 2009</b>		<b>54.173.967,87</b>	<b>4.485.604,54</b>

Fuente: elaboración propia según los datos obtenidos.

La cuantía máxima que correspondería a la persona en función de su grado y nivel por la prestación de PECEF se ve reducida en función de su capacidad económica lo que hace disminuir el coste de la prestación.

De este modo tenemos que la PECEF supone un resultado de 49.688.363,33 € (54.173.967,87 € menos 4.485.604,54 €).

**Tabla nº 86. Reducción de la Cuantía Máxima por Prestación Económica por Asistencia Personal (17,56 %)**

CyL 2009	PEAP	Coste máx./mes en €	Total reducción o aporte usuarios en euros (con el 17,56%)
Enero	31	22.470,04	3.945,74
Febrero	31	22.470,04	3.945,74
Marzo	31	22.470,04	3.945,74
Abril	31	22.470,04	3.945,74
Mayo	27	19.570,68	3.436,61
Junio	27	19.570,68	3.436,61
Julio	27	19.570,68	3.436,61
Agosto	27	19.570,68	3.436,61
Septiembre	27	19.570,68	3.436,61
Octubre	27	19.570,68	3.436,61
Noviembre	26	18.845,84	3.309,33
Diciembre	34	24.644,56	4.327,58
<b>Total 2009</b>		<b>250.794,64</b>	<b>44.039,54</b>

Fuente: elaboración propia según los datos obtenidos a partir de los datos de la tabla 79.

La reducción del importe referido a la PEAP ascendería a un 17,56% sobre la aportación de las Administraciones, lo que reduciría el gasto de las mismas por este concepto a **206.755,10 €**, sobre lo indicado anteriormente (según los datos de la tabla nº 79, resultado de restar de 250.794,64 € la cifra de 44.039,54 €).

Así, el cómputo global del copago y/o descuentos sobre las percepciones máximas para las todas las modalidades de prestación económica desde las estimaciones precedentes queda como se observa en la siguiente tabla.

**Tabla nº 87. Totales del Coste Máximo de prestaciones durante el año 2009**

CyL 2009	Total coste máximo €	Reducción o aporte usuarios €	%	Aporte administración en €	%
PEVS	45.715.703,46	22.857.851,73	50,00	22.857.851,73	50,00
PECEF	54.173.967,87	4.485.604,54	8,28	49.688.363,33	91,72
PEAP	250.794,64	44.039,54	17,56	206.755,10	82,44
<b>Total PE</b>	<b>100.140.465,97</b>	<b>27.387.495,81</b>	<b>27,35</b>	<b>72.752.970,16</b>	<b>72,65</b>

Fuente: elaboración propia según los datos obtenidos.

### 4.5.3 Copago o reducción del coste máximo de los servicios en Castilla y León 2009

Para el copago en materia de servicios, el análisis de Montserrat Codorniu nos sugiere que el promedio de copago se sitúa en torno al 25%. No obstante, tenemos la oportunidad de afinar más este promedio, ya que la unificación de modelos de copago auspiciada por la Comunidad Autónoma y desarrollada por las Entidades Locales para 2010 en teleasistencia y ayuda a domicilio ha dado lugar a que se analizaran los copagos anteriores para establecer comparaciones.

**Tabla nº 88. Reducción de la Cuantía Máxima /copago en teleasistencia en Castilla y León, 2009**

CyL 2009	Teleasistencia	Coste/mes (22,43 €) Total €	Reducción o aporte usuarios € (23%)
Enero	165	3.700,95	851,22
Febrero	217	4.867,31	1.119,48
Marzo	243	5.450,49	1.253,61
Abril	337	7.558,91	1.738,55
Mayo	295	6.616,85	1.521,88
Junio	363	8.142,09	1.872,68
Julio	431	9.667,33	2.223,49
Agosto	505	11.327,15	2.605,24
Septiembre	555	12.448,65	2.863,19
Octubre	608	13.637,44	3.136,61
Noviembre	696	15.611,28	3.590,59
Diciembre	731	16.396,33	3.771,16
<b>Total teleasistencia</b>		<b>115.424,78</b>	<b>26.547,70</b>

Fuente: elaboración propia según los datos obtenidos.

Sobre la **teleasistencia** (2009), hay que decir que el promedio de copago en Castilla y León se situaba en torno al 23%, por lo que éste será el porcentaje de retorno que aplicaremos a los costes de dicho servicio.

Así, la aportación de los usuarios estaría en torno a **26.547,70 €**, frente a los **88.877,08 €** aportados por las Administraciones.

En cuanto a la **ayuda a domicilio**, el promedio de copago en la Comunidad Autónoma para 2009 se situó en un 16%. El resultado queda como se muestra en la tabla nº 89:

**Tabla nº 89. Reducción de la Cuantía Máxima / Copago estimado para la ayuda a domicilio**

CyL 2009	Ayuda a domicilio	coste/mes € (1005,51 €)	Reducción o aporte usuarios € (16%)
Enero	1.397	1.404.697,47	224.751,60
Febrero	1.599	1.607.810,49	257.249,68
Marzo	1.797	1.806.901,47	289.104,24
Abril	2.057	2.068.334,07	330.933,45
Mayo	1.704	1.713.389,04	274.142,25
Junio	1.844	1.854.160,44	296.665,67
Julio	2.011	2.022.080,61	323.532,90
Agosto	2.153	2.164.863,03	346.378,08
Septiembre	2.271	2.283.513,21	365.362,11
Octubre	2.379	2.392.108,29	382.737,33
Noviembre	2.560	2.574.105,60	411.856,90
Diciembre	2.620	2.634.436,20	421.509,79
<b>Total ayuda a domicilio</b>		<b>24.526.399,92</b>	<b>3.924.223,99</b>

Fuente: elaboración propia según los datos obtenidos.

Finalmente, para los **centros de día y la atención residencial** hemos considerado un promedio del 14,5% y del 7%, respectivamente, en la de reducción del coste máximo o del copago.

**Tabla nº 90. Reducción de la Cuantía Máxima / Copago estimado para centro de día/noche**

CyL 2009	Centros de día (nº atendidos)	Coste total usuarios €	Reducción o aporte € (7%)
Enero	172	149.424,45	10.459,71
Febrero	631	548.179,22	38.372,55
Marzo	1.168	1.014.696,24	71.028,74
Abril	1.426	1.238.832,91	86.718,30
Mayo	1.575	1.368.276,18	95.779,33
Junio	1.763	1.531.600,57	107.212,04
Julio	2.004	1.740.968,55	121.867,80
Agosto	2.068	1.796.568,34	125.759,78
Septiembre	2.083	1.809.599,54	126.671,97
Octubre	2.117	1.839.136,93	128.739,59
Noviembre	2.201	1.912.111,66	133.847,82
Diciembre	2.265	1.967.711,46	137.739,80
<b>Total</b>		<b>16.917.106,05</b>	<b>1.184.197,42</b>

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la tabla nº 69, con la información aportada por la Gerencia de Servicios Sociales que estima que el copago o reducción del coste máximo del usuario en centros de día/noche asciende al 7%.

**Tabla nº 91. Reducción de la Cuantía Máxima / Copago del usuario en residencia en Castilla y León, 2009**

CyL 2009	Residencias	Coste total usuarios	Reducción o aporte € (14,5%)
Enero	5.592	13.074.096,00	1.895.743,92
Febrero	6.082	14.219.716,00	2.061.858,82
Marzo	6.775	15.839.950,00	2.296.792,75
Abril	7.026	16.426.788,00	2.381.884,26
Mayo	5.887	13.763.806,00	1.995.751,87
Junio	5.970	13.957.860,00	2.023.889,70
Julio	6.556	15.327.928,00	2.222.549,56
Agosto	6.678	15.613.164,00	2.263.908,78
Septiembre	6.824	15.954.512,00	2.313.404,24

Continúa

Continuación

CyL 2009	Residencias	Coste total	Reducción o aporte usuarios € (14,5%)
Octubre	6.895	16.120.510,00	2.337.473,95
Noviembre	7.186	16.800.868,00	2.436.125,86
Diciembre	7.285	17.032.330,00	2.469.687,85
<b>Total</b>		<b>184.131.528,00</b>	<b>26.699.071,56</b>

Fuente: Elaboración propia según los datos obtenidos en la Tabla nº 73 y la información aportada por la Gerencia de Servicios Sociales que estima que el copago del usuario en residencia asciende al 14,5%.

El resultado final es que, sobre un coste total de servicios entregados que asciende a **225.690.458,75 €** (referencia a las tablas anteriores: nº 67, nº 68, nº 69 y nº 72) los usuarios aportarían en 2009 un total de **30.842.710,76 €** (referencia a las tablas anteriores: nº 88, nº 89, nº 90 y nº 91):

**Tabla nº 92. Reducción del coste máximo o copago del usuario en los diversos servicios**

	Total coste máximo €	Reducción o aporte usuarios €	%	Aporte administración en €	%
Teleasistencia	115.424,78	26.547,70	23,00	88.877,08	77,00
Ayuda domic	24.526.399,92	3.924.223,99	16,00	20.602.175,93	84,00
Centro día/n	16.917.106,05	1.184.197,42	7,00	15.732.908,63	93,00
Residencia	184.131.528,00	26.699.071,56	14,50	157.432.456,44	85,50
<b>Total servicios</b>	<b>225.690.458,75</b>	<b>31.834.040,67</b>	<b>14,11</b>	<b>193.856.418,08</b>	<b>85,89</b>

Fuente: Elaboración propia.

### Coste total del SAAD en Castilla y León, 2009

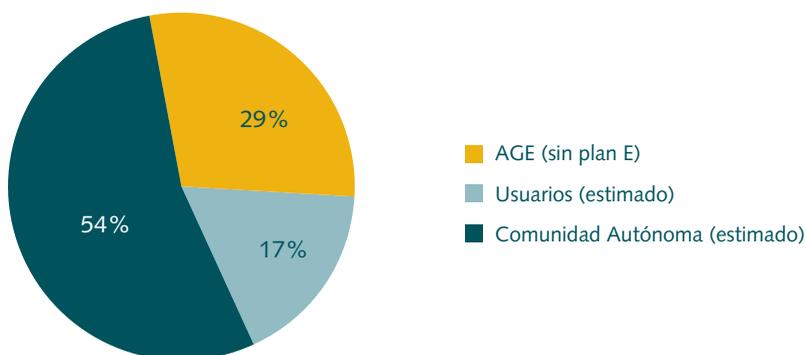
CyL 2009	Total coste máximo €	Reducción o aporte usuarios €	%	Aporte administración en €	%
Prestaciones (PEVS; PECEF; y PEAP)	100.140.465,97	27.387.495,81	27,35	72.752.970,16	72,65
Servicios (Teleasistencia, AD, Centro Día/Noche, Residencia)	225.690.458,75	31.834.040,67	14,11	193.856.418,08	85,89
Gastos de gestión	18.000.000,00			18.000.000,00	
<b>Total</b>	<b>343.830.924,72</b>	<b>59.221.536,48</b>	<b>17,22</b>	<b>284.609.388,24</b>	<b>82,72</b>

- Total costes atención: 325.830.924,72 €
- Total costes gestión: 18.000.000 €
- Total 2009: **343.830.924,72 €**
- Aporte administraciones: 82,72%
- Reducciones o aporte usuarios: 17,22%

## 4.6 El aporte autonómico 2009 para el SAAD en Castilla y León

Según el modelo de análisis de costes que hemos aplicado, una vez obtenidas las estimaciones de coste total de servicios y prestaciones, conociendo la aportación estatal al sistema y obtenida una hipótesis de a cuánto asciende la reducción de coste máximo y/o copago de los usuarios, tenemos:

<b>Total coste SAAD 2009 CyL</b>	<b>343.830.924,72 €</b>	<b>(100,00%)</b>
AGE (mínimo y acordado)	98.626.384,87 €	(28,68 %)
USUARIOS (Copago estimado)	59.221.536,48 €	(17,22 %)
CA (estimado costes atención)	185.983.003,37 €	(54,10 %)



Ya hemos indicado desde el inicio que esta conclusión se basa en estimaciones de coste de los servicios y prestaciones entregados y en estimaciones de copago de los usuarios o reducción de las prestaciones máximas correspondientes según grado y nivel de dependencia en función de su capacidad económica.

Los datos aquí presentados corresponden a estimaciones que no resultan precisas ya que, el dinero destinado a dependencia que aquí se refleja no contempla todos los gastos originados para el funcionamiento del SAAD desde los Servicios Sociales Básicos.

Un análisis correcto del esfuerzo presupuestario debe realizarse sobre gasto real, sobre ejecución, no sobre presupuesto inicial, que no deja de ser una previsión que puede estar muy alejada de la realidad, especialmente cuando es muy difícil de estimar el gasto futuro como en el caso del sistema de atención a la dependencia cuya instauración se está iniciando.

De hecho, según datos de la Gerencia de Servicios Sociales, en el ámbito que nos ocupa, de 2007 a 2009 ha habido un incremento de 131 M € con respecto al presupuesto inicial. De estos 131 M € de incremento sobre las previsiones, 30 corresponden a la administración central y 101 a la CA.

Por último, hay que considerar que la atención a la dependencia es más que las prestaciones, pues hay otros gastos que sólo corren a cuenta de la CA y que forman parte indisoluble de los costes del sistema como son: inversiones, la atención temprana, las ayudas individuales, y otros.



## **CONSIDERACIONES FINALES**





## Consideraciones finales

Las páginas precedentes ponen de manifiesto que la *implantación del SAAD en Castilla y León*, de acuerdo con lo establecido en la Ley 39/2006, posee algunos rasgos particulares relacionados con aspectos tales como las características propias de Castilla y León: el modelo descentralizado de gestión del SAAD existente en la Comunidad Autónoma, la incardinación del SAAD en el Sistema de Servicios Sociales y las atribuciones que confiere la financiación de todas los niveles de la Administración en la ejecución operativa de la promoción de la autonomía y atención a las situaciones de dependencia en la Región. Estos aspectos han influido y están influyendo en los tres años de desarrollo de la LAAD e implantación del SAAD en Castilla y León.

En primer lugar, *la estructura de la población de Castilla y León*, con una escasa densidad y alto grado de dispersión poblacional, dificulta y encarece la prestación de servicios a todos los ciudadanos de la Comunidad. Esta circunstancia tiene mucha importancia en los aspectos referidos a la financiación del sistema y a que las pautas en el reparto de las aportaciones estatales para el desarrollo de la LAAD tengan en cuenta los denominados criterios correctores (Ej. población potencialmente dependiente, dispersión geográfica, insularidad, superficie de la Comunidad Autónoma, etc.) con la finalidad de realizar una distribución racional, diferenciando el coste que puede suponer dispensar los servicios en una región como Castilla y León con una población dispersa.

La aplicación de la LAAD en Castilla y León no puede analizarse al margen de la realidad geográfica de la Comunidad, donde la población se disemina en un mosaico de poblados a los que no siempre es fácil atender. A este dato, sin duda determinante, hay que añadir que muchas de las personas que pueden solicitar la valoración de dependencia y tener derecho a algunos de los servicios o prestaciones del SAAD, viven en poblaciones de reducido tamaño, lo que dificulta no solo el proceso para la información, la solicitud y la valoración, sino también para el seguimiento y sobre todo para el acceso a los dispositivos en servicios y recursos adecuados o idóneos para su situación.

Hay otra variable demográfica, el envejecimiento poblacional, que hace pensar que *en Castilla y León todavía hay una baja cobertura* de la aplicación de la LAAD en

relación a lo esperable. Si, como hemos señalado, alrededor del 80% de las personas en situación de dependencia en España es mayor de 65 años, y el índice de envejecimiento de Castilla y León es de los más elevados de España, sería esperable un mayor número de usuarios del SAAD de los que actualmente acceden al sistema.

Al respecto, ha de considerarse, que Castilla y León tiene una amplia cobertura de servicios sociales tradicionales, por lo que muchas personas ya atendidas pueden no haber visto necesario solicitar prestaciones de la Ley de dependencia (como por ejemplo, ayuda a domicilio o personas con discapacidad).

Castilla y León posee uno de los *modelos más descentralizados de gestión del SAAD*, de forma que las Corporaciones Locales –Ayuntamientos y Diputaciones Provinciales– adquieren un gran protagonismo en la valoración de las situaciones de dependencia y en la organización y gestión de la provisión de los servicios a prestar. Ello también puede implicar el riesgo de crear una heterogeneidad en los diversos procedimientos de cada Entidad Local.

En la configuración del mapa de servicios sociales de Castilla y León la pieza esencial en el desarrollo del proceso de unificación son los Centros de Acción Social (CEAS), dependientes de las entidades locales y conceptuados como estructuras organizativas de primer nivel del sistema de servicios sociales, han venido siendo progresivamente configurados como verdadera puerta de acceso a éste.

La población más directamente relacionada con las medidas de promoción de la autonomía y atención a las situaciones de dependencia –con más frecuencia personas mayores y personas con discapacidad– también poseen en Castilla y León una estructura común de recursos que ya se venían prestando desde el Sistema de Servicios Sociales específicos.

En Castilla y León, la naturaleza del sistema unificado está en permanente y progresivo ajuste de mejora, lo que sitúa a la región como una de las mejor valoradas en su procedimiento de valoración. Así lo demuestran las recientes evaluaciones que indican un buen nivel de implantación del SAAD en la Comunidad Autónoma. Sin embargo, hay algunos aspectos que pueden ser mejorables. En la actualidad, las solicitudes de valoración son tramitadas y siguen el curso administrativo, con independencia del resultado que se vaya a obtener en el procedimiento. Esto puede afectar a la eficacia y velocidad en la resolución, asignación y distribución de los recursos.

La *descentralización de la gestión y las resoluciones en las Gerencias Territoriales de Servicios Sociales* ha permitido agilizar los trámites y con ello reducir el tiempo de espera en el reconocimiento de la situación de dependencia y la consiguiente atribución de los servicios y prestaciones según lo reconocido. Por su parte, las Entidades Locales desarrollan un papel fundamental en la entrada y gestión del proce-

dimiento de valoración de las situaciones de autonomía y dependencia en la región. La reducción de los pasos en el procedimiento de valoración y reconocimiento de la situación de dependencia permite que, en el momento de formular su solicitud, la persona interesada pueda aportar la documentación necesaria para elaborar el Programa Individual de Atención PIA (informe sanitario, datos económicos, datos patrimoniales, información del cónyuge) y pueda realizar la elección, entre los servicios y prestaciones a los que pudiera tener derecho. Por otro lado, la Resolución Administrativa única incluye: reconocimiento de la situación de dependencia, PIA y elección de las prestaciones o servicios que correspondan. Lo que la LAAD establece como tres pasos diferenciados, en Castilla y León se recogen en una Resolución Administrativa unificada.

La Ley establece varios pasos en el proceso de reconocimiento de la situación de dependencia. En Castilla y León se han vertebrado medidas para reducir los procedimientos establecidos en el proceso de valoración y reconocimiento de la situación de dependencia. Las funciones de valoración se atribuyen a profesionales públicos de los servicios sociales y sanitarios que, por sus características, se consideran capacitados para poder conocer y graduar la situación de dependencia. Ello supone que no ha tenido lugar la creación de un órgano específico. Dichos profesionales son los que ejercen las funciones en materia de dependencia.

La existencia de un modelo normalizado de solicitud de dependencia, como el de Castilla y León, permite realizar la elección de una prestación o servicio, con lo que se ahorra tiempo en la resolución.

Además de las modificaciones normativas ya indicadas, de la situación de ventanilla única en el acceso de los usuarios a los servicios sociales (SAUSS) y de las modificaciones para aligerar la solicitud y valoración, un hecho que ha facilitado los procedimientos de gestión de los expedientes ha sido el refuerzo paulatino y progresivo de los equipos técnicos de valoración en Castilla y León.

*La incardinación del SAAD en el sistema de servicios sociales* supone la coexistencia de dos procesos paralelos de respuesta para una misma necesidad, los que se producen a través de los servicios sociales, reconocidos en las distintas leyes autonómicas, y los servicios sociales, cuyos usuarios son las personas que por padecer alguna limitación que afecta a su autonomía personal, y así está valorada mediante los instrumentos diseñados para tal fin, desde el desarrollo de la LAAD se les reconoce el derecho a determinadas prestaciones y servicios. Esta circunstancia podrá superarse con la completa integración del SAAD en la Red Autonómica de Servicios Sociales tal como está previsto en el Anteproyecto de Ley de Servicios Sociales de Castilla y León, actualmente en trámite parlamentario.

Mientras tanto, se observan algunos puntos que resultan mejorables en la eficacia de las vertientes del SAAD. Así por ejemplo encontramos que, actualmente, las

solicitudes son gestionadas por el Servicio de Acción Básica e Integración de las Gerencias Territoriales de Servicios Sociales (GTSS), las prestaciones son gestionadas por el Servicio de Prestaciones de las GTSS; en los servicios de estancias diurnas y atención residencial interviene el Servicio de Mayores de las GTSS y el Servicio de Ayuda a Domicilio (SAD) o la teleasistencia son gestionados por las EELL. Anteriormente a la aplicación de la LAAD, las solicitudes se gestionaban de manera directa en cada servicio o en el CEAS. El hecho de participar más agentes contribuye a que el proceso sea más lento. De hecho, actualmente puede ocurrir que el proceso se alargue más de seis meses hasta recibir una prestación (caso de la ayuda a domicilio), mientras que la misma prestación se puede obtener en tan solo tres semanas por la vía de los servicios sociales (no por dependencia). Además, para los que solicitan reconocimiento de dependencia, los procedimientos, la resolución administrativa regional de dependencia se ha de hacer también a través de un proceso administrativo local.

Las dificultades anteriores se ven superadas a medida que los procesos no se producen de manera secuenciada, sino que pueden ser simultáneos, ya que para acceder a los servicios no se tiene que esperar a la resolución de dependencia, basta con disponer del dictamen de grado y nivel y continuar con la tramitación del servicio concreto mientras se concluye el expediente de dependencia.

El avance de los aspectos a favorecer y la superación de las dificultades del SAAD no son ajenos a la necesaria *financiación*. El gasto de LAAD actual está alrededor del 0,6% del PIB, estimando que llegará al 1,5% del PIB en el 2015. *“Una vez alcanzado este 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”* (Cervera Macià, M., Herce San Miguel, J. A., López Casasnovas, G., Rodríguez Cabrero, G., Sosvilla Rivero, S., 2009: 66). La dinámica demográfica en Castilla y León nos sitúa ante una previsible evolución creciente y la gestión del catálogo de prestaciones en esta misma comunidad tendrá que ver, sin duda, con la articulación de los servicios y prestaciones de la LAAD y los contemplados en el Proyecto de Ley de Servicios Sociales y Atención a la Dependencia. No hemos de olvidar que el SAAD, aunque muy importante, es una parte del sistema de protección pública de la dependencia.

Las dificultades económicas están repercutiendo en la protección social a causa de las restricciones presupuestarias. Esta tendencia se produce cuando las necesidades derivadas también de la longevidad se hacen más evidentes, con lo que aumenta la atención en situaciones de dependencia y la conveniencia de intervenciones adecuadas para la promoción de la autonomía que podrían prevenir y frenar el proceso de dependencia. La atención es costosa, la prevención ahorra coste a medio plazo, sin embargo la LAAD se limita a los casos en los que ya está instaurada y recono-

cida la dependencia. Todo ello nos plantea la conveniencia de buscar modalidades de respuestas adecuadas a las situaciones específicas y diversas, que además se planteen con la máxima eficiencia.

Cierto que la LAAD plantea la preferencia de los servicios sobre las prestaciones económicas. Algunas modalidades alternativas a las respuestas actuales pueden ser preferidas por los usuarios y ser menos costosas. Es bastante frecuente que la persona con necesidad de atención prefiera modalidades de respuesta lo más relacionadas posible con su vida cotidiana, cercanas al medio, y estas respuestas no tienen por qué ser más costosas económicamente. Así lo afirman autores como J. Pacolet, quien nos dice que *“los cuidados en una residencia son más baratos que los cuidados en un hospital; la provisión de vivienda protegida es más barata que la atención en una residencia asistida, dependiendo siempre de cómo uno ve el tema de la dependencia; los cuidados informales retribuidos son más baratos que los cuidados formales pagados. Cierto es que existen límites en la contribución de la diversificación de los recursos asistenciales a la contención de costes; las viviendas protegidas necesitan más servicios, existe una convergencia creciente entre los servicios en pisos, las residencias de la tercera edad y las residencias de cuidados asistidos que, eventualmente acaban teniendo las mismas necesidades para los mismos grupos de personas mayores”* (Pacolet, 2009: 62-63).

Esta diversificación parece necesitar, además de un equipamiento adecuado de cada una de las modalidades de respuesta, una coordinación de recursos que permita la respuesta ágil y eficiente, dentro del mismo sistema y en coordinación entre el sistema de servicios sociales y el sanitario, como se ha referido en otros puntos de este informe.

Son éstas exigencias de sostenibilidad. Es bien conocida la diferencia de gasto entre la plaza ocupada en un hospital y lo que puede suponer la plaza en una residencia; además la persona mayor encuentra dificultades en su autonomía y orientación en ingresos hospitalarios innecesarios y prolongados.

A este respecto, el Consejero de Familia e Igualdad de Oportunidades en Castilla y León viene afirmando en determinadas comparecencias que no se ha de considerar tanto el ahorro, puesto que la cama en un hospital viene ocupada cuando no la ocupa una persona mayor, pero considera más apropiada la atención a determinadas situaciones de dependencia mediante estancias temporales en residencias, en las que se integren adecuados cuidados de enfermería y vigilancia médica, para una vez superada la crisis o fase aguda, volver a su domicilio o residencia habitual.

Vinculada a la sostenibilidad y racionalidad económica está la coordinación sociosanitaria. Nos afirman D. Casado y F. Fantova, *“por economía y seguridad, la conexión sociosanitaria debe ser facilitada en todo lo que sea posible mediante soluciones*

*estructurales, como la máxima coincidencia que resulte posible en las demarcaciones territoriales públicas de las dos ramas” (Casado D., y Fantova, F., 2009:23)”.*

Para esta coordinación, no se trata tanto de pensar en nuevos sistemas, y sí en protocolos de atención común compartidos en el sistema sanitario y en el sistema social para decidir en qué momento el paciente debe quedar ingresado o volver a su domicilio o a la residencia y en qué condiciones. También en este proceso parece de alto interés el gestor de caso, profesional que conoce la situación y tramita ágilmente las ayudas necesarias y adecuadas en cada etapa del proceso; de este modo se pueden garantizar en el seguimiento, las medidas de atención a las situaciones de dependencia y las medidas de promoción de la autonomía.

Respecto al copago no hemos de olvidar que la mayoría de las personas atendidas por el SAAD son personas mayores en una buena parte con pensiones bajas; en Castilla y León, el 60% de las personas atendidas pasan de los 80 años.

Tal como está actualmente el copago de los ciudadanos, está castigando en cierto modo a las rentas medias, mientras que las más altas salen beneficiadas porque se pierde la progresividad cuando se llega a un tope. Además en las comunidades autónomas más pobres han de aportar más recursos económicos porque las pensiones tienden a ser también inferiores.

Se viene prestando particular interés en lo referente al impacto económico de la LAAD al retorno económico que produce la puesta en marcha del sistema correspondiente derivado del empleo generado. En el Libro Blanco que precede a la Ley 39/2006 se estimaba que en el 2010 se alcanzará, con la puesta en marcha de la Ley, unos 262.000 empleos directos y 190.000 inducidos, con lo que además muchos de los empleados inmigrantes pasarían a cotizar desde la situación de trabajo sumergido. La Encuesta de Población Activa (EPA) recoge la creación de 91.400 entre el primer cuatrimestre del 2008 y el último de 2009, con lo que baja mucho el retorno fiscal previsto en unos 2.000 millones de euros. Uno de los motivos de este “desfase” entre previsiones y resultados en lo referente al empleo generado se debe a que el 57% del total de ayudas concedidas corresponden a cuidadores en el entorno familiar que realizan miembros propios de la familia.

Sin quitar interés al retorno caben, al menos, dos consideraciones al respecto. Por una parte, este retorno repercute más en el Administración General del Estado (cotizaciones, generación de empleo, reducción de prestaciones por desempleo...) que en la Comunidad Autónoma. Por otra parte, la generación de empleo, en el tema que nos ocupa, ha de huir del riesgo de tomar decisiones en función de la política de empleo más que del interés del ciudadano.

El proceso de mejora del SAAD en Castilla y León además de las consideraciones anteriores, pasa ineludiblemente por la formación y cualificación de profesionales y cuidadores y por la evaluación e investigación que orienten los procesos a seguir.

La puesta en marcha de la LAAD ha significado un esfuerzo importante en la *formación y capacitación de los profesionales*. Estos profesionales con experiencia deberían elaborar un informe evaluativo sobre las características, ventajas y desventajas de la aplicación del BVD, así como las expectativas y desviaciones que desde la parte de la demanda, usuarios y familiares, plantean en el marco de la dependencia. Estos informes autoevaluativos podrían constituir una base para elaborar un manual de buenas prácticas, útil para los profesionales que hayan de intervenir en el proceso.

Cuando hablamos de cuidadores profesionales nos referimos a las actuaciones que se realizan por personal cualificado bien en el domicilio (teleasistencia o ayuda a domicilio), o en instituciones como son las residencias o centros de día o de noche.

Si los dispositivos sociales previstos en el catálogo de servicios de la LAAD pretenden garantizar un derecho, mejorar la calidad de vida de las personas que se encuentran en situación de pérdida de autonomía, compensar los déficits que tienen, y estos servicios son los elegidos conjuntamente por los profesionales y las personas en situación de dependencia o su entorno familiar, es de suponer que los profesionales conocen la situación de las personas a las que ofrecen y prestan los servicios, cuáles son sus limitaciones, cuáles son sus características, cuál es el fin del servicio que ellos prestan para garantizar la autonomía personal y en qué medida pueden mejorar la calidad de vida de las personas que atiende. Como se trata de una relación personal, estos profesionales tienen que tener el cuidado de prestar el servicio en las mejores condiciones, evitando abusos, maltratos y situaciones que pongan en riesgo la integridad de las personas que quieren proteger.

Es responsabilidad de los gerentes de los servicios, de los coordinadores, de los jefes de equipo hacer el seguimiento y supervisión, evaluación, mediante técnicas de observación, informes solicitados a la persona dependiente y a los profesionales que prestan el servicio, con el fin de garantizar la calidad de los mismos. Si no fuera así la prestación del servicio que reconoce un derecho subjetivo, tendría unas limitaciones importantes. Los profesionales que prestan los servicios han de tener la formación, cualificación y apoyos necesarios por parte de directores, supervisores y responsables y han de contar con la certificación para poder llevar a cabo esas tareas.

Como hemos visto en este informe, también los cuidadores no profesionales han de tener la cualificación necesaria y la acreditación correspondiente, para garantizar la prestación del servicio.

El Consejo Territorial del SAAD viene planteando mejoras para el desarrollo de la Ley, falta la evaluación política desde la propia administración que gestiona el ser-

vicio. Deberán impulsarse o promoverse estudios realizados desde los propios usuarios a través de movimientos, colectivos y grupos de afectados o de familiares de afectados, donde se pongan de manifiesto tanto los beneficios como las desventajas, desajustes, carencias, incongruencias o contracciones del sistema. Junto a esto, el mundo empresarial y los agentes sociales tienen un papel básico, elaborando iniciativas emprendedoras capaces de dar alternativas y respuestas a la cartera de servicios en precios competitivos y en calidad demostrada a las personas en situación de dependencia.



## **BIBLIOGRAFÍA POR CAPÍTULOS**





## CAPÍTULO 1

- ALONSO SECO, J. M. y GONZALO GONZÁLEZ, B. (1997). *La asistencia social y los servicios sociales en España*. Madrid: Boletín Oficial del Estado.
- AZNAR LÓPEZ, M. (1999). La protección social de la dependencia en España (legislación del Estado). En RODRÍGUEZ CABRERO, G. (coordinación). *La protección social de la dependencia*. Madrid. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- CASADO, D. (1991). *Panorámica de la discapacidad*. Barcelona. INTRESS.
- (1995). *Ante la discapacidad. Glosas iberoamericanas*. Buenos Aires: Lumen.
- (2008). Los servicios sociales: carencias relativas a las situaciones de pobreza y marginación social; y exclusiones y desigualdades de su acción protectora. En ARRIBA GONZÁLEZ DE DURIANA, A. (coordinadora). *Políticas y bienes sociales. Procesos de vulnerabilidad y exclusión social*. Madrid: Fundación FOESSA.
- CONSEJO DE EUROPA, Recomendación nº (98) 9 del Comité de Ministros a los Estados miembros relativa a la dependencia. Adoptada en 18 de septiembre de 1998. Versión en español del IMSERSO (Observatorio de personas mayores) (1999). *Vejez y protección social a la dependencia en Europa*. Madrid. Instituto de Migraciones y de Servicios Sociales.
- CRUZ, P. R. (1993). Programa y perspectivas del movimiento 'Vida Independiente' en Iberoamérica. *Boletín del Real Patronato*, nº 24.
- DE JONG, G. (1979). *The movement for independent living: origins, ideology and implications for disability research*. Michigan State University.
- FERNÁNDEZ BALLESTEROS, R. et al. (1997). *Calidad de vida en la vejez en distintos contextos*. Madrid. INSERSO.
- FERRATER MORA, J. ([1951] 1965). *Diccionario de Filosofía*. Buenos Aires: Editorial Sudamericana.
- MINISTERIO DE TRABAJO Y ASUNTOS SOCIALES (2004). *Atención a las personas en situación de dependencia en España. Libro Blanco*. Madrid.

- MITCHELL, P. (1990). La vida Independiente, en *Perspectivas de Rehabilitación internacional*. Instituto Nacional de Servicios Sociales.
- OMS (2002). Envejecimiento activo: un marco político. En *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, Vol. 37, Suplemento 2.
- PACOLET, J. et al. (1998). *Social Protection for Dependency in Old Age in 15 EU Member States and Norway*. Brussels: Comission of the European Communities.
- PUIG DE LA BELLACASA, P. ([1987] 1999). Concepciones, paradigmas y evolución de las mentalidades sobre la discapacidad. En *Discapacidad y comunicación social*. Madrid. Real Patronato de Prevención y de Atención a las Personas con Minusvalía.
- RATZKA, A. (1994). *Vida independiente*. Estocolmo: Instituto de Vida Independiente (mecanografiado).
- RODRÍGUEZ CABRERO, G. (coordinación) (1999). *La protección social de la dependencia*. Madrid. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- (2005). “La protección social de las personas en situación de dependencia en España en el contexto de las políticas europeas de cuidados de larga duración”. En VV. AA. *Actores sociales y reformas del bienestar*. Madrid. Consejo Superior de Investigaciones Científicas.
- SARASA, S. Y MORENO, L. (1995), *El estado de bienestar en la Europa del Sur*. Madrid. Consejo Superior de Investigaciones Científicas..
- TRONCOSO, M. V. y FLÓREZ, I. (2006). *Mi hija tiene síndrome de Down*. Madrid: La Esfera de los Libros.
- VERDUGO, M. A. y SHALOCK, R. L. (2001). El concepto de calidad de vida en los servicios humanos. En VERDUGO ALONSO, M. A. y JORDÁN DE URRÍES VEGA, F. DE B., *Apoyos, autodeterminación y calidad de vida*. Salamanca: Amaru.
- WEHMEYER, M. L. (2001). Autodeterminación. Una visión de conjunto. En VERDUGO ALONSO, M. A. y JORDÁN DE URRÍES VEGA, F. DE B., *Apoyos, autodeterminación y calidad de vida*. Salamanca: Amaru.

## CAPÍTULO 2

- ASOCIACIÓN AMERICANA SOBRE RETRASO MENTAL (2004). *Retraso mental. Definición, clasificación y sistemas de apoyo*. Madrid: Alianza Editorial.
- AZNAR LÓPEZ, M. (1999). La protección social de la dependencia en España (legislación del Estado). En RODRÍGUEZ CABRERO, G. (coordinación). *La protección social de la dependencia* (175-344). Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, IMSERSO.
- CASADO, D. (2006). Como abordar la dependencia funcional. En PUYOL, R. y ABELLÁN GARCÍA, A. (coord). *Una mirada al panorama futuro de la población española* (111-127). Madrid: Mondial Assistance.
- (2007a). Apunte histórico de la construcción de los servicios sociales. En CASADO, D y FANTOVA, F. (coordinadores). *Perfeccionamiento de los servicios sociales en España* (101-145). Madrid: Fundación FOESSA.
- (2007b). Objetivos permanentes y enfoques de los servicios sociales. En CASADO, D y FANTOVA, F. (coordinadores). *Perfeccionamiento de los servicios sociales en España* (255-287). Madrid: Fundación FOESSA.
- (2007c). La Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia y su contexto de medidas públicas. En *Documentación Administrativa*, 276-277; septiembre-diciembre 2006 y enero-abril 2007 (81-112).
- (2009a). Respuestas a la dependencia anteriores a la Ley sobre la misma. En ARRIBA GONZÁLEZ DE DURANA, A. y MORENO FUENTES, J. *El tratamiento de la dependencia en los regímenes de bienestar europeos contemporáneos* (257-281). Ministerio de Sanidad y Políticas Sociales, IMSERSO.
- (2009b). Introducción a la gestión de caso (y métodos afines). En *Políticas Sociales en Europa*. Nº 25-26 (9-21).
- MINISTERIO DE TRABAJO Y ASUNTOS SOCIALES (2004). *Atención a las personas en situación de dependencia en España. Libro Blanco*. Madrid
- RODRÍGUEZ CABRERO, G. (2004). La población dependiente española y sus cuidadores. En CASADO, D. (dir.), *Respuestas a la dependencia* (53-76). Madrid: Editorial CCS.
- RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ, P. (2006). *El sistema de servicios sociales español y las necesidades de la atención a la dependencia*, Madrid: Fundación Alternativas.
- ROGERO GARCÍA, J. (2009). *Los tiempos del cuidado. El impacto de la dependencia de los mayores en la vida cotidiana de sus cuidadores*, tesis doctoral. Departamento de Sociología I (Cambio Social), Universidad Complutense de Madrid, Facultad de Ciencias Políticas y Sociología.

SEMINARIO DE INTERVENCIÓN Y POLÍTICAS SOCIALES –SIPOSO– (2008). *Anotaciones a la LAAD*. Madrid: Editorial Polibea.

VILÀ, A. (2004). Estructuras institucionales de la protección de la dependencia funcional. En CASADO, D. (dir.), *Ante la dependencia* (135-166). Madrid: Editorial CCS.

## CAPÍTULO 3

- ALCANTUD, F., SOTOS PORTALÉS, C. (2007). *Discapacidad, envejecimiento y dependencia: EL PAPEL DE LAS TECNOLOGÍAS*. UNIVERSITAT DE VALENCIA ESTUDI GENERAL.
- ARRIBA GONZÁLEZ DE DURANA, A. y MORENO FUENTES, F.J. (2009). *El tratamiento de la dependencia en los regímenes de bienestar europeos contemporáneos*, Colección Estudios, Serie Dependencia N.º 12007. Madrid. Instituto de Mayores Y Servicios Sociales (Imserso).
- BARRIGA MARTÍN, L. A. (2009). *Evolución gráfica de la gestión del SAAD por CC.AA. Evolución solicitantes; dictámenes de grado y nivel de dependencia; PIAS elaborados; personas atendidas y tiempos de respuesta*. Asociación Estatal de Directores/as y gerentes de Servicios Sociales. Disponible en <http://www.imserosmayores.csic.es/documentos/documentos/barriga-Evolucion-01.Pdf>
- BARRIGA MARTÍN, L. A., BREZMES NIETO, M. J., GARCÍA HERRERO, G., RAMÍREZ NAVARRO, J. M. (2009). *III Dictamen sobre el Desarrollo e implantación territorial de la Ley de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia*. Observatorio de la dependencia. Madrid. Asociación de Directoras y Gerentes de Servicios Sociales. Consejo de Colegios de Diplomados en Trabajo Social.
- (2010). *IV Dictamen sobre el Desarrollo e implantación territorial de la Ley de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia*. Observatorio de la dependencia. Madrid. Asociación de Directoras y Gerentes de Servicios Sociales. Consejo de Colegios de Diplomados en Trabajo Social.
- BARRIO ALISTE DEL, J.M. (2009). *La población de Castilla y León en los inicios del siglo XXI*. Valladolid. Fundación Perspectivas de Castilla y León.
- BREZMES NIETO, M. J. Y BARRIGA MARTÍN, L. A. (2008). *Guía básica sobre la promoción de la autonomía personal y el cuidado de las personas en situación de dependencia en Castilla y León*. Valladolid. Universidad de Valladolid.
- CASADO, D. (dir). (2008). *Coordinación (gruesa y fina) en y entre los Servicios Sanitarios y Sociales*. Barcelona. Hacer Editorial.
- (Coord), (2009). *Gestión de caso (métodos afines) en servicios sanitarios y Sociales*. Barcelona. Hacer Editorial.
- CERVERA MACIÀ, M., HERCE SAN MIGUEL, J. A., LÓPEZ CASASNOVAS, G., RODRÍGUEZ CABRERO, G., SOSVILLA RIVERO, S. (2009). *Informe final del grupo de expertos para la evaluación del desarrollo y efectiva aplicación de la Ley 39/2006 14 de diciembre de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en*

- situación de dependencia*. Madrid. Disponible en, <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/comisionexpertos-informe-01.pdf>
- CONSEJO ECONÓMICO Y SOCIAL DE CASTILLA Y LEÓN (2005). *Situación Económica y Social de Castilla y León*. Valladolid. Consejo Económico y Social. Valladolid. Tomo II. Capítulo 3. Página 608.
- (2009). *Perspectivas del envejecimiento activo en Castilla y León*. Valladolid. Informe del Consejo Económico y Social de Castilla y León, a Iniciativa Propia IIP 1/09, pp. 215.
- CONSEJO TERRITORIAL DEL SAAD (2009). *Propuesta de acuerdo del Consejo Territorial del SAAD, sobre modificación del Real Decreto 504/2007 y ampliación de los acuerdos en materia de valoración de la situación de dependencia establecidos el 22 de enero de 2007*. Madrid. Disponible en <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/comisionexpertos-informe-01.pdf>
- COOK, A. y HUSSEY, S. (2001). *Assistive technologies: Principles and practice* (2<sup>nd</sup> ed.). California: Mosby Year-Book, Inc.
- GARCÍA HERRERO, G. y RAMÍREZ NAVARRO, J. M. (2008). *Ley de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia. Análisis y comentarios*. Zaragoza. CGTS. Libros Certeza.
- IMSERSO (2006). *Manual de uso para el empleo de la escala de valoración específica de la situación de dependencia. Edades de cero a tres años (EVE)*. Madrid.
- (2006). *Manual de uso para el empleo del baremo de valoración de la dependencia (BVD)*. Madrid.
- BENÍTEZ, E. J., POVEDA, R., BOLLAÍN, C., PORCAR, R., SÁNCHEZ, J., PRAT, J., ANDRADE, X. (2009). *El sistema estatal de atención sociosanitaria en el ámbito de la dependencia. El caso español y otros modelos de referencia*. Valencia. Asociación para el cuidado de la calidad de vida e Instituto de Biomecánica de Valencia.
- JENARO RÍO, C. (dir.) (2007). *Necesidades en el medio rural de las personas con gran discapacidad física y sus familias. Informe de Resultados 2006*. Salamanca. INICO. Plataforma Representativa Estatal de Discapacitados Físicos (PREDIF).
- JIMÉNEZ LARA, A. (2005). *Las personas con dependencia en Castilla y León*, Valladolid. Edición Junta de Castilla y León.
- JUNTA DE CASTILLA Y LEÓN (2003a). *II Plan Sociosanitario de Castilla y León*. Valladolid. Consejería de Sanidad. Dirección General de Planificación y Ordenación

- (2003b). *Manual de procedimiento. Guía para el funcionamiento de las comisiones de coordinación sociosanitaria*. Valladolid. Consejería de Sanidad. Dirección General de Planificación y Ordenación.
- (2004). *Manual de Funcionamiento de los Equipos de Coordinación de Base. Coordinación Sociosanitaria*. Consejería de Sanidad. Dirección General de Planificación y Ordenación.
- (2008). *Carta de Servicios de Atención Primaria*. Valladolid. Consejería de Sanidad. Gerencia Regional de Salud.
- (2007). *Guía para la gestión compartida de casos de coordinación sociosanitaria. Equipos de Coordinación de Base*. Valladolid. Consejería de Sanidad
- (2009a). *El Sistema de Acceso Unificado a los Servicios Sociales de Castilla y León*. Valladolid. Dirección General de Política Social y atención a la Dependencia. Gerencia de Servicios Sociales de la Junta de Castilla y León. Presentado en el I Congreso Nacional de Nuevas Tecnologías y Dependencia. 15-01-2009.
- (2009b). *Informe de balance de la Ley de Dependencia en Castilla y León. Gerencia de Servicios Sociales de la Junta de Castilla y León*. Valladolid. Disponible en: [http://www.jcyl.es/web/jcyl/Familia/es/Plantilla100/1179470046999/\\_/\\_/\\_](http://www.jcyl.es/web/jcyl/Familia/es/Plantilla100/1179470046999/_/_/_).
- LÓPEZ LÓPEZ, M. T. (DIR.), BADENES PLA, N. y UTRILLA DE LA HOZ, A. (2009). *Colaboración público-privada en la protección a la dependencia. Instituto de Empresa*. Madrid. Centro PwC & IE del Sector Público.
- MARTÍNEZ RODRÍGUEZ, T. (2009). *La intervención psicosocial en contextos rurales con familias de personas mayores en situación de dependencia*, Madrid. IMSERSO.
- MINISTERIO DE SANIDAD Y POLÍTICA SOCIAL (2008). *Documento técnico de trabajo relativo a la prestación económica para cuidados en el entorno familiar y apoyo a cuidadores no profesionales*. Madrid. IMSERSO (Elaborado por los representantes del IMSERSO en el grupo de trabajo sobre acciones de apoyo a cuidadores no profesionales y condiciones específicas de acceso a la prestación económica de asistencia personal. Secretaría General de Política Social).
- OBSERVATORIO REGIONAL DE LA SOCIEDAD DE LA INFORMACIÓN (ORSI) (2008). *E.-accesibilidad. Eliminación de barreras para el acceso a la Sociedad Digital del Conocimiento*. Valladolid. Consejería de Fomento. Junta de Castilla y León
- PEREÑA VICENTE, M. (2008), *Dependencia e incapacidad. Libertad de elección del cuidador o del tutor*, Madrid. Editorial Universitaria. Ramón Areces.

- PROCURADOR DEL COMÚN DE CASTILLA Y LEÓN (2009). *Informe de Actuación de Oficio 2008/1109 sobre la Aplicación de la Ley de dependencia en Castilla y León*. Valladolid.
- RODRÍGUEZ CABRERO, G. (2002). La Protección Social de la Dependencia. *Boletín informativo trabajo social*, nº. 2, 2002. Cuenca. Universidad de Castilla-La Mancha: Escuela Universitaria de Trabajo Social de Cuenca.
- ROQUETA BUJ, R. (Coord). (2007). *La protección de la dependencia. Comentarios a la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia*. Valencia. Tirant Lo Blanch.
- VV.AA. (2009). *Análisis de los desarrollos normativos del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia. Estudio comparativo autonómico realizado por la Confederación de Autismo de España y el Departamento de Derecho Público de Landwell Price Waterhouse Coopers*. Madrid. Colección CERMI.es.

## CAPÍTULO 4

- ALBARRÁN LOZANO, I., y ALONSO GONZÁLEZ, P. (2009). La población dependiente en España: estimación del número y coste global asociado a su cuidado. En *Estudios de Economía*, vol. 36, n.º 2, diciembre, pp. 127-163.
- ARRIBA GONZALEZ DE DURANA, A., y MORENO FUENTES, F. J. (2009). *El tratamiento de la dependencia en los regímenes europeos contemporáneos*. Madrid. Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO). Ministerio de Sanidad y Política Social.
- BARRIGA MARTÍN, L. A. (2009). *Evolución gráfica de la gestión del SAAD por CC.AA. Evolución solicitantes; dictámenes de grado y nivel de dependencia; PIAS elaborados; personas atendidas y tiempos de respuesta*. Asociación Estatal de Directores/as y gerentes de Servicios Sociales. Disponible en <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/barriga-evolucion-01.pdf>
- BARRIGA MARTÍN, L. A., BREZMES NIETO, M. J., GARCÍA HERRERO, G., RAMÍREZ NAVARRO, J. M. (2009). *III Dictamen sobre el Desarrollo e implantación territorial de la Ley de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia. Observatorio de la dependencia*. Madrid. Asociación de Directoras y Gerentes de Servicios Sociales. Consejo de Colegios de Diplomados en Trabajo Social.
- (2010). *IV Dictamen sobre el Desarrollo e implantación territorial de la Ley de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia. Observatorio de la dependencia*. Madrid. Asociación de Directoras y Gerentes de Servicios Sociales. Consejo de Colegios de Diplomados en Trabajo Social.
- CASADO D., y FANTOVA, F., (2009), Perfeccionamiento de los servicios sociales en España. En *Seminario de de intervención y políticas sociales (SIPOSO)*, Madrid, p. 23.
- CASADO, D. (2010). Los Servicios Sociales: carencias relativas a las situaciones de pobreza, marginación social; y exclusiones y desigualdades de su acción protectora. En ARRIBA GONZALEZ DE DURANA, A (2010). *Políticas y bienes sociales*. p. 535 a 609. Madrid. Ed. Fundación FOESSA.
- CERVERA MACIÀ, M., HERCE SAN MIGUEL, J. A., LÓPEZ CASASNOVAS, G., RODRÍGUEZ CABRERO, G., SOSVILLA RIVERO, S. (2009). *Informe final del grupo de expertos para la evaluación del desarrollo y efectiva aplicación de la Ley 39/2006 14 de diciembre de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia*. Madrid. Recurso en línea,

<http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/comisionexpertos-informe-01.pdf>.

- DELOITTE (2008). "Perspectivas de futuro de los servicios de atención a la dependencia. El servicio de Atención a Domicilio (SAD). Estudio del marco conceptual, oferta, demanda y modelo de costes", Octubre, Accesible en [www.deloitte.es](http://www.deloitte.es).
- EQUIPO PORTAL MAYORES (2010) *Estadísticas sobre residencias: distribución de centros y plazas residenciales por provincia. Datos de octubre de 2009*. ISSN: 1885-6780. Informes –Portal Mayores– nº 10, diciembre de 2009. Disponible en <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/pm-estadisticasresidencias2009.pdf>
- HERRERO SÁNCHEZ, C., y DE LA FUENTE HONRUBIA, A. (2009). Impacto de la entrada en vigor de la Ley 39/2006 sobre el gasto presupuestario de las comunidades autónomas en el período 2006-2009. En *Presupuesto y Gasto Público 56/2009*, Secretaría General de Presupuestos y Gastos, Instituto de Estudios Fiscales.
- JOZEF, P. (2009). Protección social de las personas mayores dependientes en Europa. En ARRIBAS GONZALEZ DE DURANA, A., y MORENO FUENTES, F. J., *El tratamiento de la dependencia en los regímenes europeos contemporáneos*, Madrid. Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO), Madrid. Ministerio de Sanidad y Política Social, pp. 60-93.
- JUNTA DE CASTILLA Y LEÓN (2009). *Informe Balance Ley de Dependencia en Castilla y León 2007-2009*, Gerencia de Servicios Sociales (mayo de 2009), Accesible en [www.jcyl.es](http://www.jcyl.es).
- LEICHSENRING, K., (2009). La atención integral como base de los sistemas emergentes de asistencia de larga duración en Europa. En ARRIBA GONZÁLEZ, A., y MORENO FUENTES, F. J. (2009). *El tratamiento de la dependencia en los regímenes de bienestar europeos contemporáneos*. Madrid. Colección Estudios, serie Dependencia. Ministerio de Sanidad y Política Social, pp. 94-121.
- MARTÍN-SERRANO JIMÉNEZ, E. (2010). La necesidad de un nuevo modelo de financiación del Sistema de Dependencia. *Revista de Servicios Sociales y Política Social*, nº 88, pp. 105-121.
- MINISTERIO DE SANIDAD Y POLÍTICA SOCIAL. IMSERSO (2010) *Informe Anual 2009*, Madrid. Ministerio de Sanidad y Política Social. IMSERSO. Accesible en [www.imserso.es](http://www.imserso.es).
- MONTSERRAT CODORNIU, J. (2009). La "tercera vía de financiación": la contribución económica del usuario. *Rev. Compludoc. Presupuesto y Gasto Público*. Núm. 3 (56), pp. 127-143.

- MORÁN, C., (2010). La sostenibilidad del Estado de Bienestar. No sólo falta dinero para la dependencia, falta control. En *El País*, 2 de mayo de 2010 “Los cuidados en casa frenan el empleo”, en *El País*, 3 de mayo de 2010. Dependencia. La coordinación sociosanitaria. Ideas para ahorrar 1.500 millones. En *El País*, 4 de mayo de 2010. Las Comunidades deben cumplir en dependencia. En el *El País*, 7 de mayo de 2010.
- OECD (2005). Ensuring quality long-term care for older people, *Policy Brief*, fol. marc. 2005, OECD, <http://www.oecd.org/publications/policybriefs>.
- PACOLET, J. (2009). Protección social de personas mayores dependientes en Europa. En ARRIBA GONZÁLEZ, A., y MORENO, F. J. (2009). *El tratamiento de la dependencia en los regímenes de bienestar europeos contemporáneos*. Madrid. IMSERSO. Disponible en: <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/arriba-tratamientodep01.pdf>
- REAL DECRETO 73/2009, de 30 de enero, sobre las prestaciones económicas de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia para el ejercicio 2009. BOLETÍN OFICIAL DEL ESTADO Núm. 27, sábado 31 de enero de 2009 Sec. I. P. 10425.
- SEMINARIO DE INTERVENCIÓN Y POLÍTICAS SOCIALES –SIPOSO– (2008). *Anotaciones a la LAAD*. Cuaderno nº 2. Madrid: Editorial Polibea.
- VILAPLANA PRIETO, C. (2010). Análisis del copago en las prestaciones económicas del Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia. En el XVII Encuentro de Economía Pública *Políticas Públicas ante la Crisis*. Universidad de Murcia y celebrado los días 5 y 6 de febrero de 2010, accesible en: <http://www.um.es/dp-hacienda/eep2010/programa.php>.





## **GLOSARIO DE SIGLAS**





- ABVD:** Actividades Básicas de la Vida Diaria.
- AIVD:** Actividades Instrumentales de la Vida Diaria.
- AGE:** Administración General del Estado.
- BOE:** Boletín Oficial del Estado.
- BOCyL:** Boletín Oficial de Castilla y León.
- BVD:** Baremo de Valoración de la Dependencia.
- CC.AA.:** Comunidades Autónomas.
- CEAS:** Centro de Acción Social.
- CECOMFE:** Confederación de Personas con Discapacidad Física.
- CES:** Consejo Económico y Social.
- CIE-10:** Clasificación Internacional de Enfermedades, 10ª edición.
- CLD:** Cuidados de Larga Duración.
- DI/EM:** Discapacidad Intelectual / Enfermedad Mental.
- EE.LL.:** Entidades Locales.
- ECB:** Equipos de Coordinación de Base.
- EPA:** Encuesta de Población Activa.
- EVE:** Escala de Valoración Específica.
- FAM:** Familia (Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades).
- FEAPS CyL:** Federación Castellano-Leonesa de Asociaciones a favor de las personas con discapacidad intelectual.
- FED:** Federación Empresarial de Asistencia a la Dependencia.
- IMSERSO:** Instituto de Mayores y Servicios Sociales.
- INE:** Instituto Nacional de Estadística.
- IPREM:** Indicador Público de Rentas de Efectos Múltiples.
- IRPF:** Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas.

- ISO:** Internacional Standardization Organization.
- IVA:** Impuesto Valor Añadido.
- LAAD:** Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia.
- LIONDAU:** Ley 51/2003, de 2 de diciembre, de igualdad de oportunidades, no discriminación y accesibilidad universal de las personas con discapacidad.
- LGSS:** Ley General de la Seguridad Social.
- LISMI:** Ley 13/1982, de 7 de abril, de Integración Social de los Minusválidos.
- LOFCA:** Ley Orgánica de Financiación de las Comunidades Autónomas.
- LRJ y PAC:** Ley 30/1992 de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y Procedimiento Administrativo Común.
- MSPS:** Ministerio de Sanidad y Política Social
- OMS:** Organización Mundial de la Salud.
- ONG:** Organizaciones no gubernamentales.
- PIA:** Programa Individual de Atención.
- PECEF:** Prestación Económica para Cuidados en el Entorno Familiar.
- PEVS:** Prestación Económica Vinculada al Servicio.
- PEAP:** Prestación Económica para Asistente Personal.
- RD:** Real Decreto.
- SAAD:** Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia.
- SACyL:** Sistema Autonómico de Salud de Castilla y León.
- SAUSS:** Sistema de Acceso Unificado a los Servicios Sociales.
- SEMER:** Sociedad Española de Médicos de Residencias.
- SIMAP:** Sistema Inteligente de Monitorización de Alertas Personales.
- SISAAD:** Sistema de Información para la Autonomía y Atención a la Dependencia.
- SISCODIS:** Sistema de Comunicación para Usuarios con Discapacidad.
- TIC:** Tecnologías de la Información y las Comunicaciones.



**ÍNDICE DE CUADROS, TABLAS,  
FIGURAS Y GRÁFICOS**





## CUADROS Y TABLAS

### PARTE I INFORME A INICIATIVA PROPIA

#### PROMOCIÓN DE LA AUTONOMÍA PERSONAL Y ATENCIÓN A LAS PERSONAS EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA. Aplicación de la Ley 39/2006 en Castilla y León

<b>Cuadro I.</b>	Competencias atribuidas por la LAAD a las Administraciones Públicas.....	26
<b>Cuadro II.</b>	Esquema común de las CCAA en el procedimiento de valoración para el reconocimiento de la situación de dependencia.....	28
<b>Cuadro III.</b>	Distribución estatal de solicitudes, dictámenes según grado y personas beneficiarias con derecho a prestación del SAAD (Información acumulada desde 2007 a 1 de julio de 2010).....	30
<b>Cuadro IV.</b>	Distribución estatal de las personas beneficiarias del SAAD, prestaciones tramitadas y Ratio de prestaciones por beneficiario (hasta 1 de julio de 2010).....	33
<b>Cuadro V.</b>	Distribución comparativa de las personas beneficiarias según tipo de prestación reconocida del SAAD (Hasta 1 de julio de 2010).....	37
<b>Cuadro VI.</b>	Densidad de población en 2009 .....	39
<b>Cuadro VII.</b>	Relación estimada de la población atendida por CEAS en Castilla y León, 2009 .....	40
<b>Cuadro VIII.</b>	Principales indicadores de estructuras demográficas por edad en Castilla y León, 2009 .....	41
<b>Cuadro IX.</b>	Coste medio del terminal/mes, aportación de las personas usuarias, coste total y variación interanual por provincias, 2008-2009.....	42
<b>Cuadro X.</b>	Plazas de estancias diurnas en Castilla y León, 2008-2009 (propias, concertadas y privadas) .....	42
<b>Cuadro XI.</b>	Número de plazas públicas y privadas de la Gerencia de Servicios Sociales y concertadas por la misma, 2008-2009 .....	43

<b>Cuadro XII.</b> Personas beneficiarias de los principales servicios de atención a la dependencia en Castilla y León (Datos a 1 de julio de 2010) Atención Centro .....	47
<b>Cuadro XIII.</b> Distribución por provincias de medidas del programa de atención temprana, 2005-2009.....	48
<b>Cuadro XIV.</b> Plazas en residencias, centros de día y viviendas para personas con discapacidad, 2008-2009 .....	49
<b>Cuadro XV.</b> Coste mensual y total de Teleasistencia y Ayudas a Domicilio en Castilla y León en 2009 .....	51
<b>Cuadro XVI.</b> Coste de los Centros de Día/Noche en Castilla y León en 2009 .....	52
<b>Cuadro XVII.</b> Coste de la atención residencia en Castilla y León en 2009 .....	53
<b>Cuadro XVIII.</b> Coste total estimado de las prestaciones económicas del SAAD en Castilla y León en 2009 .....	54
<b>Cuadro XIX.</b> Coste total estimado del SAAD en Castilla y León en 2009 .....	55
<b>Cuadro XX.</b> Copago aplicable a los servicios del SAAD en Castilla y León en 2009.....	56
<b>Cuadro XXI.</b> Reducción de la cuantía máxima aplicable a las prestaciones del SAAD en Castilla y León en 2009 .....	57
<b>Cuadro XXII.</b> Aportación de las personas usuarias del SAAD en Castilla y León en 2009 .....	57
<b>Cuadro XXIV.</b> Aportaciones de la Administración General del Estado al SAAD de Castilla y León en 2009 .....	59
<b>Cuadro XXV.</b> Aportación de la Comunidad Autónoma de Castilla y León en 2009 .....	60

## PARTE II DOCUMENTO TÉCNICO

### PROMOCIÓN DE LA AUTONOMÍA PERSONAL Y ATENCIÓN A LAS PERSONAS EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA. Aplicación de la Ley 39/2006 en Castilla y León

<b>Tabla nº 1.</b> Paradigma de la autonomía personal .....	87
<b>Tabla nº 2.</b> Factores de autonomía y dependencia (No exhaustivo) .....	91
<b>Tabla nº 3.</b> Factores circunstanciales incidentes en la autonomía y la dependencia (ejemplos) .....	92
<b>Tabla nº 4.</b> Tipología de sistemas públicos de cuidados personales.....	94
<b>Tabla nº 5.</b> Población dependiente en domicilio y en residencias. España, 2000.....	97
<b>Tabla nº 6.</b> Prestaciones monetarias de la Seguridad Social por dependencia funcional.....	105
<b>Tabla nº 7.</b> Adecuación de los criterios de intervención de la LAAD .....	118
<b>Tabla nº 8.</b> Competencias atribuidas por la LAAD a las Administraciones Públicas.....	135

<b>Tabla nº 9.</b> Distribución estatal de solicitudes, dictámenes según grado y personas beneficiarias con derecho a prestación del SAAD. Información acumulada (2007 - 1 enero 2010).....	139
<b>Tabla nº 10.</b> Distribución estatal de las personas beneficiarias del SAAD, prestaciones tramitadas y Ratio de prestaciones por beneficiario, 1 enero 2010.....	142
<b>Tabla nº 11.</b> Evolución cronológica del desarrollo jurídico de la LAAD .....	146
<b>Tabla nº 12.</b> Perfil de las personas en situación de dependencia beneficiarias del SAAD, 1 enero 2010.....	150
<b>Tabla nº 13.</b> Distribución estatal de las personas beneficiarias del SAAD, según el tipo de prestaciones tramitadas. Situación a 1 de enero de 2010.....	153
<b>Tabla nº 14.</b> Distribución comparativa por el tipo de prestación que reciben las personas beneficiarias del SAAD en España y Castilla y León, 1 de enero 2010.....	155
<b>Tabla nº 15.</b> Comparación entre los servicios que se venían prestando desde el Sistema de servicios sociales y los mismos reconocidos desarrollados en el RD 727/2007.....	158
<b>Tabla nº 16.</b> Esquema común de las CCAA en el procedimiento de valoración para el reconocimiento de la situación de dependencia .....	163
<b>Tabla nº 17.</b> Síntesis del Baremo de valoración de la dependencia (BVD).....	171
<b>Tabla nº 18.</b> Secuencia temporal de acceso a los servicios según el grado, nivel y puntuación obtenida en la valoración de la situación de dependencia.....	172
<b>Tabla nº 19.</b> Personas valoradas con BVD o en proceso de valoración de la situación de dependencia en Castilla y León. Evolución provincial 2008-2009.....	178
<b>Tabla nº 20.</b> Niños menores de 3 años valorados con EVE y situación de dependencia en Castilla y León. Evolución provincial 2007, 1 enero 2010.....	179
<b>Tabla nº 21.</b> Cuadro resumen del procedimiento de valoración y reconocimiento de la situación de dependencia en Castilla y León.....	183
<b>Tabla nº 22.</b> Descripción del curso y sus contenidos básicos para los valoradores de las situación de autonomía y dependencia.....	191
<b>Tabla nº 23.</b> Perfiles profesionales de atención a la dependencia.....	194
<b>Tabla nº 24.</b> Cualificaciones que han de poseer las personas que prestan servicios a personas en situación de dependencia.....	197
<b>Tabla nº 25.</b> Tamaño de los municipios y población, 2008.....	201
<b>Tabla nº 26.</b> Municipios, Entidades singulares y población en Castilla y León, 2008.....	202
<b>Tabla nº 27.</b> Distancia de los Municipios a la capital.....	203
<b>Tabla nº 28.</b> Densidad de población, 2008.....	203
<b>Tabla nº 29.</b> Distribución de la población de Castilla y León por provincia, asentamiento (rural o urbano) y sexo, 2009.....	204

<b>Tabla nº 30.</b>	Distribución de la población rural y urbana de Castilla y León por provincias, 2009.....	205
<b>Tabla nº 31.</b>	Distribución de los municipios por provincias y tamaño de los municipios.....	207
<b>Tabla nº 32.</b>	Distribución de la población rural y urbana de Castilla y León y CEAS, 2009 .....	209
<b>Tabla nº 33.</b>	Relación estimada de la población atendida por CEAS en Castilla y León .....	210
<b>Tabla nº 34.</b>	Total de horas y usuarios atendidos por el servicio de ayuda a domicilio.....	213
<b>Tabla nº 35.</b>	Personas con reconocimiento de dependencia beneficiarias del servicio de ayuda a domicilio en Castilla y León, 2009 .....	214
<b>Tabla nº 36.</b>	Usuarios de la teleasistencia en personas mayores de 80 años .....	214
<b>Tabla nº 37.</b>	Personas con reconocimiento de dependencia beneficiarias del servicio de centro de día en Castilla y León, 2009.....	216
<b>Tabla nº 38.</b>	Número de plazas residenciales existentes en Castilla y León, según su titularidad .....	217
<b>Tabla nº 39.</b>	Número de plazas públicas: de la Gerencia de Servicios Sociales y concertadas por la misma, 2007-2008 .....	219
<b>Tabla nº 40.</b>	Centros residenciales para personas mayores dependientes en Castilla y León .....	219
<b>Tabla nº 41.</b>	Centros Residenciales para personas mayores dependientes en Castilla y León .....	220
<b>Tabla nº 42.</b>	Previsión de creación de plazas residenciales a 2015.....	222
<b>Tabla nº 43.</b>	Personas beneficiarias de los principales Servicios de la cartera de Servicios de Dependencia a 1 de abril de 2010.....	224
<b>Tabla nº 44.</b>	Valoraciones anuales de los Centros base de atención a personas con discapacidad. Personas con certificado administrativo de discapacidad, 2000-2009 .....	225
<b>Tabla nº 45.</b>	Personas con discapacidad según sexo (frecuencia y prevalencia), 2009.....	226
<b>Tabla nº 46.</b>	Personas valoradas según grado de discapacidad por provincias, 2009.....	228
<b>Tabla nº 47.</b>	Programa atención temprana a la discapacidad de Castilla y León. Distribución por modalidades y medidas de intervención, 2000-2008.....	232
<b>Tabla nº 48.</b>	Número de plazas de centros de día y de residencia para personas con discapacidad por provincias, según tipo y nivel de discapacidad en el 2006.....	234
<b>Tabla nº 49.</b>	Distribución provincial de las plazas en convenio con FEAPS según su tipología, 2006.....	237
<b>Tabla nº 50.</b>	Distribución provincial de las plazas propias de la Gerencia de Servicios Sociales de Castilla y León.....	238

<b>Tabla nº 51.</b> Distribución provincial del total de plazas residenciales y de centros para personas con discapacidad según tipología y provincia, 2008 .....	238
<b>Tabla nº 52.</b> Centros ocupacionales y viviendas para personas con discapacidad en Castilla y León, 2008 .....	239
<b>Tabla nº 53.</b> Entidades gestoras del gasto consolidado en materia de dependencia y atención a mayores y personas con discapacidad en las CCAA .....	248
<b>Tabla nº 54.</b> Niveles de protección y responsabilidad de financiación .....	253
<b>Tabla nº 55.</b> El tratamiento de la dependencia en los regímenes de bienestar europeos contemporáneos .....	254
<b>Tabla nº 56.</b> Mínimo de protección garantizado a los beneficiarios del SAAD para el ejercicio 2009 .....	261
<b>Tabla nº 57.</b> Mínimo garantizado por la AGE según la LAAD en sucesivos años .....	262
<b>Tabla nº 58.</b> Solicitudes, dictámenes y prestaciones y servicios, 1 de enero de 2010 .....	262
<b>Tabla nº 59.</b> Evolución de los dictámenes de grado y nivel para Castilla y León durante 2009 .....	263
<b>Tabla nº 60.</b> Importes devengados mensualmente por las personas dependientes de grados III y II en Castilla y León durante el año 2009 (nivel mínimo garantizado) .....	264
<b>Tabla nº 61.</b> Distribución de los créditos del nivel acordado por aplicaciones presupuestarias en euros .....	267
<b>Tabla nº 62.</b> Fondos de AGE para Castilla y León –nivel acordado 2009– .....	268
<b>Tabla nº 63.</b> Previsión de puestos de trabajo generados. Plan E 2009 .....	270
<b>Tabla nº 64.</b> Aportación global de la AGE para Castilla y León sobre la LAAD, 2009 .....	271
<b>Tabla nº 65.</b> Datos acumulados sobre LAAD. Castilla y León, enero de 2010 .....	272
<b>Tabla nº 66.</b> Contenido y la evolución de las prestaciones y servicios entregados, 2009 .....	275
<b>Tabla nº 67.</b> Coste mensual y total de teleasistencia en Castilla y León, 2009 .....	279
<b>Tabla nº 68.</b> Coste de la Ayuda a Domicilio en Castilla y León, 2009 .....	280
<b>Tabla nº 69.</b> Coste de los Centros de Día/Noche en Castilla y León, 2009 .....	281
<b>Tabla nº 70.</b> Concertación residencial. Precios tipo de plaza - usuario - atención .....	282
<b>Tabla nº 71.</b> Precios tipo de plaza-usuario- atención, en centros de la Administración .....	283
<b>Tabla nº 72.</b> Simulación de distribución y coste de personas dependientes en residencia, Castilla y León, diciembre de 2009 .....	284
<b>Tabla nº 73.</b> Coste de la atención residencia en Castilla y León, 2009 .....	285
<b>Tabla nº 74.</b> Las cuantías máximas de las prestaciones económicas que se aprobaron para 2009 .....	288
<b>Tabla nº 75.</b> Porcentaje de dictámenes (grado y nivel) para Castilla y León .....	288
<b>Tabla nº 76.</b> Importe de la PEVS en 2009 en Castilla y León a partir de datos estimados .....	289

<b>Tabla nº 77.</b>	Importe de la PECEF en 2009 en Castilla y León a partir de datos estimados .....	290
<b>Tabla nº 78.</b>	Afiliados e importes devengados por cuidadores a la TGSS en 2009 en Castilla y León .....	291
<b>Tabla nº 79.</b>	Coste de la prestación económica por asistente personal en Castilla y León .....	292
<b>Tabla nº 80.</b>	Coste total y porcentaje del coste por prestación o servicio (sin gastos de gestión).....	293
<b>Tabla nº 81.</b>	Comparativa de prestaciones .....	305
<b>Tabla nº 82.</b>	Porcentaje del copago sobre el coste (euros/mes/beneficiario) .....	306
<b>Tabla nº 83.</b>	Simulación de retorno por copago PCEF (Castilla y León-diciembre de 2009) combinando los modelos de Montserrat y Vilaplana .....	307
<b>Tabla nº 84.</b>	Prestación Económicas Vinculadas al Servicio.....	308
<b>Tabla nº 85.</b>	Reducción de la Cuantía Máxima de Prestación Económica por Cuidados en el Entorno Familiar (8,28%).....	309
<b>Tabla nº 86.</b>	Reducción de la Cuantía Máxima por Prestación Económica por Asistencia Personal (17,56 %).....	309
<b>Tabla nº 87.</b>	Totales del Coste Máximo de prestaciones durante el año 2009 .....	310
<b>Tabla nº 88.</b>	Reducción de la Cuantía Máxima /copago en teleasistencia en Castilla y León, 2009 .....	311
<b>Tabla nº 89.</b>	Reducción de la Cuantía Máxima / Copago estimado para la ayuda a domicilio.....	312
<b>Tabla nº 90.</b>	Reducción de la Cuantía Máxima / Copago estimado para centro de día/noche CyL 2009 Centros.....	312
<b>Tabla nº 91.</b>	Reducción de la Cuantía Máxima / Copago del usuario en residencia en Castilla y León, 2009.....	313
<b>Tabla nº 92.</b>	Reducción del coste máximo o copago del usuario en los diversos servicios.....	314

## FIGURAS Y GRÁFICOS

### PARTE I INFORME A INICIATIVA PROPIA

#### PROMOCIÓN DE LA AUTONOMÍA PERSONAL Y ATENCIÓN A LAS PERSONAS EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA. Aplicación de la Ley 39/2006 en Castilla y León

<b>Figura I.</b> Evolución de las solicitudes, dictámenes y resoluciones de la situación de dependencia en Castilla y León (de enero 2009 a julio 2010).....	31
<b>Figura II.</b> Distribución de los dictámenes en Castilla y León según Grado y Nivel (hasta 1 de julio de 2010).....	35
<b>Figura III.</b> Mapa de Infraestructuras de Centros Residenciales para personas mayores dependientes (Datos a abril de 2010).....	45
<b>Figura IV.</b> Aportaciones al coste total del SAAD en Castilla y León en 2009.....	61
<b>Figura V.</b> Aportaciones de cada agente financiador al gasto de servicios y prestaciones del SAAD (por Comunidades Autónomas) en 2009.....	62

### PARTE II DOCUMENTO TÉCNICO

#### PROMOCIÓN DE LA AUTONOMÍA PERSONAL Y ATENCIÓN A LAS PERSONAS EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA. Aplicación de la Ley 39/2006 en Castilla y León

<b>Gráfico nº 1.</b> Evolución de las solicitudes, dictámenes y resoluciones de la situación de dependencia en Castilla y León.....	141
<b>Gráfico nº 2.</b> Distribución de las Resoluciones de la situación de dependencia en Castilla y León, según Grado y Nivel, 1 de abril 2010.....	151
<b>Gráfico nº 3.</b> Distribución de las Resoluciones de la situación de dependencia en Castilla y León, según Grado y Nivel, 1 de abril de 2010.....	152

<b>Gráfico nº 4.</b>	Organización de la valoración de la situación de autonomía y dependencia en Castilla y León, según responsable de la valoración .....	174
<b>Gráfico nº 5.</b>	Estructura y funciones del equipo mixto para la valoración de la situación de autonomía y dependencia en Castilla y León.....	175
<b>Gráfico nº 6.</b>	Organización de la valoración de dependencia en Castilla y León, según competencia y tipo de valoración.....	176
<b>Gráfico nº 7.</b>	Procedimiento para el reconocimiento de la situación de dependencia en Castilla y León .....	177
<b>Gráfico nº 8.</b>	Distribución porcentual de la población rural y urbana en Castilla y León .....	204
<b>Gráfico nº 9.</b>	Distribución de los municipios según las provincias de Castilla y León.....	208
<b>Gráfico nº 10.</b>	Distribución de los municipios según las provincias de Castilla y León.....	211
<b>Gráfico nº 11.</b>	Distribución provincial de las plazas residenciales en Castilla y León.....	218
<b>Gráfico nº 12.</b>	Distribución provincial de las 1.940 plazas previstas para 2010-2015 en Castilla y León .....	223
<b>Gráfico nº 13.</b>	Distribución de la población con discapacidad de Castilla y León según edad y sexo .....	226
<b>Gráfico nº 14.</b>	Distribución de la discapacidad en personas mayores de 65 años según sexo (en porcentajes), 2009.....	227
<b>Gráfico nº 15.</b>	Personas con discapacidad según sexo y provincias, 2009 .....	228
<b>Gráfico nº 16.</b>	Distribución porcentual de las personas con discapacidad según tipo de hábitat, 2009.....	229
<b>Gráfico nº 17.</b>	Mapa de la distribución provincial de las personas con certificado de discapacidad superior a 65% y plazas residenciales y de centros de día en Castilla y León .....	236
<b>Gráfico nº 18.</b>	Cálculo del aporte autonómico a los costes de atención.....	260
<b>Gráfico nº 19.</b>	Evolución de solicitudes, dictámenes y PIAS durante 2009 en Castilla y León .....	274
<b>Gráfico nº 20.</b>	Evolución de prestaciones y servicios en Castilla y León, 2009 .....	276
<b>Gráfico nº 21.</b>	Gráfico nº 21. Evolución porcentual entrega de prestaciones en Castilla y León, 2009.....	277
<b>Gráfico nº 22.</b>	Distribución de plazas de residencia .....	286
<b>Gráfico nº 23.</b>	Distribución coste servicios entregados, 2009.....	287
<b>Gráfico nº 24.</b>	Distribución coste prestaciones económicas, 2009.....	293
<b>Gráfico nº 25.</b>	Distribución coste servicios y prestaciones en Castilla y León, 2009 .....	294
<b>Gráfico nº 26.</b>	Estructura de las rentas de las personas de más de 65 años .....	298



