



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE SANIDAD, POLÍTICA SOCIAL
E IGUALDAD

CAPITULO VII

ANALISIS EVALUACION COMUNIDADES AUTONOMAS



CAPÍTULO VII. ANALISIS EVALUACION COMUNIDADES AUTONOMAS

INTRODUCCIÓN

En el preámbulo de la Ley 36/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia (LAPDA), por la que se crea el SAAD, se afirma que el desarrollo de esta ley requiere de “una actuación conjunta de todos los poderes e instituciones públicas, por la que la coordinación y cooperación con las Comunidades Autónomas es un elemento fundamental”. En el Art 1.1 de dicha ley se dice que el SAAD “responderá a una acción coordinada y cooperativa de la AGE y las Comunidades Autónomas” cuyo gobierno tiene lugar a través del Consejo territorial del SAAD como instrumento de cooperación para la articulación del sistema.

Es por ello que la evaluación del SAAD ha tenido como primer objetivo recabar la información necesaria para poder evaluar los diferentes pilares del sistema: acceso, prestaciones, financiación y gobierno y, como consecuencia de la misma, establecer propuestas de mejora del sistema.

Dicha consulta se ha basado en la recogida de información mediante cuestionario (ver Anexo 2) realizada entre el 1 de Noviembre de 2010 y el 31 de julio de 2011. A dicha consulta han respondido 15 Comunidades Autónomas y las 3 Diputaciones del País Vasco (Anexo 1). En base a dicha información se ha elaborado un informe sobre acceso al sistema, prestaciones y gobernanza.

A continuación destacamos los aspectos más relevantes del análisis:



A) Valoración global del SAAD

El desarrollo del SAAD ha dado lugar a fortalezas notables que permiten consolidarlo en los años venideros como instrumento de bienestar para la población en situación de dependencia y sus familias. Así, entre tales **fortalezas** cabe destacar las siguientes:

- La **extensión de la acción protectora a las personas dependientes en base al derecho subjetivo.**
- Una integración, no exenta de dificultades, en las ramas de **servicios sociales autonómicos tradicionales** lo que ha puesto “en valor el conjunto del sistema de servicios sociales”. Las leyes de última generación de servicios sociales refuerzan el derecho subjetivo y el conjunto de la rama de los servicios sociales.
- Otra fortaleza destacable es el hecho de que el SAAD ha permitido **avanzar en el marco de colaboración y coordinación entre las diferentes Comunidades Autónomas y las Corporaciones Locales, sobre todo los Ayuntamientos.**
- La mejora en **ordenación normativa, sistemas de información y herramientas de gestión** es también una de las fortalezas de la implantación del SAAD.
- Existe una opinión casi unánime en que el SAAD ha mejorado la **ordenación normativa** en el campo de los servicios sociales. Obviamente la normativa en dependencia ha tenido que integrarse en la normativa general de los servicios sociales.

- Un valor añadido de la puesta en marcha del SAAD se refiere a las mejoras en **profesionalización** y **calidad** del sistema de servicios sociales.
- La contribución a la **creación de empleo** se demuestra que ha sido positiva, si bien la consulta no permite establecer una adecuada cuantificación de la misma. Dicha cuantificación se contiene en un informe específico elaborado al efecto.

Por el contrario los avances en materia de **coordinación socio-sanitaria** son mucho más lentos y solo cabe resaltar el acuerdo para recabar directamente el informe de salud al sistema sanitario.

Entre las debilidades del SAAD las Comunidades Autónomas destacan las siguientes:

- ✓ Dificultades para hacer frente los primeros años a una demanda que ha desbordado las previsiones iniciales del Libro Blanco de la Dependencia.
- ✓ Una segunda debilidad coyuntural ha sido la lentitud en establecer mecanismos de coordinación entre Administraciones así como **sistemas de información eficientes** a la hora del desarrollo del SAAD.

Entre las **debilidades a medio y largo plazo** están las de:

- ✓ **Sostenibilidad financiera.** Las Comunidades Autónomas plantean la necesidad de poner en relación el mínimo garantizado con el coste real de las prestaciones de los servicios sociales.
- ✓ Por otra parte, las Comunidades Autónomas destacan el problema del sobredesarrollo de las **prestaciones económicas** que encuentra parte de su explicación, no la única, en la aplicación del **PIA** de bajo contenido técnico.



B) El acceso al SAAD

- ✓ La gran mayoría de las Comunidades Autónomas considera que el **número de solicitudes ha superado ampliamente la demanda esperada o previsible, sobre todo en el grado III**, debido a la infraestimación de las cifras previsibles de personas dependientes realizadas en el Libro Blanco, la ausencia de filtros o barreras de entrada en el proceso de solicitud, las altas expectativas creadas por la LAPAD o la avalancha de solicitudes de valoración, sobre todo al principio del proceso, así como de revisión.
- ✓ Las Comunidades Autónomas están haciendo avances significativos en la incorporación de **equipos multidisciplinares en la fase de la valoración** (personal sanitario, psicólogos, trabajadores sociales, terapeutas ocupacionales y fisioterapeutas), así como en la clara diferenciación de los equipos de valoración en relación a los que elaboran el PIA, lo cual resulta determinante para evitar distorsiones en la asignación de los recursos. No obstante, resultaría recomendable una mayor convergencia entre las Comunidades en cuanto a la multidisciplinariedad de los equipos y al **peso de los profesionales de la sanidad en la elaboración del PIA**.
- ✓ Los **plazos de resolución son aún excesivamente largos** para atender a personas que están en situación de dependencia y con expectativas de supervivencia muy limitadas o de corto plazo.
- ✓ Suele prevalecer la gestión de las Comunidades Autónomas en las fases de valoración, resolución y dictamen y de asignación de la prestación, si bien hay que destacar la creciente colaboración de las Comunidades Autónomas con las Corporaciones Locales, con las que mantienen un



protagonismo compartido en las fases de tramitación de la solicitud y de elaboración del PIA.

- ✓ Se precisa fortalecer los procesos de comunicación entre los gestores del SAAD en la Administración General del Estado y los gestores de las Comunidades Autónomas, sobre todo en lo relativo a definir **un servicio de supervisión y orientación a disposición de los valoradores** para compartir dudas con el resto del Estado y con los responsables del IMSERSO.
- ✓ En cuanto a las prácticas de mejora y controles de calidad del sistema de valoración se han producido avances; prácticamente la totalidad de las Comunidades Autónomas entrevistadas afirman haberlas llevado a cabo. Las acciones más habituales son los cursos y planes de formación específicos, reuniones semanales o mensuales de valoradores, jornadas anuales de intercambio de buenas prácticas o la puesta en marcha de órganos ad hoc como Comisiones Técnicas de valoración o comisiones permanentes de valoradores. No obstante, **todavía existe una gran diversidad en cuanto a instrumentos y órganos de control en las Comunidades** donde tan sólo la mitad de ellas ha articulado sistemas de control de calidad sistemáticos con órganos, equipos o comisiones *ad hoc*.

C) La asignación y gestión de las prestaciones

- ✓ Se ha conseguido un **avance sustancial en el grado de conocimiento de los recursos disponibles** por el equipo que decide el PIA y parece estar extendiéndose la puesta en marcha de aplicaciones informáticas de gestión de procedimiento para coordinar los distintos órganos, conocer recursos disponibles o unificar las bases de datos de acceso a los servicios sociales.



- ✓ En general, se mantienen ciertas reservas entre las Comunidades Autónomas sobre la **adecuación de los recursos sociales disponibles a las necesidades** que surgen de las valoraciones realizadas. Entre las principales causas se apuntan, por el lado de la demanda, la preferencia de los beneficiarios por las prestaciones económicas, lo cual puede estar provocando ciertos desajustes entre lo que sería el servicio más adecuado para atender a una persona dependiente y la libertad de elección de la propia persona o de sus familias y, por el lado de la oferta, el déficit de servicios sociales adecuados, especialmente en los ámbitos de la discapacidad y la enfermedad mental.
- ✓ Los **servicios más deficitarios** del SAAD siguen siendo los servicios residenciales, sobre todo para personas con discapacidad y enfermedad mental y el Servicio de Ayuda a Domicilio
- ✓ El **peso de la prestación económica vinculada a un servicio es altamente variable entre las Comunidades Autónomas.**
- ✓ Casi la totalidad de las Comunidades Autónomas tiene planes específicos de mejora de la calidad así como de participación de los agentes implicados en el SAAD. Existe, a pesar de los avances, cierta **heterogeneidad y disparidad en cuanto a los planes de mejora de la calidad y no se observa una línea clara y articulada de la misma**, lo cual también deja muy abierta la gestión de la calidad en todo el territorio nacional.
- ✓ La gran mayoría de las Comunidades Autónomas consultadas oferta programas de formación y hacen un seguimiento de los cuidadores en el entorno. **En materia de formación** tiende a ser práctica cada vez más habitual **la colaboración con las organizaciones no lucrativas** que cuentan con un amplio bagaje en este ámbito. En relación al seguimiento



de los cuidadores en el entorno la mayoría de las **Comunidades consultadas realizan algún tipo de seguimiento, lo cual no implica que no existan dificultades** ni escasez de recursos en este sentido, dado el enorme volumen de perceptores de las prestaciones económicas de cuidados en el entorno familiar. En algunos territorios suele hacerse por los propios trabajadores sociales o solicitarse una declaración responsable por parte del beneficiario o su familia del mantenimiento y cumplimiento de los requisitos que dieron lugar a la percepción de la prestación.

D) El gobierno del sistema

- ✓ El desarrollo del SAAD dentro de cada Comunidad Autónoma ha dado lugar a un proceso de **descentralización de intensidad desigual** y, todo indica, que de carácter más funcional que institucional. La presión de una creciente demanda social ha sido el factor determinante para reforzar la descentralización y, también, de mejora de los mecanismos de coordinación entre los niveles territoriales de gobierno. Para mejorar esta coordinación se han desarrollado **sistemas integrados y herramientas de información** y órganos de naturaleza técnica y política.
- ✓ Las distintas Comunidades Autónomas no han creado consejos u órganos consultivos específicos para canalizar la participación de los agentes sociales y del movimiento asociativo en el SAAD. **Los órganos ya existentes de participación en los sistemas autonómicos de servicios sociales siguen siendo la estructura fundamental de participación.** Lo cual tiene pleno sentido si de lo que se trata es de integrar el SAAD en el sistema de servicios sociales. De manera complementaria se han creado grupos y comisiones de trabajo en el marco del diálogo social, civil y profesional.



- ✓ El desarrollo del SAAD tampoco ha supuesto el desarrollo de sistemas específicos que canalicen las **reclamaciones y quejas de los ciudadanos** en materia de dependencia. La reglamentación ya existente en los servicios sociales de cada Comunidad permite canalizar las reclamaciones y quejas. Pero el SAAD ha supuesto mejoras y perfeccionamientos generales en los sistemas de reclamaciones. Las encuestas de satisfacción del beneficiario en materia de dependencia son, por ahora, una excepción. Se puede afirmar que su valoración forma parte de la satisfacción en general con el sistema de servicios sociales, caso de la satisfacción con el servicio de residencias.
- ✓ **La evaluación** del SAAD a nivel autonómico está aún en su fase inicial. Lo que predomina es el seguimiento de los procesos pero no se han aplicado modelos de evaluación sistemática. Algunas Comunidades afirman estar desarrollando proyectos para la mejora de la calidad pero lo que realmente predomina son valoraciones de proceso y seguimientos de flujos de información. No cabe duda que una vez finalizada la eclosión de la demanda social y dentro de una fase de estabilidad y consolidación del SAAD, que ya se está produciendo, la evaluación será una exigencia para la mejora continua.

E) Propuestas de mejora por parte de las Comunidades Autónomas

- ✓ En el **acceso al sistema** se señalan dos propuestas de mejora: agilizar los procesos administrativos e integración de información de carácter social y sanitario y, por otro lado, acelerar el ejercicio efectivo del derecho mediante la reducción de la bolsa de beneficiarios potenciales o beneficiarios que están a la espera de recibir la prestación.



- ✓ Las propuestas relacionadas con las **prestaciones para autonomía y atención a la dependencia** son numerosas y entre ellas destacan las siguientes: continuar el **desarrollo de la red pública de centros y servicios**; mejora de los procesos de **acreditación y calidad** de centros y servicios; la mejora continua de la **formación de los profesionales** de la atención así como de los cuidadores familiares y, en general, la **profesionalización** de los servicios; el refuerzo de los servicios frente a las prestaciones económicas; refuerzo **técnico del PIA**; el desarrollo de la **prevención** que hasta ahora constituye un déficit en el desarrollo del SAAD así como de los **productos de apoyo, eliminación de barreras y regulación de la figura del asistente personal**; la necesidad de llegar a un consenso sobre un **catálogo común consensuado** de prestaciones e intensidades en todo el Estado en base a la propia LAPAD.
- ✓ En cuanto a **Gobernanza: mejorar y unificar el SISAAD**; avanzar hacia la **armonización entre la LAPAD y las nuevas leyes de servicios sociales**; avances en la **compatibilidad entre las Comunidades Autónomas** en cuanto a gestión de la información, prestaciones y movilidad de beneficiarios; igualmente avances en materia de **coordinación con el sistema sanitario**; y, finalmente, la implantación de un sistema de buenas prácticas que se puedan difundir en todo el territorio del Estado.
- ✓ Finalmente, **la sostenibilidad financiera del SAAD** es una común preocupación de todas las Comunidades. Parece existir un cierto consenso en que el **mínimo común se fije no en relación al grado y nivel de dependencia sino en relación al coste de las prestaciones** ya que las prestaciones económicas tienen un coste menor que los servicios. No aparecen propuestas de creación de nuevas fuentes de financiación

propias ni de mejora de la transparencia sobre el coste real y financiación. En este sentido nos remitimos al informe sobre análisis del coste y financiación del SAAD.

En suma, las propuestas de mejora se puede decir que se orientan a reforzar un sistema orientado a los servicios de calidad, el perfeccionando del PIA y de los instrumentos de acreditación, formación y calidad; también a una gobernanza que refuerce las dimensiones comunes del SAAD; y una financiación del mínimo garantizado en función del coste de las prestaciones sociales.

1. VALORACIÓN GENERAL DE LA IMPLANTACIÓN DEL SAAD

En el cuestionario de evaluación se solicitó a las Comunidades Autónomas que hicieran una valoración general del proceso de implantación del SAAD señalando sus **fortalezas**, y **debilidades** que ha afrontado y, por último, en qué medida el nuevo sistema ha contribuido a la **creación de empleo**. Estos tres aspectos son objeto de análisis a continuación.

Una comparación entre los costes y beneficios del SAAD o, si se prefiere, entre las fortalezas y debilidades del nuevo sistema, inclina claramente la balanza hacia las fortalezas, hacia el valor añadido del nuevo pilar de protección social. A cuatro años del inicio de la puesta en marcha del SAAD (nos referimos al verano de 2007) el análisis de las respuestas es que el esfuerzo ha merecido la pena tanto desde el punto de vista de lo que la LAPAD ha supuesto para las personas en situación de dependencia como por lo que ha aportado al desarrollo del sistema de los servicios sociales en general. Es por ello que las evidentes dificultades que ha supuesto el desarrollo del SAAD, a las que luego nos referiremos, quedan compensadas por los beneficios.

1.1. LAS FORTALEZAS DEL SAAD

La primera y más patente fortaleza es la **extensión de la acción protectora a las personas dependientes en base al derecho subjetivo**. Si bien muy pocas Comunidades hacen referencia alguna a encuestas de satisfacción de las personas beneficiarias, existe el convencimiento de que el nuevo pilar del Estado de Bienestar no solo era objetivamente necesario sino que el esfuerzo de su implantación ha merecido la pena en términos de calidad de vida de las personas dependientes, sus familias y cuidadores en general. Se destaca que ha habido un amplio consenso a la hora de implantar el SAAD entre las distintas Administraciones, los Agentes sociales y las organizaciones que representan a los distintos colectivos en situación de dependencia. La extensión de la cobertura es un valor que destacan todas las Comunidades Autónomas y Diputaciones. Se destaca la idea fuerte de que el SAAD ha supuesto reconocer un nuevo derecho subjetivo en el conjunto de los derechos sociales.

La segunda fortaleza tiene que ver con la **integración del SAAD en los servicios sociales tradicionales**. Si bien esto constituye una previsión de la LAPAD no por ello deja de considerarse un valor añadido en el sentido de que ha puesto poner "en valor el conjunto del sistema de servicios sociales". Las leyes de última generación de servicios sociales, que refuerzan el derecho en este ámbito y los nuevos planes estratégicos en servicios sociales, forman parte de este proceso de consolidación de la rama de los servicios sociales, lo que permite avanzar hacia la constitución de un sistema en el pleno sentido de la palabra. Pero no solo se trata de integración de los servicios y prestaciones de dependencia en los sistemas o ramas de los servicios sociales autonómicos sino de crecimiento real de la red de servicios. Carteras de servicios más amplias y mejor organizadas y mayor compatibilidad entre prestaciones. En general, se

destaca que el SAAD ha favorecido una mejor organización y mayor solidez del sistema de servicios sociales. Fortaleza que también ha supuesto parcialmente una cierta debilidad en la medida en que ha sido necesario a veces detraer recursos de los servicios sociales para hacer frente a la nueva demanda social.

Igualmente se destaca que el SAAD ha permitido **avanzar en el marco de colaboración entre las diferentes Comunidades Autónomas y las Corporaciones Locales, sobre todo los Ayuntamientos**. Se enfatiza en la idea de que ha mejorado la coordinación entre ambos niveles de gobierno debido a la puesta en marcha del nuevo sistema. Esto supone desarrollar nuevas formas de coordinación entre el nivel autonómico y el ámbito local.

Lo que constituye casi unánime opinión es que el SAAD ha mejorado la **ordenación normativa** en el campo de los servicios sociales. Ello viene a coincidir con el análisis que sobre normativa se realiza en uno de los informes sobre evaluación del SAAD al que nos remitimos para su lectura. Obviamente la normativa en dependencia ha tenido que integrarse en la normativa general de los servicios sociales y, en consecuencia, la ordenación y armonización ha sido una exigencia de la propia implantación del SAAD.

Un valor añadido de la puesta en marcha del SAAD se refiere a las mejoras en **profesionalización y calidad** del sistema de servicios sociales. El SAAD ha ampliado la red de centros y servicios profesionales y especializados al igual que mejorado los procesos de valoración y revisión de los grados y niveles de dependencia reconocidos.

Los avances en materia de **coordinación socio-sanitaria** son más modestos a tenor de la consulta realizada. Sin embargo, existen algunos avances concretos como es el acceso de los servicios sociales al informe de salud de la persona que solicita la valoración de la situación de dependencia e, incluso, algunos avances concretos hacia modos de coordinación socio-sanitaria.

1.2. LAS DEBILIDADES DEL SAAD

Entre las debilidades del SAAD existen algunas de tipo coyuntural y otras que afectan más a largo plazo al desarrollo del SAAD.

Entre las primeras, de tipo coyuntural, las Comunidades Autónomas destacan la debilidad que supuso en los primeros momentos tener que hacer frente a una verdadera **eclosión de la demanda** – de “gran demanda”, “entrada masiva”, “afluencia masiva”, se habla expresamente -, complejidad en la implantación y, en general, expectativas institucionales y ciudadanas quizás excesivas en el desarrollo del SAAD. Es cierto que esta debilidad parece que ha empezado a atenuarse, pero todo indica que fue vivida como un cierto desbordamiento de los servicios sociales.

Una segunda debilidad coyuntural ha sido la lentitud en establecer mecanismos de coordinación entre Administraciones – AGE y Comunidades Autónomas y entre éstas y las Corporaciones Locales –, así como **sistemas de información eficientes** a la hora del desarrollo del SAAD. En este punto se señala que el desarrollo del SAAD supuso todo un reto organizativo, normativo y financiero cuya intensidad pareció desbordar coyunturalmente el sistema de servicios sociales y, en todo caso, lo sometió a una elevada presión organizativa de la que se está empezando a salir.

Entre las debilidades a medio-largo plazo las Comunidades Autónomas ponen de manifiesto tres específicamente:

- Por una parte y en primer lugar la **sostenibilidad financiera** del SAAD. La eclosión de la demanda desbordó inicialmente las previsiones financieras del sistema. Las expectativas respecto de la financiación no parece que se hayan cumplido para algunas Comunidades. En algunos casos se habla del esfuerzo insuficiente de la AGE en la financiación del sistema. No obstante, la complejidad del



sistema de financiación y cierto déficit de transparencia hacen que este tema sea controvertido y requiera un análisis específico de evaluación al que nos remitimos.

- Por otra parte, y dadas las dificultades iniciales, se observa que las Comunidades Autónomas consideran que quizás hubiera sido deseable un **ritmo** más pausado en la implantación del SAAD con el fin de construir sistemas de coordinación e información más sólidos y equipos profesionales adecuados. La convivencia de un sistema público preexistente de servicios sociales y el SAAD añade problemas de gestión y coordinación interna. Por otra parte, el desarrollo diferencial, previo al SAAD, de servicios y prestaciones de dependencia debería ponerse de manifiesto a la hora de valorar el esfuerzo histórico en la atención a las situaciones de dependencia.
- La **coordinación con las Corporaciones Locales** se considera clave en dos sentidos: institucionalmente en la medida en que la LAPAD no ha precisado el papel de éstas en el gobierno, gestión y financiación del SAAD; también operativamente ya que los servicios de ayuda a domicilio y teleasistencia del SAAD son gestionados por los entes locales como lo venían haciendo antes de 2007.
- Finalmente, sólo una Comunidad Autónoma apunta la existencia de resistencias a los criterios profesionales en la asignación de prestaciones debido, sobre todo, a la cultura tradicional de cuidados en el seno de la familia. En general las Comunidades Autónomas no han apuntado como debilidad del SAAD lo que si es considerado como tal, por ejemplo, por los Agentes Sociales y parte de las organizaciones sociales (Consejo Estatal de Personas Mayores). Cabe pensar que el menor coste de las prestaciones económicas y el contexto de crisis económica, junto a una demanda social explícita,



han naturalizado institucionalmente lo que normativamente era excepcional. Ello no supone, como señalan prácticamente todas las Comunidades consultadas, que el predominio de las prestaciones económicas haya frenado el desarrollo de los servicios. Todo lo contrario, se observa que la oferta de servicios y el desarrollo de la red de servicios sociales para la atención a la dependencia ha sido un objetivo institucional desde el inicio de la implantación del SAAD, particularmente el desarrollo de los servicios de proximidad.

1.3. EL SAAD CONTRIBUYE A LA CREACIÓN DE EMPLEO

Aunque algunas de las Comunidades Autónomas consultadas no han respondido a esta pregunta, cabe suponer que por falta de información, en general la respuesta ha sido positiva es unánime: el SAAD ha permitido crear tanto empleo público como empleo privado entre 2007 y 2009.

Por tanto, si bien se pedían estimaciones tentativas sobre creación de empleo de atención a la dependencia, y la respuesta ha sido desigual, la tendencia general de la respuesta es claramente positiva. En este sentido nos remitimos al informe de evaluación sobre contribución del SAAD al crecimiento económico y a la creación de empleo.

2. VALORACIÓN DE LA DEMANDA SOCIAL DEL SAAD

A continuación se resumen los principales resultados del cuestionario enviado a las Comunidades Autónomas en lo que se refiere a la demanda social de acceso al sistema.

2.1. CORRESPONDENCIA ENTRE SOLICITUDES Y DEMANDA ESPERADA

En general, la gran mayoría de las Comunidades Autónomas considera que el número de solicitudes ha superado sustancialmente la demanda esperada.

Entre las principales razones se argumenta la **infraestimación de las cifras previsibles de personas dependientes realizadas en el Libro Blanco** que fundamentó la Ley. Tanto la ampliación del derecho subjetivo a otros colectivos durante la tramitación parlamentaria como cierta disparidad en los resultados en la aplicación del baremo explicarían, según una buena parte de las Comunidades Autónomas, dicha desviación.

Otro factor reiteradamente apuntado por las Comunidades Autónomas entrevistadas ha sido el “efecto llamada” de las prestaciones económicas en un contexto de **crisis** económica y financiera como el actual.

Finalmente habría que considerar que la **ausencia de filtros o barreras de entrada en el proceso de solicitud** (no se puede denegar ninguna solicitud de valoración correctamente formulada) unido a la **altas expectativas** generadas por la ley, a veces consideradas como excesivas, y al **desconocimiento previo** de la población sobre a quién se considera realmente como **persona dependiente**, entre otras razones, han propiciado en un buen número de Comunidades Autónomas una avalancha tal de solicitudes (y también de **solicitudes de revisión** del grado de dependencia) que han superado ampliamente la demanda esperada.

2.2. TIPO DE PROFESIONALES Y PRINCIPALES ADMINISTRACIONES IMPLICADAS EN EL ITINERARIO DE GESTIÓN DE LA VALORACIÓN

En lo que se refiere a los perfiles profesionales se constata un claro predominio del trabajador social como figura central en los procesos de solicitud, resolución y elaboración del PIA. Tiene un peso significativo también en el proceso de valoración con un protagonismo compartido con los terapeutas ocupacionales, fisioterapeutas y psicólogos, lo que pone de manifiesto la multidisciplinariedad de los equipos profesionales en la fase de valoración de la dependencia.

En las fases de resolución y dictamen los equipos de valoración son muy variados mientras que en la concesión definitiva de la prestación la figura central es el personal técnico o directivo de la administración.

En cuanto a la composición de los equipos, las Comunidades Autónomas suelen incorporar **equipos multidisciplinares en la fase de la valoración** (personal sanitario, psicólogos, trabajadores sociales, terapeuta ocupacional y un fisioterapeuta) con variaciones en el territorio del Estado.

Esta composición multidisciplinar de los equipos, generalizada en la mayoría de las Comunidades Autónomas, no está exenta de riesgos. En este sentido, algunas Comunidades advierten de la diversidad en los resultados que se pueden derivar de una misma valoración dependiendo de qué perfil profesional lo aplique y qué bagaje formativo previo tengan los valoradores, lo cual requiere que en muchos casos sea finalmente una Comisión Técnica de Valoración, también multidisciplinar, la que establezca qué perfil es el más adecuado para valorar cada tipo de patología.

En cualquier caso, aunque las Comunidades Autónomas parecen estar realizando avances significativos en la realización de valoraciones plenamente comparables consideran recomendable una mayor convergencia en cuanto a la multidisciplinariedad de los equipos para garantizar un reconocimiento de la dependencia igualitario en el conjunto del Estado.

En la mayoría de los casos los equipos de valoración son independientes de los que elaboran el plan individual de atención (PIA). Del mismo modo, los equipos que hacen la valoración son diferentes de los que conceden la prestación (habitualmente personal técnico o directivo de la administración). Todo ello, resulta recomendable para evitar distorsiones en la asignación de los recursos y como vía de control y de eficiencia del propio sistema.

Por otro lado, también existen **diferencias entre las Comunidades Autónomas con respecto al peso de los profesionales de la sanidad o de los servicios sociales**. La mayoría de las Comunidades suelen integrar al personal social y sanitario en la mayor parte de las fases del proceso aunque existen excepciones. No obstante, en general se constata un **limitado peso del personal sanitario en la elaboración del PIA**

En cuanto a los plazos de valoración sigue existiendo **una amplia diversidad en la resolución de la valoración de la situación de dependencia**. Excepcionalmente el plazo es inferior a 6 meses y llega hasta los 18 meses en alguna Comunidad, lo que supone es éste último caso **plazos excesivamente largos** para atender a situaciones reconocidas como un derecho subjetivo que, en ocasiones, vienen acompañadas de peligro de supervivencia inmediata.

En lo que se refiere a las Administraciones implicadas en el itinerario de acceso al sistema, **prevalece la gestión de las Comunidades Autónomas en las fases de valoración, resolución y dictamen y de concesión de la prestación**. No obstante, conviene remarcar la creciente colaboración de las Comunidades Autónomas con las Corporaciones Locales con las que mantienen un protagonismo compartido en las **fases de tramitación de la solicitud y de elaboración del PIA**.

2.3. PRINCIPALES PROBLEMAS EN LA GESTIÓN DEL PROCESO DE VALORACIÓN

En lo que se refiere a los principales problemas encontrados en la gestión del proceso de valoración entre junio de 2007 y 2010 destacan, sobre todo al inicio del SAAD, la ausencia de filtros o barreras de entrada en el proceso de solicitud que, junto a las altas expectativas generadas por la ley, han propiciado una **avalancha inicial de solicitudes de prestación y de revisión** en buena parte de las Comunidades Autónomas.

Ello ha propiciado, además, que en algunos casos hayan tenido (y sigan teniendo) **dificultades para dedicar recursos humanos y materiales a hacer un seguimiento de la evolución de los beneficiarios** de prestaciones de dependencia para dar mayor cobertura a la evaluación permanente y seguimiento de las prestaciones y servicios recogidos en el PIA

En segundo lugar, buena parte de las Comunidades Autónomas han puesto de manifiesto la **inadecuación técnica del baremo inicial para reflejar las situaciones de enfermedad mental, discapacidad psíquica o enfermedades raras** y su **alta subjetividad** en su interpretación, lo que ha generado cierto desconcierto y discrecionalidad en el proceso, sobre todo al inicio del mismo.

En tercer lugar, se ha reflejado cómo la **escasez de personal cualificado y experimentado o su falta de formación en valoración** de estas situaciones ha supuesto un importante freno en el proceso de valoración que poco a poco se va superando, a pesar de lo cual sigue siendo necesario potenciar la mejora continua de la formación de los profesionales.

En cuarto lugar, **se señalan problemas técnicos con el software y hardware de gestión de las valoraciones** (problemas de sincronización y conectividad de PC tablets, dificultades con la aplicación informática SISAAD) **así como limitaciones operativas del aplicativo nacional para territorializar la información regional y para facilitar al IMSERSO sus requerimientos de información estadística a los efectos de gestión y abono de Nivel Mínimo Garantizado.**

Por último, aunque no se trata de problemas reflejados en la mayoría de las Comunidades analizadas, también se han puesto de manifiesto otros de cierto interés como son:



- Las dificultades de continuidad en la valoración y la tramitación de aquellas personas con alta movilidad geográfica que residen temporalmente y transitan entre distintos hogares familiares que se encargan rotativamente de sus cuidados. Del mismo modo, la existencia de una amplia dispersión geográfica en algunas zonas de trabajo social y en zonas urbanas, periurbanas, rurales y de montaña muy intensivas en personas solicitantes, ha obligado a alguna Comunidad a tener que reforzar de manera intermitente esas zonas con más personal de valoración.
- La existencia de dificultades iniciales para optimizar las rutas de los valoradores teniendo en cuenta la proximidad geográfica de las citas de valoración, o la diversidad de resultados de la valoración en los equipos multidisciplinares dependiendo del perfil profesional y bagaje formativo previo.
- Dificultades de coordinación sociosanitaria con los servicios de Salud en relación con la información más relevante del preceptivo Informe de Salud (falta de codificación, diagnósticos deficientemente aportados).
- **Ausencia de un servicio de supervisión y orientación a disposición de los valoradores** para compartir dudas con el resto del Estado y con los responsables del IMSERSO. En este sentido, parecería recomendable seguir mejorando los procesos de comunicación entre los gestores del SAAD en la Administración General del Estado y los gestores de la Comunidad Autónoma.



2.4. PRÁCTICAS DE MEJORA Y CONTROLES DE CALIDAD DEL SISTEMA DE VALORACIÓN

En cuanto a las prácticas de mejora del sistema de valoración, prácticamente la totalidad de las Comunidades afirman haberlas llevado a cabo.

Las acciones más habituales son los **cursos y planes de formación específicos** para personal de valoración. En algunas Comunidades todos los valoradores han realizado un itinerario formativo de unas 150 horas. Otras Comunidades, además, ofertan formación en valoración de patologías complejas (CM). También existen programas de formación que buscan una mayor especialización de los equipos profesionales según diagnóstico, perfil y edad de los beneficiarios.

Estas actividades formativas son complementadas en algunas Comunidades con **reuniones semanales o mensuales de valoradores** y de los servicios u órganos de valoración correspondientes para unificar criterios así como con la realización de **jornadas anuales de intercambio de buenas prácticas** entre valoradores de la región y con otras Comunidades.

En algunas Comunidades Autónomas destacan buenas prácticas como las valoraciones *ad hoc* de personas dependientes menores de 3 años mediante reuniones con servicios de neonatología hospitalarios o equipos de atención temprana o la evaluación periódica de la correcta aplicación del baremo mediante la revaloración de una muestra significativa de valoraciones realizadas.

Entre los controles de calidad más habituales destacan la puesta en marcha de órganos *ad hoc* como **Comisiones Técnicas de valoración, Órganos de valoración y control de calidad, Servicios de Valoración de la**

Dependencia, Equipos técnicos de Valoración, Supervisores de valoración o Comisiones permanentes de valoradores (la denominación depende de cada Comunidad Autónoma) cuya finalidad es volver a revisar todos los informes realizados (práctica habitual en buena parte de las Comunidades Autónomas), la elaboración de dictámenes técnicos, el análisis de posibles mejoras en la aplicación del baremos o la resolución de dudas a los propios valoradores.

Por el contrario, en otras Comunidades Autónomas, únicamente se suele optar por realizar **seguimientos periódicos de indicadores de gestión y efectividad, análisis estadísticos de las desviaciones en la valoración** o por establecer un **sistema de alarma para analizar incongruencias entre la valoración y el informe de salud** (si existen se asigna un nuevo valorador).

Esto pone de manifiesto la **gran diversidad existente en cuanto a instrumentos y órganos de control entre las Comunidades Autónomas**, donde tan sólo la mitad de ellas ha articulado sistemas de control de calidad sistemáticos con órganos, equipos o comisiones *ad hoc*.

3. EL PROGRAMA INDIVIDUAL DE ATENCIÓN (PIA) Y LAS PRESTACIONES SOCIALES

3.1. EL PLAN INDIVIDUALIZADO DE ATENCIÓN: EQUIPO PROFESIONAL Y CONOCIMIENTO DE RECURSOS DISPONIBLES

A tenor de los resultados de los cuestionarios remitidos por las Comunidades Autónomas observamos cómo **el equipo que decide el PIA no suele pertenecer sólo a los Ayuntamientos o a las Corporaciones Locales en general**. En la mayoría de las Comunidades Autónomas el equipo pertenece a la propia Comunidad o bien se comparte con las Corporaciones Locales, aspecto

éste que confirma, como ya se ha comentado en el capítulo anterior, que las Comunidades Autónomas comparten cada vez más con las Corporaciones Locales el protagonismo en la elaboración del PIA.

Lo que sí parece un cambio sustancial en el SAAD es el **grado de conocimiento de los recursos disponibles por el equipo que decide el PIA**. Salvo en una de las Comunidades consultadas, el resto afirma que dicho conocimiento **es riguroso y alguna de ellas ha puesto en marcha aplicaciones informáticas de gestión de procedimiento** para coordinar los distintos órganos, conocer recursos disponibles o unificar las bases de datos de acceso a los servicios sociales. No obstante, todavía persisten dificultades y deficiencias funcionales para el conocimiento de la disponibilidad efectiva de recursos en las comunidades donde son los Cabildos o Consejos Insulares los que tienen competencias en la materia.

3.2. ADECUACIÓN DE LOS RECURSOS SOCIALES A LAS NECESIDADES SURGIDAS DE LAS VALORACIONES

En general, se mantienen ciertas reservas entre las Comunidades Autónomas sobre si los recursos sociales disponibles son o no los adecuados para atender a las necesidades que surgen de las valoraciones realizadas.

Entre las principales causas se apuntan claramente, por el lado de la demanda, **la preferencia de los beneficiarios por las prestaciones económicas, lo cual puede estar provocando ciertos desajustes entre lo que sería el servicio más adecuado para atender a una persona dependiente y la libertad de elección de la propia persona o de sus familias.**

Por el lado de la oferta, se destaca como posible factor de inadecuación de los recursos a las necesidades **el déficit de servicios sociales adecuados**

especialmente en los ámbitos de la discapacidad y la enfermedad mental.

Una causa que no es mayoritaria pero que requiere una atención especial es la dificultad que todavía afrontan las Comunidades Autónomas con zonas geográficas de baja densidad y alta dispersión de población lo que dificulta la prestación de determinados servicios como los centros de día o la atención temprana.

3.3. LAS PRESTACIONES SOCIALES

Los servicios más deficitarios del SAAD siguen siendo los servicios residenciales, sobre todo para personas con discapacidad y enfermedad mental y en algunas Comunidades Autónomas también para personas mayores, así como el **Servicio de Ayuda a Domicilio**.

En lo que se refiere al peso y significado de las prestaciones económicas vinculadas a un servicio, **el peso sobre el total nacional entre Comunidades Autónomas es altamente variable**.

Parte de esas diferencias se atribuyen, según la consulta realizada, a la diferente capacidad instalada en servicios públicos o concertados y privados entre las distintas Comunidades Autónomas de modo que, salvo excepciones, sigue habiendo una mayor propensión a utilizar esta prestación en aquellas Comunidades que manifiestan contar con una red de servicios privados más extensa y una oferta pública o concertada más contenida.

Tal y como contempla la Ley 39/2006 esta prestación se reconocerá cuando no sea posible el acceso a un servicio público o concertado de atención; de ahí que, como afirman algunas Comunidades Autónomas, esta prestación suele ofertarse para el pago de residencias privadas o cuando el servicio no está disponible en el ámbito público.

En alguna Comunidad se ha establecido un límite de dos años para el disfrute de esta prestación. A partir de esos dos años, salvo que la persona perceptora de la prestación manifieste su voluntad de no ingresar en plaza pública y continuar en la plaza privada con la prestación, existe la obligación de ofertarles una plaza pública (de la red de gestión pública o concertada) teniendo preferencia en la adjudicación de dichas plazas.

En cuanto al procedimiento y atención de necesidades urgentes cuando no existen recursos en el momento de decidir el PIA, **prácticamente todas las Comunidades Autónomas contemplan algún tipo de protocolo o procedimiento para ello**. Generalmente se requiere acreditar la condición de exclusión social, estar en inminente riesgo social para la persona o su entorno, en situación de desamparo, abandono, malos tratos o riesgo grave para la integridad de la persona. Suele darse algún tipo de prioridad a estas situaciones, bien sea agilizando el proceso de valoración, solicitando un informe social o sociosanitario de urgencia, mediante la utilización prioritaria de los recursos especializados con el acceso inmediato a los recursos, o bien reservando un número determinado de plazas en los conciertos o en los contratos.

Del mismo modo prácticamente todas las Comunidades Autónomas tienen algún tipo de **programa de respiro para los cuidadores**. Normalmente estos programas suelen tener una duración máxima. Por ejemplo, para el caso de centros residenciales suelen variar entre 45 y 60 días, prorrogables por otro más para casos de enfermedad del cuidador habitual o dificultades temporales concretas, e incluso hasta 90 días. En algunas Comunidades Autónomas es frecuente que estos programas sean compatibles con la percepción de la prestación económica para cuidados en el entorno familiar. Los programas más habituales son los servicios residenciales de duración transitoria o estancias temporales en residencias, si bien también se ofertan programas de fin de

semana y de apoyo a las familias de personas dependientes vinculadas a ofertas de ocio y vacaciones.

3.4. LA GESTIÓN DE LA CALIDAD Y BUENAS PRÁCTICAS EN LA GESTIÓN DE LOS SERVICIOS

En lo relativo a la gestión de los servicios hemos analizado fundamentalmente la existencia de planes de mejora de la calidad y de la participación de los agentes implicados en el SAAD.

En lo que se refiere a la gestión de la calidad y buenas prácticas, casi la totalidad de las Comunidades Autónomas tiene planes específicos de mejora de la calidad así como de participación de los agentes implicados en el SAAD. Existe, no obstante, cierta **heterogeneidad y disparidad en cuanto a los planes de mejora de la calidad y no se observa una línea clara y articulada de la mejora de la calidad entre las Comunidades Autónomas** lo cual también deja muy abierta la gestión de la calidad en todo el territorio nacional.

Nos encontramos así ante una amplia diversidad de planes, actuaciones y medidas de mejora de la calidad de la atención. Entre éstas destacan la implantación de sistemas de gestión de calidad y evaluación externa de calidad, sobre todo de residencias, la elaboración puntual de manuales de funcionamiento, guías de calidad, encuestas de satisfacción o sistemas de gestión de quejas, jornadas de buenas prácticas, planes de mejora asistencial o la existencia de protocolos de atención personalizados o de carácter técnico para unificar los criterios de los servicios sociales comunitarios de la región.

En lo que se refiere a los planes de mejora de la participación de los agentes implicados las medidas son también muy variadas y no todas las Comunidades Autónomas disponen de ellos.

Destaca la realización de reuniones periódicas de coordinación con las Corporaciones Locales o acuerdos de las Mesa de Diálogo Social, la creación de grupos especializados en atención a la dependencia en el seno de los órganos consultivos de mayores y personas con discapacidad ya existentes, la apertura de puntos y oficinas de información especializada (física y virtual) o la existencia de programas de información especializada (por ejemplo para cuidadores no profesionales) o de recogida y tratamiento de la información relacionada con la Ley 39/2006 en el ámbito de los Servicios Sociales Comunitarios.

3.5. LAS PERSONAS CUIDADORAS NO PROFESIONALES: FORMACIÓN, INFORMACIÓN Y SEGUIMIENTO EN EL ENTORNO FAMILIAR

La gran mayoría de las Comunidades Autónomas consultadas ofertan programas de formación y hacen un seguimiento de los cuidadores en el entorno. Además de la elaboración de manuales o guías de formación básicas para cuidadores no profesionales, parece ser una práctica habitual la oferta de programas, cursos o talleres de duración y cobertura variable, en convenio o en colaboración con organizaciones sin fin de lucro o con las Obras Sociales de las Cajas de Ahorro. Esto pone de manifiesto la práctica habitual de la **colaboración en materia de formación con las organizaciones no lucrativas** que cuentan con un amplio bagaje en este ámbito.

En lo que respecta al seguimiento de los cuidadores en el entorno familiar **todas las Comunidades Autónomas consultadas**, salvo alguna, **realizan algún tipo de seguimiento, lo cual no implica que no existan dificultades ni escasez de recursos en este sentido, dado el enorme volumen de perceptores de las prestaciones económicas de cuidados en el entorno familiar**. En algunas Comunidades **suele hacerse por los propios trabajadores sociales**, en algunos casos acompañadas por la

exigencia de la firma de un documento de “compromiso de cuidados” por parte de los beneficiarios o de una justificación anual mediante una **declaración responsable del mantenimiento y cumplimiento de los requisitos** que dieron lugar a la percepción de la prestación por parte del beneficiario de la prestación.

En alguna Comunidad las inspecciones pueden llegar a rondar el 10% de los domicilios de personas usuarias que están percibiendo la prestación económica.

4. LA GOBERNANZA DEL SAAD Y EL SISTEMA DE INFORMACIÓN

El desarrollo del SAAD se basa en “una actuación conjunta de todos los poderes e instituciones públicas” (Preámbulo de la LAPAD). El Consejo Territorial de la Dependencia es el órgano de gobierno conjunto entre la AGE y las Comunidades Autónomas para garantizar la cooperación interadministrativa en base a las competencias de cada nivel de gobierno. Mediante esta cooperación se pretende configurar un sistema que garantice el desarrollo de una “red de utilización pública que integra, de forma coordinada, centros y servicios, públicos y privados” (Art 6.2). Se trata, por otra parte, de un sistema de cooperación en el que también participan las entidades locales (Art 12) tanto en la gestión de los servicios de atención como en el Consejo Territorial del SAAD.

La coordinación y cooperación tiene entre sus premisas el hecho de que la red de servicios y prestaciones no se crea ex novo sino que se integra en la red existente de servicios sociales de cada Comunidad Autónoma. Ello supone nuevas formas de cooperación y coordinación en el segundo nivel, entre Comunidades y Corporaciones Locales así como entre la red pública y la red privada. La participación de diferentes actores institucionales y sociales pone de manifiesto la riqueza y la complejidad de la puesta en marcha del SAAD,

además de la importancia dada a la construcción de estadísticas y encuestas que permitan caracterizar y estudiar la oferta y demanda en tiempo real, se destaca el papel de los Ayuntamientos como puerta de entrada en el SAAD y como gestor de prestaciones.

4.1. UNA VISIÓN GENERAL DE LA GOBERNANZA DEL SAAD EN LAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS

En la presente evaluación hemos abordado la gobernanza a dos niveles:

- a)** A nivel general poniendo de manifiesto los avances generales en la misma, de modo que si bien no puede afirmarse que existan diecinueve subsistemas (pues la existencia de un gobierno compartido entre la AGE y las Comunidades Autónomas a través del Consejo Territorial, la normativa común en los aspectos básicos y el propio despliegue del sistema son factores sistémicos) aún queda un margen de consolidación y perfeccionamiento del conjunto del SAAD en los años venideros. Esto es lo que hemos puesto de manifiesto en el apartado 2 (Valoración general).
- b)** A un nivel más concreto, y en base a la consulta realizada, hemos recabado información sobre la gobernanza existente en cada Comunidad Autónoma, cómo funciona la cooperación con las Corporaciones Locales, cómo participan los agentes sociales y la sociedad civil en el SAAD, la protección de los derechos de los ciudadanos, el desarrollo de los sistemas de información y si existen experiencias de evaluación.

Una valoración global de la gobernanza del SAAD en las distintas Comunidades Autónomas permite afirmar que en estos momentos se está **en pleno proceso de construcción de un sistema de coordinación entre Comunidades**

Autónomas y Corporaciones Locales, desigual y en buena medida tutelado; que la **participación de los agentes sociales y sociedad civil en el SAAD se basa en los órganos ya existentes en el sistema de servicios sociales de cada Comunidad** sin que se hayan creado nuevos órganos; en lo referente a **quejas y reclamaciones de usuarios** sobre el acceso y prestaciones de autonomía y dependencia **no se han creado sistemas específicos sino perfeccionado los ya existentes; las encuestas y estudios de satisfacción del beneficiario sobre el impacto del SAAD se están abriendo camino pero no como estudios específicos sino como parte de los estudios de satisfacción sobre los servicios sociales;** finalmente, en cuanto a evaluación del SAAD la conclusión es que **existe evaluación o seguimiento de procesos pero no de resultados e impacto social e institucional.**

Conclusiones que no pueden sorprender, ya que el esfuerzo organizativo y financiero de las Comunidades Autónomas en estos primeros cuatro años ha estado volcado en dos aspectos cruciales: dar respuesta a una demanda muy superior a la esperada e integrar el SAAD dentro de la rama o sistema de servicios sociales de cada Comunidad Autónoma. Los procesos de evaluación seguramente se intensificarán en los años próximos.

4.2. COORDINACIÓN ENTRE COMUNIDADES AUTÓNOMAS Y CORPORACIONES LOCALES

El desarrollo del SAAD dentro de cada Comunidad Autónoma ha dado lugar a un proceso de descentralización de intensidad desigual y, todo indica, que de carácter más funcional que institucional. La presión de una creciente demanda social ha sido el factor determinante para reforzar la descentralización y, también, mejorar los mecanismos de coordinación entre los niveles territoriales de gobierno.

En algunas Comunidades los servicios sociales municipales son una estructura central para el desarrollo del SAAD como puerta de entrada, valoración, elaboración del PIA y asignación final de prestaciones.

En general, tres son los instrumentos que se han puesto en marcha para la mejora de la coordinación:

- **Sistemas integrados y herramientas de información** conjunta que permiten la colaboración en tiempo real entre Comunidades y Corporaciones Locales en el proceso de desarrollo del sistema.
- En segundo lugar, casi todas las Comunidades han establecido **convenios de colaboración con las Corporaciones Locales** para dar respuesta específica a la gestión de la demanda y de la oferta de prestaciones, sobre todo en los municipios con menos de 20.000 habitantes.
- Finalmente, fórmulas relativamente institucionalizadas de **naturaleza técnica o política**.

Todo indica que el desarrollo del SAAD ha exigido no solo una mayor coordinación entre las Comunidades Autónomas y las Corporaciones Locales sino también nuevas formas de descentralización que refuercen el papel del ámbito local en la gestión del SAAD. La puesta en común de las mejores prácticas en dicha descentralización podría contribuir a reforzar dicha coordinación.

4.3. LOS ÓRGANOS CONSULTIVOS EN LAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS

Las Comunidades Autónomas no han creado consejos u órganos consultivos específicos para canalizar la participación de los agentes sociales y del

movimiento asociativo en el SAAD. **Los órganos ya existentes de participación en los sistemas autonómicos de servicios sociales siguen siendo la estructura fundamental de participación.** Lo cual tiene pleno sentido si de lo que se trata es de integrar el SAAD en el sistema de servicios sociales. Por tanto, las estructuras habituales de participación de cada Comunidad – Consejos de Servicios Sociales y Consejos de Personas Mayores y de Personas con Discapacidad -, son los instrumentos a través de los cuales se canaliza la voz y consulta de la sociedad civil y el diálogo social en materia de dependencia.

Esto no ha impedido que en esta primera fase de despliegue del SAAD no haya sido necesario crear **grupos o comisiones de trabajo *ad hoc*** para profundizar en la cooperación entre la Administración y la sociedad civil. Así, se han creado grupos de trabajo entre las Consejerías de Bienestar, Empleo y Sanidad con participación de sindicatos y organizaciones patronales; alguna Comunidad ha creado un Comité Consultivo para el desarrollo del SAAD; y otras han creado Mesas de Trabajo específicas para la dependencia.

4.4. QUEJAS Y RECLAMACIONES DE LOS CIUDADANOS

El despliegue del SAAD tampoco ha supuesto el desarrollo de sistemas específicos que canalicen las reclamaciones y quejas de los ciudadanos en materia de dependencia. La reglamentación ya existente en los servicios sociales de cada Comunidad permite canalizar las reclamaciones y quejas. Como en el caso de los órganos consultivos, es una decisión razonable el no duplicar los sistemas de reclamación ya existentes. De este modo los Libros de Sugerencias y Reclamaciones o Quejas, Registros generales o sistemas de inspección de servicios sociales, entre otros, forman parte de este desarrollo normativo general para canalizar las reclamaciones y quejas de los ciudadanos que acceden a los servicios sociales.

Pero al mismo tiempo el desarrollo del SAAD se ha traducido en una mejora y reforma de dichos sistemas, ya que los servicios sociales han tenido que hacer frente a una gran demanda social.

4.5. ENCUESTAS DE SATISFACCIÓN DEL CIUDADANO

Hasta el día de hoy sólo siete comunidades y Diputaciones afirman que elaboran encuestas de satisfacción del usuario como parte del seguimiento del sistema de servicios sociales. Pero relacionadas directamente con la valoración de la dependencia solo cabe mencionar tres casos y con carácter puntual.

En este punto se puede señalar que ambos instrumentos, evaluación de la satisfacción del ciudadano dentro del conjunto de la satisfacción de los servicios sociales o de manera específica, son compatibles, si bien en la actual fase de implantación del SAAD son necesarios estudios sobre satisfacción del ciudadano que accede a los servicios sociales.

4.6. SISTEMAS DE INFORMACIÓN Y EVALUACIÓN

En cuanto a la evaluación del SAAD a nivel autonómico, la realidad es que dicho proceso está aún en su fase inicial. Lo que predomina es el seguimiento de los procesos administrativos pero no se han aplicado modelos de evaluación sistemática. Algunas Comunidades Autónomas afirman estar desarrollando proyectos para la mejora de la calidad o disponen de evaluaciones por períodos. Pero lo que realmente predomina son seguimientos de flujos de información mensual o trimestral que se publican en las web de las Comunidades.

La existencia de sistemas de información propios no constituye problema alguno mientras no afecte a la generación de información común. En este sentido queda mucho por hacer, tal como hemos puesto de manifiesto en el informe sobre el SISAAD.

En cuanto a evaluación resulta comprensible que hasta ahora no se hayan producido esfuerzos sistemáticos por parte de las Comunidades Autónomas, ya que la prioridad sigue siendo dar respuesta a una nueva demanda social en el marco de los sistemas autonómicos de servicios sociales. Pero una vez finalizada la eclosión de la misma, evaluar es una exigencia para la mejora. Sería deseable que las metodologías de evaluación sean comparables con el fin de visualizar las fortalezas y debilidades y avanzar en propuestas de mejora común.

5. PROPUESTAS DE MEJORA DEL SAAD

Casi cuatro años después de la puesta en marcha del SAAD las Comunidades Autónomas se orientan claramente en favor de lo que se puede calificar como proceso de perfeccionamiento en lo normativo, en la calidad de los servicios, en una gestión transparente, en la adecuación entre costes y financiación del sistema y en un avance en el desarrollo de políticas de prevención. Las propuestas de mejora de las Comunidades Autónomas reconocen como indiscutible que el SAAD forma parte integral del Estado de Bienestar y de que el objetivo institucional común en los años venideros, al menos hasta el año 2015, consiste en **perfeccionar, consolidar y hacer más común el nuevo sistema de protección social**. Lo que podríamos denominar como creación de mecanismos de mejora continua. Con alguna excepción que señala la necesidad de una revisión en profundidad de la LAPAD, el resto de las Comunidades que han contestado a la consulta se inclinan por procesos de mejora y perfeccionamiento

Diferenciando las propuestas que hacen las Comunidades Autónomas en función de los distintos pilares del SAAD obtenemos los siguientes resultados o propuestas comunes:

5.1. RECOMENDACIONES

5.1.1 Acceso al sistema

En el acceso al sistema se señalan dos propuestas de mejora: agilización de los procesos administrativos e integración de información de carácter social y sanitario y, por otro lado, acelerar el ejercicio efectivo del derecho mediante la reducción de la bolsa de beneficiarios potenciales que viene a afectar a algo más de la quinta parte de las personas con dictamen de valoración. Esto último se debe a distintas razones como son: largos períodos de espera no justificables, falta de recursos, rechazo de la persona beneficiaria a la prestación propuesta o inadecuación entre necesidad y prestación, entre otros. También se proponen mejoras en cuanto a reducción de trámites en el procedimiento administrativo de solicitud, valoración y PIA.

5.1.2 Prestaciones para autonomía y atención a la dependencia

Este pilar es seguramente el que cuenta con un mayor número de propuestas de mejora. Dicho de manera explícita, lo que preocupa ahora es seguir avanzado en el desarrollo de una red pública de servicios de calidad. En este sentido se mencionan acciones y programas como los siguientes:

- Aprobar **planes de atención integral a niños de 0 a 3 años** en situación de dependencia.
- Continuar el **desarrollo de la red pública de centros y servicios**.
- La mejora de la **acreditación y calidad** de centros y servicios.
- La **formación de los profesionales** de la atención y, en general, la **profesionalización** de los servicios constituye otra de las propuestas de mejora de las Comunidades Autónomas. También la formación de cuidadores no profesionales.

- Reforzar las prestaciones técnicas o servicios frente a las económicas.
- **Reforzar técnicamente el PIA** de forma que la libertad de elección sea modulada por los necesarios requerimientos técnicos.
- Desarrollar los programas de **prevención**, actualmente deficitarios en el desarrollo del SAAD, así como de los **productos de apoyo, eliminación de barreras y regulación de la figura del asistente personal**.
- Caminar hacia la construcción de un **catálogo común consensuado** de prestaciones e intensidades en todo el Estado que favorezca la igualdad en todo el territorio del Estado.

5.1.3 Gobernanza:

Entendida la gobernanza en un sentido amplio, es decir, como efectiva coordinación interadministrativa y cooperación institucional, las propuestas de las Comunidades Autónomas se orientan con claridad a reforzar el SAAD como un sistema de Estado, es decir, como un sistema cooperativo. Entre las propuestas que se orientan a reforzar dicha gobernanza podemos destacar las siguientes:

- En primer lugar, se demanda **mejorar y unificar el SISAAD** en todo el territorio del Estado, con el fin de garantizar la transparencia en el sistema y el aprendizaje mutuo.
- En segundo lugar, se considera de interés la **armonización entre la LAPAD y las nuevas leyes autonómicas de servicios sociales** en la medida en que estas últimas recogen **el derecho** subjetivo a la dependencia y las prestaciones en que se materializa la acción protectora.

- En tercer lugar, avanzar en lo referente a la **compatibilidad entre las Comunidades Autónomas** en cuanto a gestión de la información, prestaciones, movilidad de beneficiarios.
- En cuarto lugar, y en lo que se refiere a la **coordinación con el sistema sanitario**, las propuestas discurren desde la definición de modelos unificados de informes de salud a avances reales en coordinación socio-sanitaria. Se propone la elaboración de un Libro Blanco sobre coordinación sociosanitaria.
- Finalmente, alguna Comunidad Autónoma propone la implantación de un sistema de **buenas prácticas** que se puedan difundir por el conjunto del SAAD.

5.1.4 Financiación

Garantizar la financiación del sistema es un objetivo común de las Comunidades Autónomas. Dicha garantía supone tanto hacer sostenible el sistema a largo plazo como cambiar el sistema de financiación del mínimo por parte de la AGE.

En efecto, parece existir un cierto consenso en **que el mínimo común se fije no en relación al grado y nivel de dependencia sino en relación al coste de las prestaciones** ya que las prestaciones económicas tienen un coste menor que los servicios. La afirmación de que la aportación al mínimo por la AGE sea función del coste de la prestación es apoyada por todas las Comunidades Autónomas.

No aparecen propuestas de las Comunidades Autónomas en el sentido de creación de nuevas fuentes de financiación ni de mejora de la transparencia sobre el coste real y financiación. En este sentido nos remitimos al informe sobre análisis del coste y financiación del SAAD.



En suma, las propuestas de mejora de las Comunidades Autónomas se orientan a reforzar un SAAD basado en servicios de calidad, perfeccionando del PIA y los instrumentos de acreditación, formación y calidad; también a una gobernanza que refuerce las dimensiones comunes del SAAD; y una financiación del mínimo garantizado en función del coste de las prestaciones que se reconozcan en el Programa Individual de Atención.



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE SANIDAD, POLÍTICA SOCIAL
E IGUALDAD

ANEXO

Comunidades Autónomas y Diputaciones que han cumplimentado el cuestionario de evaluación

Cuestionarios enviados a Comunidades Autónomas y Diputaciones Forales: Total 19	Cuestionarios recibidos
Andalucía	SI
Aragón	SI
Asturias	SI
<i>Illes Balears</i>	<i>NO</i>
Canarias	SI
Cantabria	SI
Castilla y león	SI
Castilla-La Mancha	SI
Catalunya	SI
Comunitat Valenciana	SI
Extremadura	SI
Galicia	SI
Madrid	SI
Murcia (región de)	SI
Navarra (Comunidad Foral)	SI
Diputación de Álava	SI
Diputación de Guipúzcoa	SI
Diputación de Bizcaia	SI
La Rioja	SI
Total respuesta	18