

Análisis y retos del Sistema del Autonomía y Atención a Dependencia en Andalucía en el marco de la gobernanza multinivel

María Belén MARTÍN CASTRO

Departamento de Ciencia Política y de la Administración
Universidad de Granada
mbmartin@ugr.es

Recibido: 4 mayo 2010

Aceptado: 6 junio 2010

RESUMEN

Considerando el sobresaliente avance que ha supuesto la llegada de la Ley de Dependencia (en adelante LD) y el complejo Sistema de Autonomía y Atención (SAAD) que ésta crea, vamos a acercarnos al desarrollo autonómico de tal política social. A tal objeto, en primer lugar, señalaremos los diferentes *outputs* legales y políticos anteriores al SAAD en Andalucía y, partiendo del juego de la pluralidad de actores y de su diverso peso político, así como del necesario encaje competencial entre Administraciones Públicas, analizaremos desde cuestiones jurídico-políticas, administrativas, sociales y financieras derivadas del mismo hasta los actuales dilemas y datos recientes de su progresiva aplicación.

Para ello se realizará un análisis de documentos relevantes (normativa, planes, estadísticas e informes) junto al seguimiento de prensa, viendo los debates y negociaciones suscitadas tras la incorporación en la Agenda Pública; concluyendo con los productos legislativos y resultados políticos en función de la interacción de lógicas y estrategias desplegadas en un escenario pluridimensional.

En definitiva, se constata, pues, que presentándose como un modelo integrado e innovador, sigue planteando todavía auténticos retos pendientes en equidad, sostenibilidad, agilidad y coordinación en los distintos niveles territoriales implicados. Sistema, éste del SAAD, que en conclusión habrá de marcar un estilo colaborativo de hacer políticas públicas en un ámbito de concurrencia competencial y que, mediante una creciente participación social y de *networks* específicos, deba atender a criterios de eficacia y calidad propios de la Nueva Gestión Pública para poder ejemplificar un supuesto de óptima gobernanza en un marco de gobierno multinivel.

Palabras clave: política social, dependencia, concurrencia competencial, gobierno multinivel, coordinación inter-administrativa, nueva gestión pública.

Analysis and challenges of System for Personal Autonomy and Care of Dependent People in Andalusia within the frame of the multi-level governance

ABSTRACT

Starting from the outstanding advance meant by the arrival of the Dependency Law (hereinafter referred to as DL) and the complex System for Autonomy and Care of Dependent People (SAAD) created from it, we

will approach the regional and local development of such a social policy. First, we will point out the different legal and political outputs which preceded the SAAD in Andalusia. Later, taking into account the diversity of actors and their assorted political influence as well as the necessary matching of competences among Public Administrations, we will study from juridical- political, administrative, social and financial issues based on it to dilemmas and further and more up-to-date information of its progressive implementation.

At this aim we are going to analyze main official documents (law, plans, statistics, acts and reports) and looking into the press, in order to observe the debates and negotiations required after setting up Public Agenda. And closing with legislative outputs and political outcomes, in function of interaction of logical and strategic developed inside multilateral scene.

Then, it is definitely an integrated and innovative model which still presents to real challenges for equity, economic sustainability and coordination in the different territorial levels implied. Such a system, the SAAD, in conclusion should set a collaborative trend to formulate public policies in the cluster of competences. Likewise, by means of increasing social participation and specific networks, it should answer to efficiency and quality criteria related to New Public Management to exemplify a case of good governance within the multi-level government.

Key words: social policy, dependence conditions,, concurrent competences, multilevel government, coordination between public offices, new management public.

SUMARIO: 1. Introducción. 2. Antecedentes. El estado de la Protección a la Dependencia anterior a la LD en Andalucía. 3. Output legislativo. Elaboración de la LD: diversidad de actores en la misma. 4. Desarrollo o resultados. Aplicación de la Ley e implantación del SAAD en Andalucía. 5. Discusión y Conclusiones. 6. Referencias bibliográficas. 7. Glosario.

1. INTRODUCCIÓN

A finales de 2006 se promulga en España una innovadora ley sobre la dependencia (en adelante LD)¹ creando un nuevo derecho subjetivo de ciudadanía que supondría un verdadero reto para nuestro Estado de bienestar, en general, y para los Servicios Sociales, en particular (Casado, D., y Fantova, F., 2007). Se establecían, asimismo, las bases sobre las que se configuraba el complejo Sistema de Autonomía Personal y Atención a la Dependencia (en adelante SAAD) en el que concurren diversas administraciones públicas. La bibliografía desencadenada ha proliferado en Ciencias de la Salud y, en menor medida, en Ciencias Sociales. Aquí nos centraremos más en las cuestiones políticas, administrativas, sociales y financieras derivadas de la elaboración y aplicación de la Ley e implantación del SAAD, en especial en Andalucía.

Partiendo del marco jurídico-político de dicha protección, anterior a la LD, cabe recordar, que al no haber mención expresa en la CE78 sobre la misma, se asimilaría por vía hermenéutica del texto, al conjunto de derechos². Al revisar la evolución de los principales *outputs* legales y programáticos andaluces hay que atender

¹ Ley 39/2006, de 14 de diciembre (publicada en el BOE nº 299, de 15 de diciembre de 2006), de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia.

² Se colige implícitamente, de los derechos a la dignidad de la persona, igualdad y no discriminación, integridad física y moral y salud pública (arts.10,14,15 y 43 respectivamente), y del compromiso público a promover la libertad e igualdad, proteger a la familia, minusválidos y mayores (arts. 9.2º,39,49,50) Preceptos desarrollados, entre otras, por leyes como las de: Integración Social de Minusválidos (LISMI, 1982), Sanidad (LGS, 1986), Pensiones no Contributivas (LPNC, 1990), reforma

en especial a la última década (todo ello enmarcado, a su vez, en los sucesivos planes estatales como los de Empleo, Discapacitados, Gerontológico, Inclusión Social, etc.)³. Por un lado, entre 1998 y 1999 se aprobaron importantes leyes autonómicas: las de Salud, Derechos y Atención al Menor, de Discapacitados y Mayores. Y, a partir del 2000, la Consejería de Asuntos Sociales resurge lanzando significativos programas como la Tarjeta Andalucía Junta sesentaycinco (2001), y planes andaluces como: el Director de Infraestructuras de Servicios Sociales (2000-06), de Apoyo a Familias (2002), de Acción contra la violencia a mujeres (2001-04), I Plan de Voluntariado (2003-05), de Inclusión Social, de Servicios Sociales para Alzheimer, e Integral para personas con Discapacidad (2003-06), II sobre Droga y Adicciones (2002-07), Atención Integral a Infancia (2003-07), etc.

Por otro, el sistema público de Servicios Sociales Andaluz, a finales de los años 90 recibe un impulso, tanto legal como político, consolidándose a partir de tres importantes hechos de naturaleza financiera, orgánica, y política respectivamente: un nuevo sistema de financiación de los Servicios Sociales comunitarios en 2002 con traspaso automático de créditos a las Corporaciones Locales (CC.LL.) y con criterios de mayor justicia y solidaridad en el reparto⁴; la Consejería fue finalmente reestructurada⁵ en 2004, aunando competencias y denominándose «para Igualdad y Bienestar Social» (CIBS) vigente en la actualidad, y en dicho año surge el «Pacto por el Bienestar Social en Andalucía»⁶.

de Seguridad Social (TRSS, 1994), Protección del Menor (LOPJM, 1996), Conciliación de Vida Familiar y Laboral (1999), Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud (LCCSNS, 2003) e Igualdad de Oportunidades, No Discriminación y Accesibilidad Universal (LIONDAU, 2003). Sin embargo, el Estatuto reformado de Autonomía Andaluz (2007) si recoge ya la atención a dependientes, tanto en los objetivos de su Título Preliminar (art. 10.3.15° y 16°), en los «Derechos y Deberes» añadiendo la protección a mayores, el derecho a salud y al Sistema Público de Servicios Sociales (SPSS) (arts. 19, 22-24), como en los «Principios Rectores de las Políticas Públicas» (art. 37.1°, 4° y 5°), aludiendo a la calidad de los servicios públicos y a su accesibilidad universal.

³ Si bien habría que remontarse y citar la Ley Autonómica de Servicios Sociales (en adelante SS), y al propio Plan Concertado de Prestaciones Básicas de SS, ambos de 1988. Posteriormente, el Plan Andaluz de SS (1993-96) aunque supuso un desarrollo de los SS Especializados —siendo los sectores precisamente más protegidos y sufragados la tercera edad y los minusválidos—, sin embargo, pronto irían evidenciándose sus déficits. Era inexcusable mejorar la articulación de estos servicios con los SS Comunitarios (SSCC), gestionados por el Instituto Andaluz de SS y con un papel secundario de la Consejería.

⁴ Si bien no plasmado en la realidad al seguir prevaleciendo los convenios entre Junta y CCLL, al tener en cuenta no sólo el número total de habitantes, sino también otros parámetros como porcentaje de población dependiente, superficie sobre la que Administración Local ejerce competencias, número de núcleos urbanos incluidos, índice de pobreza relativa y necesidades específicas de urbes de más de 100.000 habitantes.

⁵ Extinguido el Instituto Andaluz de SS (Decreto, 2003), fueron adscribiéndose sus fines y objetivos a la Consejería de Asuntos Sociales, y concretamente, a dos nuevas Direcciones Generales: la de Mayores y la de Discapacidad, reflejándose la poco afortunada relación y falta de coordinación entre aquel organismo autónomo y dicha Consejería. Cuenta con las Direcciones Generales de Infancia y Familia, Mayores, Discapacidad, Servicios Sociales e Inclusión, Drogodependencias y Adicciones. Y dos organismos autónomos adscritos: los Institutos Andaluces de Mujer y de Juventud (Decreto 205/2004, 11-mayo).

⁶ Asimismo en 2004 surge dicho Pacto basado en el consenso social, la consolidación de los servicios a las familias, el pluralismo del bienestar y consiguiente participación de la diversidad de actores, concebido como nuevo marco al redefinirse conceptos y objetivos para adaptarse a las nuevas demandas.

Ha de subrayarse el protagonismo autonómico antes de la implantación del nuevo SAAD en dicha protección social, aunque fuera dispersa e incompleta tanto cuantitativa como cualitativamente y con deficiente coordinación y desigualdades territoriales, lo que no derivaba sino del propio título competencial (Semper y Cavas, 2007: 10). En colaboración con los entes locales (art. 25 LBRJ Local, 1985) e *in crescendo* con el tercer sector, la Junta de Andalucía (JA) había asumido tal papel basándose en las competencias en materia de asistencia social, de Servicios Sociales y sanitaria (art. 148.1.20° y 21°CE y 13.21 y 22, EAA)⁷.

Con el fin de ahondar en todo ello —aportando una visión politológica— veremos, a la luz de diversos datos oficiales, el tratamiento aplicado y la evolución experimentada en estos primeros años de despliegue de la LD para acabar reflexionando sobre las críticas, avances y desafíos de gobernanza del SAAD, con especial atención a la Comunidad Autónoma andaluza.

2. ANTECEDENTES. EL ESTADO DE LA PROTECCIÓN A LA DEPENDENCIA ANTERIOR A LA L.D. EN ANDALUCÍA

Conforme a lo expuesto, si bien existían puntos comunes entre estos sistemas protectores (p. ej. zonas de intersección más claras, la gran invalidez y servicios socio-sanitarios de larga duración) no eran todos supuestos plenamente coincidentes. Se evidenciaba la necesidad de una legislación específica, pues los dependientes no requieren una merma en la capacidad laboral sino que no pueden realizar actividades básicas de la vida diaria (ABVD) ya sea por edad (antes o no de los 65 años), enfermedad o discapacidad; buscándose, pues, además de una tutela prestacional, un fomento de su autonomía.

Acercándonos al análisis de la realidad andaluza, señalaremos los principales antecedentes relativos a los años inmediatamente anteriores a promulgarse la LD, centrándonos principalmente en las medidas (infraestructuras, planes, programas...) realizados por la Consejería de Igualdad y Bienestar Social en la Tabla 1.

El Plan de Apoyo a las familias andaluzas (2002) supuso un importante impulso tanto en atención a los dependientes como a sus familias. Su presupuesto en 2005 sube un 40% y unas 400.000 familias andaluzas se beneficiaron ese año de una inversión, que se elevaba a 279 millones de euros, reservándose en este monto total una partida importante para los dependientes. La creación de ayudas a la contratación de cuidadoras/es constituyó alguna de sus principales novedades. La prestación aprobada alcanzaría hasta 1.000 euros anuales por un periodo

⁷ Sin perjuicio de que el Estado atendiera parcial y no específicamente situaciones cercanas a la dependencia por su competencia en Seguridad Social (art. 149.1 17°CE, TRLGSS, 1994). Así la gran invalidez, complementos de ayuda a 3ª persona en pensión no contributiva de invalidez, prestación familiar por hijo a cargo con discapacidad, y los SS de reeducación y rehabilitación de discapacitados y asistencia a mayores.

Tabla 1: Demarcaciones de Servicios Sociales en 2005

N.º municipios	Zonas de Trabajo Social	Unidades de TS
769	209	725
Centros y recursos* antes de la LD		
Centros de SS	Centros para dependientes	Capacidad asistencial
4.629 repartidos por 8 provincias andaluzas	1.158	43.602 plazas
Incremento Potencial (en construcción)	Más de 200 centros	9.111 plazas

* Según Informe del Servicio de Inspección, Evaluación y Control de Centros de CIBS (marzo, 2005), del total de encuestas realizadas (1.564), el 91% de usuari@s manifiesta estar contento con el centro y otro 94% considera bueno el trato recibido. Elaboración propia a partir de datos de la CIBS a diciembre de 2004.

máximo de tres años, previéndose la concesión cada año de 10.000 subvenciones. También se crearon 1.200 nuevas plazas residenciales y 1.000 en los programas denominados de respiro familiar y de estancia diurna (garantizando una estancia mínima en los centros de 39 horas semanales, cinco días a la semana y once meses al año). Con este programa se ofrecieron servicios a 6.216 andaluces en los 261 centros.

Por su parte, el Programa de Respiro Familiar, con un presupuesto de gasto de casi 8 millones de euros ofrecería unas 620 plazas a dependientes en los 135 centros conveniados. Mediante este programa los centros asistenciales asumen temporalmente las tareas de cuidado prestadas por algún miembro de su familia. Estos servicios, merced al Plan a las familias, se amplían puesto que ya no tendrían límite de mínimo de edad y se extienden a las unidades familiares con menores de 16 años dependientes por discapacidad. Aunque es deficitario, pues sólo el 6% de municipios andaluces lo ofertan y en una ratio inferior a 6 plazas/1000 habitantes, cuando la demanda se estima en unas 11/1000 mayores de 65 años.

Destaca el Servicio de Ayuda a Domicilio, gestionado por los Servicios Sociales Comunitarios (SS.CC.) de las Entidades Locales de Andalucía, aproximadamente con un total de 39.000 usuarias/os, aunque la puesta en marcha de experiencias piloto de apoyo a cuidadoras/es incrementaría notablemente el número de perceptores⁸.

Asimismo se dispusieron recursos sociales vinculados con las nuevas tecnologías de la información y la comunicación (TIC), que cumplen un papel impor-

⁸ Para mejorar la cobertura de este servicio se ha aumentando anualmente las aportaciones de la JA al «Plan Concertado de PBSS», y al SAD, pasando de 26 millones en 2000 a 38 millones de euros en 2003.

tante en la vida de las dependientes y de sus familias, en especial mediante las tres vías siguientes:

Con el Plan Andaluz de Servicios Sociales para Alzheimer (2003-2006) la Junta impulsó el uso de las TIC como nuevos cauces de prestación de servicios. Comprende seis líneas de actuación, integradas por un conjunto de veinte programas, destinados específicamente a mayores de 65 años diagnosticados de Alzheimer y continúa lo establecido en el Decreto de Apoyo a familias. La CIBS ha destinado más de 1,5 millones de euros a más de 1.600 familias cuidadoras de las ocho provincias andaluzas.

A su vez, se activa el Programa de Control de Errantes, a través de la Fundación Andaluza de Servicios Sociales, dependiente de la CIBS, en las 18 residencias andaluzas de mayores dependientes. Del número estimado de residentes (3.005), la media de personas beneficiarias con desorientación espacial es de 512. Con este sistema, en el que la Junta de Andalucía invertiría en 2005 un total de 27.000 euros, se pretendía evitar la salida no controlada de residentes que sufren algún trastorno de desorientación de los centros en los que están ingresados.

Finalmente, el Servicio Andaluz de Teleasistencia, también desarrollado por dicha Fundación, contaba con más de 33.000 usuarias/os en nuestra comunidad, donde una parte de ellos, 15.574 tiene una bonificación del 100%. En este sentido, los datos presentados en el Libro Blanco permiten concluir que en Andalucía el coste promedio de mantenimiento era de sólo unos 8 euros/mes.

El Plan de Acción Integral para las Personas con Discapacidad en Andalucía (2003-2006) recogió un programa de «Apoyo a los cuidadoras/es informales» de dependientes en el hogar. Este modelo se basa en la prestación de servicios, debido a su mayor capacidad para cumplir el objetivo protector y de generación de empleos de proximidad que contribuyen a la integración laboral. Ayudando a cuidadores habituales —fundamentalmente redes familiares— y facilitando la conciliación de la vida laboral y familiar, estas medidas inciden en el gasto en Servicios Sociales pudiendo generar riqueza como concreción de una política redistributiva de la renta.

Por otro lado, no pueden olvidarse los numerosos planes anuales o plurianuales y proyectos estratégicos de ámbito local. Todas las diputaciones provinciales y gran mayoría de ayuntamientos andaluces de más de 20.000 habitantes

Tabla 2: Comparativa de centros de día y residenciales, 2005

	N.º centros Andalucía/todas CC.AA.	% Andalucía/todas CC.AA.	Titularidad pública Andalucía/total porcentaje	Titularidad privada en Andalucía T/%
C. Día	180/1.703	10,6/100	59/32,22%	121/67,78%
Residencias	578/5.129	11,27/100	119/20,58%	459/79,4%

Elaboración propia a partir de EASP, 2003, y CIBS, 2005.

Tabla 3: Comparativa de Índices de Cobertura de SS en Andalucía (2004-06)

Total usuarios-plazas/I.C.	S. ayuda (SAD)	TeleAsistencia	Centros día	Residencias
2004	39.266/3,48	20.242/1,79	3.721/0,33	32.093/2,84
2006	38.401/3,28	41.174/3,51	4.265/0,36	32.367/2,76

Elaboración propia a partir de IMSERSO (2005 y 2007): *Las personas mayores en España, Informes 2004 y 2006*.

han desarrollado prestaciones básicas de Servicios Sociales Comunitarios, presupuestados, y con memorias de evaluación, adecuando estructuras y programas a las sucesivas normativas.

En los años anteriores a LD mientras las residencias y el SAD disminuyen casi 10 y 20 décimas porcentuales respectivamente su cobertura, los centros aumentan levisísimamente, siendo la Teleasistencia la que destaca casi doblando su implantación.

Aquí puede verse el claro predominio del sector mercantil (dos tercios de centros y casi el 80% de residencias eran privadas), consecuencia de la fase de recorte del Estado de bienestar y subsiguiente despliegue del *welfare mix* con privatización de los Servicios Sociales (1993-2005). En todo caso, el Sistema Público de Servicios Sociales era secundario respecto a los otros sistemas protectores, dada la escasez de inversiones, cobertura e incidencia. Baste recordar que durante las dos últimas décadas el presupuesto del Plan Concertado de Servicios Sociales no llega a 9.000 millones de euros, y para el SAAD se previeron unos 25.000.

3. OUTPUT LEGISLATIVO. ELABORACIÓN DE LA LD: DIVERSIDAD DE ACTORES

Debe resaltarse el papel del debate especializado (académicos, técnicos, geriatras, etc.) y del diálogo social, impulsores claros de esta política social al flujo europeo y presión socio-demográfica. Pioneros fueron en 1999 dos informes, uno de la Ponencia especial sobre Envejecimiento del Senado, proponiendo un seguro, y otro del IMSERSO sobre la protección de la dependencia, apostando por la cobertura de Seguridad Social. Los acuerdos sobre Mejora y Desarrollo de ésta en 2001 y de Competitividad, la nueva versión en 2003 del Pacto de Toledo, y el Acuerdo de Empleo y Cohesión social en 2004, marcaron los pasos previos en la tramitación culminando todo ello en el Libro Blanco de la LD.

Dada la pluralidad de actores implicados hubo disparidad de enfoques, contemplándose diversas opciones sobre el marco protector: una de ellas consiste en basar la LD en la competencia exclusiva estatal en Seguridad Social (art. 149.1 17ºCE), a priori más conveniente por que reconoce derechos subjetivos sin de-

penden tanto de disponibilidades presupuestarias, asegurándose la igualdad de acceso. Modelo bismarckiano defendido por sindicatos y tercer sector, pero al que se oponen gran número de CCAA y tanto empresarios (al elevarse las cotizaciones) como los partidos nacionalistas (por menoscabar las autonomías) y, en general, por el riesgo de viabilidad del sistema de pensiones —agravado en coyunturas de crisis— máxime al augurarse un elevado coste del SAAD. También se argumentaron dificultades técnicas al contemplarse tanto prestaciones económicas como Servicios Sociales y socio-sanitarios, si bien podría haberse conjugado con la rama no contributiva. Por otro lado, la vía competencial de exclusividad autonómica en Asistencia Social y Servicios Sociales (art. 148.1.20°) se descartó también por excluir el protagonismo que se buscaba desde el Estado como sustentador de este nuevo pilar del bienestar.

Desde la perspectiva competencial el núcleo problemático derivaba de cómo encajar en una materia ya regulada por las CCAA, la intervención estatal a la que quería otorgársele preeminencia, pero sin obstaculizar la trayectoria autonómica en Servicios Sociales, respetando así el reparto competencial. Surgía la dificultad de compatibilizar la desigualdad territorial de los diversos sistemas públicos de Servicios Sociales autonómicos con el principio de igualdad de los españoles (art. 14 y 139CE), «si bien no entendida ésta como rigurosa uniformidad del ordenamiento ...en todas materias y todo el territorio, con contenido y resultados idénticos...» (STC 150/1990).

Habría que distinguir entre el derecho general de protección y las políticas sectoriales, dentro de las que se deja un claro margen a las CCAA en que poder ejercer sus competencias (De Lorenzo, 2006: 84), pero enmarcadas en la LD como legislación básica. Precisamente el 149.1.1°CE permitía aunar y salvar los problemas competenciales y prestacionales. Hay que recordar que este precepto invocado —conforme a doctrina del Tribunal Constitucional (STC 98 y 178/2004)—, no delimita un ámbito material excluyente de la intervención autonómica, sino que contiene una habilitación para que el Estado condicione las competencias de las CCAA, en aras a garantizar la igualdad de todos los españoles en el ejercicio de derechos y cumplimiento de deberes, mediante unos «criterios básicos» uniformes. Así la LD contempla desde principios específicos, derechos y obligaciones, marco organizativo del sistema (SAAD), catálogo de prestaciones y servicios, procedimiento de reconocimiento y valoración, financiación, criterios de actuación —calidad y eficacia—, e infracciones y sanciones. El SAAD, pues, ha de fijar un contenido mínimo común, servir de cauce de participación y colaboración de las administraciones públicas que ejerzan sus competencias y, optimizando recursos públicos y privados, contribuir a mejorar las condiciones de vida de ciudadanos. Se ocasiona así un reparto vertical del poder, entre diversos niveles gubernamentales, y horizontal, entre múltiples actores.

El trámite parlamentario fue más participativo, dando más juego que el otorgado hasta el anteproyecto, siendo la LD rechazada por EA, CIU, y PNV, alegando invasión competencial en CCAA e insuficiencia financiera. Deben destacarse, entre otros, sendos informes del Consejo Económico y Social y del Consejo de

Estado (ambos de 2006), en virtud de los cuales se introdujeron: el impacto de género, el fomento del empleo y promoción de autonomía personal, cobertura a menores de tres años y la enfermedad mental y discapacidad intelectual, cuestiones todas de gran relevancia social. Coadyuvó a esto último también el tercer sector, destacando la FEAPS, CERMI, CEOMA, UDP, Plataforma de ONG de Acción Social y el Foro de Vida Independiente. Si bien junto a la FEMP estuvieron disconformes por su escasa presencia institucional, a la postre reforzaron su postura al igual que las CCAA, no así tanto los sindicatos, ayuntamientos y el propio Estado. (Marbán, 2009).

Aparte de tales voces disonantes, se trató de una norma surgida con amplio consenso social y político, aunque sea criticada ahora por diversos frentes: autonomías, usuarias/os, y agentes sociales. En efecto, tres años después de entrar en vigor, su implementación en el territorio nacional sufre grandes desigualdades entre CCAA, además de que el propio texto ha demostrado padecer lagunas notables. De hecho, no faltan expertos afirmando que la LD es una medida tan necesaria e importante, como débil y mejorable, por ser a la vez muy deficiente por su propia concepción, haciendo que los recursos no se aprovechen del todo, siendo una de sus principales carencias la baja coordinación socio-sanitaria que plantea⁹.

Finalmente debe resaltarse que uno de los cambios significativos, en principio con alcance político-institucional, ha tenido lugar en 2009 con la creación/fusión del Ministerio de Sanidad y Política Social¹⁰, que tiene el cometido de liderar el desarrollo de la LD. Probablemente uno de los retos más difíciles sea lograr que las condiciones de acceso a estos servicios sean rápidos e iguales en todas las autonomías. Sin embargo, a nivel autonómico tal yuxtaposición no sucede en todos los casos, como ocurre en la CA andaluza donde siguen existiendo dos Consejerías, la de Bienestar y la de Salud.

4. DESARROLLO O RESULTADOS. APLICACIÓN DE LA LEY E IMPLANTACIÓN DEL SAAD EN ANDALUCÍA

La población andaluza es de las menos envejecidas tanto por una elevada fecundidad como por una esperanza vital menor a la media española. Habiendo mejorado paulatinamente en general su situación todavía es peor (ingresos, pensiones, consumo, educación...) respecto al resto del país. La viudedad es cada vez

⁹ Según el Prof. Garcés es necesario crear «itinerarios profesionales programados que permitan colocar a los especialistas donde deben estar. Tratar cada caso de forma individual, estudiar su incidencia y su progresión en el tiempo para poder optimizar los recursos». Así «se consigue que cada dependiente reciba la atención requerida, de los profesionales y en el momento en el que lo necesita. Un aspecto que la actual Ley no perfila y deja de forma arbitraria».

¹⁰ El Presidente Zapatero explicó que era conveniente unir estos dos ámbitos, las Políticas Sociales (hasta el momento integradas en el Ministerio Educación, Política Social y Deportes) y la Sanidad (con un Departamento propio), porque ambas reclaman una intensa actividad de diálogo y coordinación con las CC.AA, y por las evidentes interrelaciones entre los dos campos. Fuente: *El Confidencial*, 07/04/2009.

Tabla 4: Peso total/relativo de dependientes 2007 a nivel autonómico y estatal

	Andalucía (% sobre total)	España (% sobre total)
Dependientes	202.147 (2,52%)	1.173.764 (2,6%)
65 y + años	1.178.914 (14,6%)	7.531.826 (16,7%)
Población Total	8.039.399	45.116.894

más tardía y claramente femenina, de forma que con más de 75 años viven solas el 35% y el 15% solos, y únicamente en hogares colectivos un 3%. Con tales datos se desvanece la antigua creencia de que la mayoría de ancianos acababan en asilos (Trinidad y Doblas, 2008: 91 y ss).

La LD se refiere a modernización del sistema y no a su creación. En efecto, además del avance que implica el nuevo derecho subjetivo universal, se entiende como renovación de lo que se venían haciendo los Servicios Sociales, al no haber un giro radical sino un ajuste o adaptación gradual, donde el *path dependence* marca la actuación de las CCAA, respetando lo realizado por la JA. Para alcanzar aquel encaje competencial —complejo también por su carácter concurrente— se aboga por el principio de cooperación interadministrativa, imprescindible para la articulación del SAAD, siendo crucial el Consejo Territorial (CT) órgano de encuentro del mismo. En éste, presidido por el Ministro competente, los representantes autonómicos tendrán mayoría y las CCLL podrán participar en la forma y condiciones que el mismo disponga.

En la intervención estatal destaca el papel relevante del IMSERSO en la gestión de Servicios Sociales complementarios de la Seguridad Social y de planes estatales sectoriales. Pero de hecho, toda regulación no se circunscribe al Estado, al establecer la LD tres niveles de protección, con lo que más allá del nivel mínimo proporciona clara cabida a las CCAA en el acordado y el adicional. También la complejidad de la cuestión se refleja, por ejemplo, en que el catálogo del SAAD se prestará a través de la oferta de la Red de Servicios Sociales por las respectivas CCAA., mediante centros y servicios públicos o privados concertados acreditados.

Se produce, pues, una gobernanza multinivel mediante el CT, los planes conjuntos y los convenios de colaboración bilaterales (entre Estado y CA). Éstos pue-

Tabla 5: Distribución poblacional según perfil en Andalucía 2007

Población > 65/ % sobre Total	1.178.914 (14,66%)	Población > 65 años Discapacitados	2.010.642 (25,09%)
Discapacitados	831.728 (10,43%)	Dependientes	202.147 (2,52%)

Fuente: Elaboración propia. INE BASE: Revisión del Padrón Municipal de Habitantes a 1-1-2007. Consulta en noviembre de 2008.

den ser anuales o plurianuales, habiendo criterios de reparto como población dependiente, dispersión geográfica, insularidad, emigrantes retornados... Es destacable en concreto el Convenio suscrito en febr. de 2007 entre MTAS, IMSERSO y Junta acordando elevar el nivel mínimo para realizar programas cofinanciados con el Plan de Acción a favor de Dependientes.

Aún estando en vigor la LD existían una serie de cuestiones fundamentales de la misma que, no se podían llevar a cabo automáticamente, al estar condicionadas bien por normas con rango de Real Decreto que van aprobándose por el Consejo de Ministros o bien por las decisiones del CT. A medida que aquellas se han ido acordando se les comunica a las CCAA. Entre las competencias del CT figura la de acordar los criterios básicos de procedimiento para el reconocimiento de la dependencia, las características comunes —de composición y criterios de actuación— del órgano público, y los profesionales de las CC.AA que procedan a dicha valoración. De hecho, esto condicionó la aprobación por parte del Consejo de Gobierno andaluz de la norma del procedimiento en la que se regularía que los Servicios Sociales fueran los órganos responsables de iniciar el expediente, tras la petición del solicitante, y encauzar el procedimiento para el reconocimiento de la dependencia (Decreto 168/2007 de JA). De tal forma, la JA decidió crear el Servicio de Información, Orientación, Valoración y Asesoramiento, lo que supone que el personal valorador de la Delegación Provincial de la Consejería de Igualdad y Bienestar Social, de la residencia del solicitante, sea el competente para comenzar e instruir el proceso.

Existen dos actos administrativos, aunque desde el punto de vista procedimental se puedan unificar, hablándose así de un único procedimiento con dos fases: la primera, para evaluar y reconocer un determinado grado y nivel de dependencia; y la segunda, para comunicar la asignación de aquellas prestaciones/servicios más idóneos a cada situación personal, estableciendo una serie de recursos concretados en el denominado Programa Individual de Atención (PIA) elaborado por los Servicios Sociales correspondientes. Es decir, se establece una organización administrativa en que se duplican instancias y normas de distribución competencial. Ésta es la última fase del proceso cuando llega la resolución del recurso más idóneo, su fecha de efectividad y la aportación económica, en caso de ser un servicio¹¹.

El mencionado Servicio de Valoración y los SS.CC en Andalucía tienen potestad para presentar una propuesta no vinculante —cada uno en al ámbito de sus competencias—, de forma que la resolución final, en ambos casos, corresponde al titular de la Delegación Provincial de la CIBS. Siendo ésta la encargada del seguimiento y control de la correcta aplicación del PIA y de los fondos públicos para los beneficiarios/as del SAAD, en colaboración con los SS.CC. correspondientes al municipio de residencia del usuario/a.

¹¹ La persona declarada en situación de dependencia o, en su caso, sus familias o representantes legales serán consultados previamente a la aprobación del PIA, pudiendo, en su caso, elegir entre las alternativas propuestas (Orden 1 oct., 2007, de aplicación del SAAD en Andalucía).

Tabla 6: Comparativa de volumen total y ratios de diversos ítems de aplicación del SAAD en algunas CCAA

	Solicitudes presentadas	Porcentaje solicitudes/ Total	N.º dictámenes de valoración	% dictámenes/ solicitudes	N.º beneficiarios con prestaciones reconocidas	% beneficiari@/s/ sobre dictámenes
Andalucía	329.315	30,42%	281.526	85,49%	197.868	70,28%
Cataluña	169.000	15,61%	167.892	99,34%	127.867	76,16%
Madrid	48.422	4,47%	47.783	98,68%	40.768	85,32%
Murcia	20.905	100,0%	20.698	99%	20.698	100%
País Vasco	76.156	7,04%	67.908	89,17%	41.219	60,70%
Total CC.AA.	1.082.414	100%	965.790	89,23%	717,044	74,24%

Elaboración propia a partir del Servicio de Estadísticas de la Subdirección General de Valoración, Calidad y Evaluación. *Fuente:* Informe IMSERSO, diciembre 2009.

La Tabla 6 recoge ejemplos de CCAA con número de solicitudes presentadas respecto al conjunto nacional, y desglosando las cifras de dictámenes y de beneficiarios/as a prestaciones y los respectivos porcentajes que representan sobre el total en cada uno de apartados¹².

El caso andaluz llama la atención. Según los últimos datos del IMSERSO es la primera autonomía en números absolutos de solicitudes y prestaciones del SAAD, de modo que su volumen de la gestión es enorme respecto al resto de comunidades. El 4% de la población total andaluza ha solicitado valoración de dependencia y la atención real está llegando actualmente a 145.000 personas¹³. Esto significa que uno de cada tres dependientes solicitantes, valorados y atendidos en España es andaluz/a. Andalucía suma más de 300.000 solicitudes de las más de un millón presentadas en todo el Estado, con un porcentaje que casi duplica al de la siguiente, Cataluña. De estas solicitudes, la CA andaluza ha tramitado más de 280.000 peticiones, emitiendo dictámenes favorables en un 70% de casos, quedando por debajo de la media. Si bien estos datos no son del todo buenos, la capacidad de respuesta en términos absolutos ha sido muy importante y las tendencias son de ligera mejora. En cualquier caso, el desafío para 2010 es que aún hay más de 105.000 andaluces/as esperando, la valoración y/o los servicios y prestaciones.

¹² A fecha 1 de julio de 2009 más de 900.000 españoles habían solicitado algún servicio o ayuda del SAAD, de los cuales 621.336 tenían ya concedida alguna, de las cuales un 66% corresponden a mujeres y el 34% restante a hombres, y cuyo perfil responde de forma mayoritaria al de una mujer de 80 años en adelante. Fuente: Agencia EFE, 02-08-2009.

¹³ Barriga Martín, J. (AEDGSS): *Evolución gráfica de la gestión del SAAD por CCAA (junio 2008-dic. 09)*. Web del IMSERSO, 2010.

Por su parte, son Cataluña, Madrid y Murcia en teoría las que presentan mayor diligencia en realizar las valoraciones aproximándose al 100% de solicitudes, siendo estas dos últimas citadas junto a Valencia y Canarias las que han canalizado en porcentaje más beneficiarios con derecho a prestaciones del SAAD. Sin embargo, conforme al dictamen del Observatorio de Dependencia (dic. 2009), la AEDGSS, y contemplando diversos criterios de valoración son estas cuatro CCAA las que suspenden, quedando Cataluña en aprobado justo¹⁴. Y es que se evidencia una escasa fiabilidad de cifras aportadas desde algunos gobiernos autonómicos al SAAD, pues lo cierto es que no se sostienen especialmente ni en Murcia ni Madrid¹⁵ (Barriga, 2010: 4 y 17).

Entre las funciones del CT, como vemos muy amplias, se halla la de establecer los criterios para determinar la intensidad de protección de servicios previstos en el Catálogo y la compatibilidad entre los mismos, que luego serán aprobados por el Gobierno mediante Real Decreto. La LD es escueta sobre tales compatibilidades o no entre las medidas del SAAD y de éstas con otros sistemas de protección social, con una regla concreta: deducir el importe de cualquier otra ayuda que se reciba de igual o similar naturaleza del montante de las prestaciones económicas a percibir del SAAD, dejando a las CCAA que lo regulen, La normativa andaluza es exhaustiva a este respecto (Orden de 3 de agosto de 2007).

En efecto, la CA andaluza —en función del art.61 del Estatuto de Autonomía—, puede regular, ordenar y gestionar los Servicios Sociales, prestaciones técnicas y económicas con finalidad asistencial y complementaria de otros sistemas de protección pública. A su vez la LD (art. 11) concreta las funciones de las CCAA: planificar, coordinar, gestionar medios y recursos, llevar registros, inspeccionar, evaluar e informar del SAAD al Estado. Pues bien, a fin de coordinar las políticas para el desarrollo de la LD en Andalucía se crea, en diciembre de 2008, la Secretaría General para la Atención a la Dependencia —dentro de la estructura de la CIBS y con nivel orgánico de Viceconsejería—. Su competencia es coordinar las actuaciones para la gestión del SAAD llevadas a cabo por la Secretaría General Técnica, y por las tres Direcciones Generales: la de Mayores, de Personas con Discapacidad y de SS e Inclusión.

Dicha Secretaría apuesta por la mejora de la competencia profesional de los/as profesionales vinculados al SAAD dotándoles de los conocimientos y habilidades necesarias que le permitan desarrollar su trabajo ágil y eficazmente. Así la Consejería previo desarrollar cinco planes de formación en 2009: cuatro para profesionales (de la CIBS y de sus Delegaciones Provinciales, de la Red de centros y servicios del SAAD, de los Servicios Sociales Comunitarios, y personal valorador) y uno para cuidadores/as en el entorno familiar.

¹⁴ Parámetros como el número de solicitudes respecto población total, equilibrio entre prestaciones económicas y servicios, personas con derecho reconocido pero pendientes de recibirlos, aportación económica de autonomías, grado de integración en respectivas redes de SS, etc. Fuente: EFE, 12 dic. 2009.

¹⁵ No es verosímil que coincidan cada mes el número de valoraciones, dictámenes y beneficiarios en la 1ª, ni hay voluntad de poner en marcha el SAAD en la 2ª con una cobertura de 0,4% en una Comunidad como la madrileña de las más pobladas de España.

Tabla 7: Previsión de Planes de Formación en 2009 (1)

Presupuesto	1,4 millones de euros*
Cursos de formación	1.146
Asistentes	20.000 personas
Formación de profesionales	7.000
Formación de cuidadores	13.000

Elaboración propia. * Procedentes del Plan E extraordinario del Gobierno central.

Andalucía cuenta con casi el 40% de convenios suscritos para cuidadores no profesionales en el Estado, seguida de Cataluña (10.650), País Vasco (6.630) y Galicia (5.680).

Por su parte, el discurso político institucional (según comparecencia de la consejera Navarro ante el Parlamento andaluz en julio de 2009) señaló como prioridades de la Junta: el desarrollo de una red de centros y servicios suficientes; reforzar e incentivar servicios de proximidad; agilizar la tramitación de solicitudes y el desarrollo de sistemas de gestión e información; apoyar a personas cuidadoras en el entorno familiar; y afianzar la calidad, incorporando la perspectiva de género en todos los planes. En esta línea, la CIBS ha destinado en el segundo semestre 2009 más de 145,4 millones de euros a los ayuntamientos de más de 20.000 habitantes y a las diputaciones provinciales para financiar el SAAD.

La consejera ha afirmado que el mantenimiento del SAAD está garantizado en Andalucía, resaltando que el modelo andaluz se caracteriza por la cooperación con los ayuntamientos, así como porque los dependientes permanezcan el mayor tiempo posible en su entorno familiar. Para asegurar su aplicación la JA ha incrementado los presupuestos iniciales, donde se incluye también lo que se destina a reforzar el personal de los SSCC, de modo que a inicios de 2009 el Presupuesto era de 530 millones de euros experimentando un incremento de 38% durante tal ejercicio, al aumentar en 200 millones de euros.

Respecto al desarrollo del SAAD atendiendo a su organización y contenido puede inferirse de las siguientes tablas que no existe demasiado equilibrio inter-

(1) La implantación del SAAD en Andalucía ha motivado la contratación de un total de más de 1.400 personas en la región, entre las que se incluyen las 536 destinadas a los SSCC y 615 correspondientes a los servicios de valoración de la CIBS. El Consejo de Gobierno aprobó destinar 19,94 millones de euros a las 8 diputaciones provinciales y a los 78 municipios andaluces de más de 200.000 habitantes, con el fin de financiar durante el próximo año los contratos de 536 trabajadores para el SAAD. *Fuente:* Servimedia (24-11-2009).

Tabla 8: Convenios especiales de cuidadores no profesionales de dependientes (1 de diciembre de 2009)

Almería		Cádiz		Córdoba		Granada	
OB	VO*	OB	VO*	OB	VO*	OB	VO*
4.886	9	8.131	9	3.745	5	3.268	1
Huelva		Jaén		Málaga		Sevilla	
OB	VO*	OB	VO*	OB	VO*	OB	VO*
3.651	1	4.455	2	6.972	3	5.770	0
Total Andalucía		Obligatorios: 40.878				Voluntarios: 30	
Índice cobertura	SAD	U. Teleasistencia	Plazas centros día	Plazas residenciales**			
Total Estado		OB: 97.134		VO: 497			

OB: obligatorios. VO: voluntarios. * Convenio voluntario, no se suma por estar el suscriptor contado en el convenio colectivo. ** Servicios residenciales incluye: número de plazas en centros y apartamentos residenciales, viviendas, etc. *Fuente:* Elaboración propia a partir de IMSERSO, 2009. Tesorería General de la Seguridad Social.

territorial tanto en acceso, financiación, copago, intensidad de cobertura... pudiendo deberse a factores como diversidad en desarrollos normativos, nivel previo de infraestructuras, cambios internos gubernamentales, apoyo a CCLL, límites de información, etc. Recordando las cifras vistas de 2004-06 en Andalucía es evidente la mejora, aunque paulatina, de cobertura. Se confirma la tendencia mostrada años atrás de mayor progreso en servicios (sobre todo la tele-asistencia), ralentizado en infraestructuras, que son aún más deficitarias al compararse con la media española.

Tabla 9: Ejemplo de refuerzo de Servicio de proximidad: SAD. Balance 2009

Primer semestre 2009			
SAD	N.º de profesionales	Intensidad mensual	Presupuesto
22.800 beneficiari@s	8.100	1.300.000 horas	99 M E
Previsión para finales de 2009 (2º semestre)			
31.880 beneficiari@s	11.350	1.817.390 horas	145,4 M E

Fuente: Elaboración propia a partir de IMSERSO, 2009. Tesorería General de la Seguridad Social.

Tabla 10: Comparativa de índices de cobertura máximas/mínimas de CCAA, Andalucía y media

Índice cobertura*	SAD	U. teleasistencia	Plazas centros día	Plazas residenciales**
Andalucía usuarios	46.924	65.261	7.943	35.591
I.C. Andalucía	3,92	5,45	0,66	2,98
I.C. más altas	Extremadura 9,90 Ceuta 9,58 C. Madrid 7,97	C. Madrid 11,94 C.-La Mancha 8,58 Ceuta 6,69	C. Madrid 1,28 Cataluña 1,07	C. León 6,80 C.-La Mancha 6,76 Aragón 6,10
I.C. más bajas	Murcia 2,42 C. Valenciana 2,74 Balears 3,25 Canarias 3,52	Canarias 1,20 Galicia 1,20 La Rioja 1,93	Ceuta 0,53 Asturias 0,56 Galicia 0,57 C. León 0,58	Ceuta 2,18 Melilla 2,75 Galicia 2,76
Media I.C. España	4,69	4,72	0,83	4,44

Elaboración propia a partir de IMSERSO (2008): *Informe de personas mayores*. * Índice de cobertura (n.º de usuarios o plazas/población > 65 * 100). ** Servicios residenciales incluye: número de plazas en: centros y apartamentos residenciales, viviendas tuteladas, acogimiento familiar. INE (2008). Datos Población. Padrón Municipal 01-01-2008.

Analizando en siguiente tabla la distribución de importancia de cada servicio y prestación respecto al conjunto del SAAD, se deduce como difiere notablemente el desarrollo entre dichos recursos. Pues mientras la tele-asistencia y el SAD andaluces sobresalen respecto al porcentaje medio en España en casi o más del doble, sin embargo el peso específico de los centros diurnos sobre el volumen total está por debajo, quedando en la mitad la atención residencial, al ser claramente una red aún insuficiente. Inexistente es la prevención, si bien sólo Castilla-León, Ceuta-Melilla, Extremadura, y La Rioja empiezan a implantarla con cierta presencia. En relación a las prestaciones económicas, salvo los cuidados familiares que se equiparan a la media española, las otras presentan cifras realmente bajas. La mitad del SAAD en Andalucía se destina a cuidados familiares, más del 30% a servicios y poco más del 12% a centros cuando en España éstos casi alcanzan el 25%.

Respecto a la financiación, brevemente señalaremos que las Administraciones Públicas implicadas en la gestión del Sistema contribuirán a su financiación de la siguiente manera:

- a) Nivel mínimo de protección: el Estado sufraga dicho nivel garantizado para cada uno de los beneficiarios, correspondiéndole íntegramente tal financiación que se establece anualmente en sus Presupuestos Genera-

Tabla 11: Distribución del peso específico de cada servicio y prestación sobre volumen del SAAD: servicios reconocidos por el SAAD (a 1 de diciembre de 2009)

Tipo de servicio (S)	N.º plazas/ beneficiari@s Andalucía	% de cada servicio respecto volumen total de S y P en Andalucía	N.º plazas/ beneficiari@s total CCAA	% de cada S respecto volumen total de S y P en todas CCAA
Prevención de la dependencia y promoción de la autonomía personal	5	0,0	2.962	0,57
Teleasistencia	26.919	15,89	35.372	6,79
Ayudas a domicilio (SAD)	30.990	18,30	56.089	10,77
Centros de día o de noche	7.809	4,61	27.361	5,25
Atención residencial	15.391	9,09	95.820	18,40

Elaboración propia a partir del IMSERSO, 2009.

Tabla 12: Distribución del peso específico de cada servicio y prestación sobre volumen del SAAD: prestaciones económicas reconocidas por el SAAD (a 1 de diciembre de 2009)

Tipo de prestaciones (P)	N.º de prestaciones en Andalucía	% de cada P. respecto volumen total de S y P Andalucía	Todas CCAA	% de cada P. sobre volumen total de S y P en España
Vinculadas al servicio ^a	3.201 prestaciones	1,89	36.073	6,93
Cuidados familiares ^b	85.021 ayudas	50,20	266.398	51,16
Asistencia personal ^c	32 asistentes	0,02	658	0,13
Total n.º P+S	169.368	100	520.736	100

^a Únicamente cuando no es posible el acceso a un servicio público o concertado de atención o cuidado. ^b Cuando se es atendido por su familia en su propio domicilio. ^c Contribuir a la contratación de asistencia personal durante un número de horas. Elaboración propia a partir de datos de Estadísticas del IMSERSO (diciembre de 2009).

les¹⁶. El mismo se determina reglamentariamente, oído el Consejo Territorial del SAAD para cada grado y nivel.

¹⁶ RD 74/2009, de 30 de enero, de actualización del nivel mínimo de protección, cantidad mensual que el Gobierno transfiere a cada CA por cada beneficiario del SAAD en el ejercicio 2009.

Tabla 13: Cuantías mínimas para 2009

Grado	Nivel	Cuantía*
Grado III: gran dependencia	Nivel 2	263,93
Grado III: gran dependencia	Nivel 1	179,47
Grado II: dependencia severa	Nivel 2	102,00
Grado II: dependencia severa	Nivel 1	70,00

* Incrementadas en general en un 2% respecto a 2008. Elaboración propia a partir de web del SAAD.

- b) Nivel acordado entre las Administraciones estatal y autonómica. En el seno del CT del SAAD, el Estado y las CC.AA. han de acordar un marco de cooperación interadministrativa mediante convenios bilaterales, donde se recogen los objetivos, medios y recursos para la aplicación de los servicios y prestaciones. En los convenios figurará la financiación que corresponda a cada Administración, debiendo aportar la CA en cada anualidad una cantidad que al menos sea igual a la del Estado, recogién-dose también la aportación estatal al nivel mínimo garantizado. En previsión de posibles problemas o desacuerdos de este nivel intermedio el Estado compromete anualmente créditos en sus Presupuestos para celebrar tales convenios.

El Ministerio de Sanidad y Política Social en 2009 repartió un 20% de ese dinero en virtud de las personas evaluadas a 1 de abril. El denominado «nivel acordado» de financiación de la norma hasta ahora se distribuía únicamente en función de la población de cada región¹⁷. La intención, no exenta de polémica, sería premiar de alguna manera a aquellas regiones que presentan niveles mayores de atención a dependientes, como La Rioja, Navarra, Cataluña o Andalucía. La ministra dejó claro que todas las CCAA saldrán ganando con el nuevo reparto de los fondos aprobado, revelando que la medida ha sido aceptada por amplia mayoría en el seno del Consejo, con el apoyo incluso de algunas autonomías gobernadas por el Partido Popular.

- c) Nivel adicional de protección. Las CCAA podrán definir, con cargo a sus presupuestos, niveles de protección adicionales a los citados, adoptando las normas de acceso y disfrute que consideren más adecuadas. En el informe presentado por la Ministra de 2 de febrero de 2009 consta que la

¹⁷ Ese nivel acordado se estableció hace tres años, cuando la Ley echó a andar y no se sabía cuántas personas adquirirían derecho a un servicio o prestación. Sin embargo, la LD se ha aplicado de forma muy distinta en cada CA, de modo que las CCAA que mejor la apliquen recibirán más fondos del Estado. Tal medida sirve para proceder al reparto de los 283 millones que corresponden al 2009 para el nivel acordado, lo que supone un incremento de un 17,5% con respecto a 2008.

Tabla 14: Comparativa de diversidad de precios y de copago entre CCAA (ej: centros de día)

	Precio público plaza euros/año	% copago	Precio concertado plaza euros/año	Psicogerítricas
Andalucía	—	24,00	6.793,00	—
Balears (Illes)	10.498,03	49,00	4.314,50	4.314,50
Galicia	5.149,44	50,00	5.149,44	—
Madrid	10.759,68	11,28	8.976,99	9.646,45
País Vasco	10.256,41	23,00	14.151,42	—

Elaboración propia a partir de datos de Estadísticas del IMSERSO, 2009.

Tabla 15: Cuanías de los tres tipos de prestaciones económicas para 2009

Grados y niveles	Prestación económica vinculada al servicio	Cuidados entorno familiar y apoyo a cuidadores no profesionales	De asistencia personal*
Grado III Nivel 2	831,47	519,13	831,47
Grado III Nivel 1	623,60	415,73	623,60
Grado II Nivel 2	460,80	336,24	
Grado II Nivel 1	400,00	300,00	

* La ley sólo contempla esta prestación para personas con gran dependencia (Grado III). Las cuanías de las prestaciones económicas se incrementan en 2009 en base al IPC de noviembre de 2008, que se situó en el 2,4%.

financiación comprometida por el Estado para financiar estos servicios en este año es de 1.558 millones de euros, un 79% más que el anterior. Dentro de esta dotación presupuestaria, están incluidos 400 millones de euros extraordinarios que el «Plan E» ha inyectado en la LD¹⁸.

Finalmente, los beneficiarios de las prestaciones de dependencia participarán también en su financiación en función del tipo y coste del servicio (distinguiendo entre centros de día y residencias).

¹⁸ Esta financiación adicional se proyectó ejecutar en 2009 y para ello las CCAA definieron sus propuestas de actuaciones. Según informe de la Ministra ya se han presentado alrededor de 1.500 proyectos al IMSERSO, planes que deberían ejecutarse en 2009 y se estimaba crearían entre 30.000 y 35.000 puestos de trabajo.

guiendo servicios asistenciales de los manutención y hotelero) y de la capacidad económica personal. La premisa es que nadie quedará fuera de la cobertura del Sistema por no disponer de recursos. Hubo una resolución (2008/20452) de la Secretaría de Estado en la que se establece el «copago», que ha vuelto a cuestionar la LD al posibilitar la entrada a 17 sistemas diferentes. No faltan voces afirmado que el resultado puede ser que la igualdad en servicios, prestaciones y obligaciones (copago) desaparezca.

Algunas de las críticas atañen al gobierno quien en lugar de desarrollar la LD —vía reglamento— ha optado por un mero acuerdo de intenciones —la resolución—, lo que permitirá a cada CCAA aplicarla según sus criterios. De hecho, ya existen diferencias importantes, pues el derecho a la prestación económica se origina en algunas CCAA en la fecha de la solicitud según información ministerial, mientras que en otras es la correspondiente al dictamen.

Por su parte, es el Consejo Territorial del SAAD quien acordará las condiciones y cuantía de las prestaciones económicas que posteriormente van siendo aprobadas por el Gobierno mediante Real Decreto¹⁹. A su vez, las Administraciones Públicas podrán establecer acuerdos —en concepto de subvención— para la concesión de ayudas económicas que faciliten la autonomía personal e irán destinadas a apoyar a la persona con ayudas técnicas o instrumentos necesarios para el normal desenvolvimiento de su vida ordinaria, y para facilitar adaptaciones y accesibilidad que contribuyan a mejorar su capacidad de desplazamiento en la vivienda.

5. DEBATE. CONCLUSIONES

Acabamos con los desafíos del SAAD, avances, críticas y posibles vías. En primer lugar, hay que ser conscientes, en todo caso, del hito histórico que supone la consolidación de este nuevo derecho, y al tratarse de una política de tal envergadura van apareciendo diversidad de voces implicadas, con posturas encontradas al respecto. Así, los últimos informes del Defensor del Pueblo²⁰ —quien considera la dotación financiera insuficiente el principal obstáculo— contemplan las quejas de los ciudadanos sobre el desarrollo de la LD, cuyo grueso se centra en el retraso de evaluaciones, la demora de subsidios y ayudas, la falta de reconocimiento de derechos, e incluso, en muchos casos, de información sobre la tramitación de expedientes. La reivindicación generalizada y compartida es una mayor cobertura presupuestaria, en general mejorar la dotación de recursos

¹⁹ Consejo de Ministros aprobó el RD73/2009, 30 de enero, sobre cuantías de las prestaciones económicas de la LD para el ejercicio, y cuyo contenido fue acordado por el Gobierno y las CC.AA en el Consejo Territorial del SAAD (22 dic. 2008).

²⁰ Múgica manifestó a Europa Press su preocupación, asegurando que llegan muchísimas quejas. Madrid y Valencia juntas superaron el 50% de las reclamaciones. Asimismo, indicó que el Gobierno y las CCAA tienen la «obligación» de cumplir con el calendario acordado sin que la crisis sirva como pretexto porque lo fundamental son los ancianos, enfermos y niños.

de distinto tipo, cuya escasez sobrecarga a los profesionales de Servicios Sociales. Problema que está retrasando la puesta en marcha de ayudas y que, en muchos casos y tras una larga tramitación, no llegan a tiempo o son insuficientes. Junto a la falta de recursos, se critica también diferencias entre CCAA, así algunas no permiten compatibilizar las ayudas autonómicas con servicios de dependencia, lo que obliga a los usuarios a elegir entre unas u otras. Cuestiones como éstas, el copago o la escasez de residencias han hecho que esta ley, que nació generando muchas expectativas, sea hoy motivo de frustración para muchos. Por ej. la Federación de Organizaciones Andaluzas de Mayores (FOAM) ha alertado de que unos treinta proyectos de construcción de centros residenciales, casi 3.000 plazas para mayores están «paralizadas», por falta de financiación de las entidades crediticias²¹.

La incertidumbre financiera a largo plazo conlleva la hendidura posiblemente más grave de SAAD, su sostenibilidad, pues se legisló en una fase expansiva del PIB y ahora la crisis apremia. Las erróneas estimaciones de población, los costes mayores a los previstos y duplicidades de proyecciones llevan a los expertos²² a subrayar la divergencia entre las expectativas y la realidad. Coinciden en priorizar necesidades, garantizar la universalidad, posponer los casos leves, y buscar nuevas fórmulas de financiación. Por su parte, las valoraciones de los profesionales (AEDGSS) señalan la desigualdad de velocidad entre CCAA.

Respecto al desarrollo del SAAD, más del 30% de los beneficiarios de la LD aún están pendientes que las CCAA les asigne el tipo de prestación o servicio que precisan (IMSERSO, a 1 de dic. de 2009 indica que hay 209.559 personas pendientes de identificar en el PIA). Desde el Ministerio explican que a este colectivo reconocido con su grado y nivel de dependencia le falta que su CA le diga qué tipo de asistencia necesita en función de su situación. Andalucía no se halla entre las diez comunidades con más casos irresueltos (con un 20,6%)²³.

La heterogeneidad del SAAD se manifiesta en el acceso, desarrollo, acreditación de centros, coberturas. Por ej. a pesar del único baremo atendiendo a es-

²¹ Según explicó el secretario general de FOAM en la primavera de 2009 a Europa Press, los bancos se han cerrado en banda. Calculan que en el próximo lustro serán necesarias unas 60 residencias/6.000 plazas en toda la Comunidad. Ya la consejera de Bienestar les hizo un llamamiento para que flexibilizaran sus criterios al conceder créditos financieros a las empresas promotoras de residencias y otros recursos asistenciales. Harían falta unos 5 millones de euros para construir estas residencias que supondrían la creación de unos 2.000 empleos directos, más los indirectos que se pueden sumar correspondientes a vacaciones, sustituciones o prestación de servicios.

²² Comité compuesto por M. Cervera, J. Herce, López Casanovas, G. Rodríguez Cabrero y S. Sosvilla a quienes el Congreso de Diputados solicitó un informe. Proponen vías como aumentar el IVA, prima única a los 65 años a modo de seguro de dependencia contra patrimonio o hipoteca inversa, seguro obligatorio a partir de cierta edad, cotización social adicional a pensiones, mantener impuesto de patrimonio o sucesiones.

²³ Los porcentajes más altos de listas de espera se dan en Canarias (68%) Islas Baleares (58,2%), Murcia (56,4%), Extremadura (52,8%) y Madrid (50,14%), Cataluña (46%), Comunidad Valenciana (38%), Castilla-La Mancha y Asturias (35%), Galicia (34%). Por el contrario, las autonomías que hasta septiembre identificaron más servicios o ayudas o a las que menos les falta por asignar son Castilla y León (10,7%), País Vasco (6,6%) y las ciudades autónomas de Ceuta y Melilla (4,5%).

calas internacionales (OMS), es discutible la igualdad de criterios de valoración al realizarse por equipos diversos según contextos, inercias... con diferencias entre e intra comunidades y al someterse los solicitantes a tres e incluso seis profesionales. Las CCAA debieran aceptar con compromiso y claridad el establecimiento de procedimientos más homogéneos. Así mismo, en la práctica la mayoría de gobiernos autonómicos no están cumpliendo el espíritu de la norma. Aunque deben dar prioridad a la asistencia y servicios, asignan prestaciones económicas, a pesar de que la ley la contemple como una excepción o vía subsidiaria. Datos que se explican por ser en principio menos costosas, de fácil gestión y mayor inmediatez, por la larga tradición y consenso social en España del cuidado familiar como natural opción en el entorno habitual, y la falta de medios del SAAD máxime en estos primeros años de implantación²⁴ de Servicios y Política Social.

El Ministerio ha solicitado cooperación a los gobiernos regionales para estos tiempos de crisis en la aplicación de la LD, demostrando a los ciudadanos que son leales unos con otros y transmitirles confianza, pidiéndoles la creación de un catálogo de buenas prácticas que aúne las experiencias adquiridas con el fin de agilizar la atención de los dependientes. El sistema debe construirse desde un marco de diálogo con todos los agentes implicados, articulando unas bases con carácter estatal sobre el principio de igualdad en coordinación a las actuaciones en el nivel específico que asegure la efectividad en cada municipio. Poner en marcha el SAAD supone un enorme esfuerzo económico, pero deben valorarse las externalidades positivas de empleo, capacidad adquisitiva y desarrollo tecnológico que pudiera generar. Y el coste no puede ser, a la postre, un argumento para que el Sistema se desarrolle fragmentaria e insatisfactoriamente, siendo otro de los puntos débiles la falta de metodología en la gestión de casos²⁵, debiendo ser apto para todos. Por último, en el análisis de la realidad es imprescindible el enfoque de género, y mucho más dado que nos encontramos ante una situación de la «feminización de las situaciones de dependencia», tanto por el propio fenómeno del envejecimiento como por ser mujeres la mayoría de los cuidadores.

Resumiendo, los SPSS autonómicos pasaron de una responsabilización pública universal en el decenio 1982-92 aproximadamente, cayendo en una etapa de austeridad del EB en la siguiente década con un auge de la privatización y voluntariado social, para asistir en la actualidad a la fase de subjetivización de de-

²⁴ De las 444.476 personas que cuentan ya con un servicio o ayuda, casi el 58% (257.450) recibe una prestación económica, bien vinculada a un servicio (6,4%), pero sobre todo para cuidados familiares en el hogar (51,4%). Le sigue la atención residencial (19,3%), ayuda a domicilio (10,4%), teleasistencia (6,3%) y centros de día o de noche (5,1%). Los servicios a los que menos dependientes han derivado las CCAA son a la prevención y promoción de la autonomía personal (2.554 personas, es decir, el 0,5% del total) y la prestación económica de asistencia personal (0,1%). Fuente: EcoDiario, 13/09/2009 según IMSERSO.

²⁵ Con el sistema actual de pensiones y cotizaciones, y su reparto, supone una incógnita sobre si en los próximos años será capaz de sostener a una población española cada vez más envejecida y con una esperanza de vida exponencialmente más alta. Los mayores de 65 años rozarán los 7,8 millones en 2010, superarán los 11,6 millones en 2030 y alcanzarán los 16,3 millones en 2050, según datos del INE recogidos en el «Informe sobre la Implementación de la LD en España»

rechos y copago (Adelantado *et al.*, 2007). De forma que, la evolución de protección a dependientes —aparte de los sistemas de Seguridad Social y sanitario—, corre lógicamente en paralelo a ello mediante la atención dispensada desde los Servicios Sociales especializados.

En Andalucía no se partía de cero al llegar la LD, máxime dado el peso cultural de los cuidados familiares como se ha visto, sino que a pesar de la insuficiente y desarticulada cobertura, debe reconocerse el esfuerzo prestacional y financiero de la última década con un progreso en normativa, servicios e infraestructuras, tanto en extensión como en calidad. Ahora bien, si razonable es contar con lo ya caminado antes de implantar el SAAD, no deben arrastrarse las deficiencias y desigualdades acarreadas desde los SPSS. Es por lo que los ajustes debieran ser más profundos para lograr los retos de transversalidad, maximizando los sistemas públicos ya existentes para no generar estructuras paralelas. Algunos consideran se abre la vía —al menos, el debate— hacia la mejor estructuración del SPSS e incluso hacia la recentralización de servicios o *whole of government* (Christensen y Laegreid, 2007). No obstante, de las evaluaciones realizadas y citadas, son aquellas CCAA que más han integrado la atención a dependencia en sus respectivos SPSS —contando al tiempo con las CCLL— las que presentan mejores resultados (Andalucía, Castilla-La Mancha y PV seguidas de La Rioja y Castilla y León).

Efectivamente deben involucrarse más la Administración Sanitaria y la Seguridad Social, y mejorarse tanto la coordinación socio-sanitaria —aunque sean sistemas que partían de diferentes grados de desarrollo—, como el sistema de información del SAAD —que en todo caso supera al del SPSS—. Los Consejos Consultivos también han de contribuir a su progreso, corrigiendo desequilibrios; asimismo debe reforzarse el papel de CC.LL y de los profesionales.

En conclusión, en general en tanto el SPSS se configura como un sistema descentralizado en el ámbito municipal que garantiza la proximidad en los espacios donde se desarrolla la vida cotidiana, su propia configuración demanda mantenerla, implicando un liderazgo de las administraciones locales. En SS la cercanía es un «valor» ya que favorece la individualización de los procesos de intervención, la adaptación a las necesidades de los ciudadan@s, y a la realidad social y territorial, a la vez que permite movilizar y potenciar los recursos disponibles en el lugar. En el momento actual, para que los SS a nivel local puedan asumir las competencias asignadas se debe dotar de una financiación estable y suficiente, siendo actualizados —como mínimo— los contenidos tanto económicos, humanos, como de dotación, del Plan Concertado para las Prestaciones Básicas. Los SS tienen funciones específicas que van más allá de la atención a personas en situación de dependencia, y dan respuesta a un amplio abanico de necesidades sociales propias en la convivencia personal y de integración social.

Así pues, en principio el gran avance de LD por universalizar derechos subjetivos, delimitar contenidos, homogeneizar accesos, garantizar financiación y cumplimiento ante tribunales, aún hoy es un gran reto. Síntoma evidente de ello y de su complejidad es el anuncio gubernamental de necesarias reformas inmediatas, estando legalmente previsto evaluarlo en 2010.

Ante este complicado panorama descrito, y que sigue siendo un desafío de convergencia social con la UE²⁶, habrá que reforzar la lealtad institucional, la acción coordinadora del Estado, el apoyo técnico y financiero a las CC.AA y CCLL, la alta inspección e intensificar las políticas correctoras de las desigualdades territoriales, de clase y de género existentes en este campo. Un Pacto de Estado por el Bienestar, como se ha hecho a lo largo de nuestra democracia con otras materias, parece casi imprescindible con independencia del color político de los gobernantes, para garantizar la protección —tanto a corto como a largo plazo— de los dependientes en España.

6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ADELANTADO, J.; MORENO, R., y RECIO, C.

2007 «Informe sobre la política autonómica de servicios sociales en España y Catalunya». En: *Revista de Educación Social* 6. Disponible en <http://www.educso.net/res/?b=9&c=84&n=219>.

BARRIGA MARTÍN, J

2010 *Evolución gráfica de la gestión del SAAD por CCAA (junio 2008-dic. 09)*. AEDGSS, Web del IMSERSO.

CASADO, D., y FANTOVA, F. (coords.)

2007 *Perfeccionamiento de los Servicios Sociales en España*. Informe con ocasión de la Ley sobre Dependencia. Madrid: Cáritas Española Eds.

CHRISTENSEN, T., y LAEGREID, P.

2007 «The whole-of-government approach to public sector reform». En: *Public Administration Review* nov.-dic.: 1059-1066.

DE LORENZO GARCÍA, R

2006 «Fundamentación constitucional y fortalezas/debilidades de la nueva ordenación legal de la dependencia, referencia a la discapacidad». En: *Rev. Mº Trabajo y Asuntos Sociales*.

ESCUELA ANDALUZA DE SALUD PÚBLICA

2003 *Informe técnico Mapa de recursos, necesidades y demandas de Servicios Sociales en mayores en Andalucía*. Granada: EASP.

IMSERSO

2009 *Informe Las personas mayores en España en 2008*. Madrid: Ministerio de SyPS.

²⁶ España se encuentra a la cola de los países de la OCDE en cuanto a las partidas presupuestarias dirigidas a dependencia. Mientras que la media se sitúa en el 1,25% del PIB, aquí apenas alcanza el 0,6%, muy lejos de la mayoría de países europeos. Sin embargo, ese necesario incremento del gasto social se plantea de forma paradójica: los españoles queremos un sistema de seguridad bueno y de calidad, aunque no estamos tan dispuestos a pagarlo mediante más impuestos. Noya, J.: *Ciudadanos ambivalentes ante el Estado de Bienestar*. Madrid. Ed. CIS, 2004.

MARBÁN, V.

2009 «La atención a la dependencia». En: Moreno, L. (coord.): *Reformas de las políticas del bienestar en España*. Madrid: S. XXI. pp. 207-238.

NAVARRO, M.

2005 (Consejera Andaluza de Igualdad y Bienestar Social) «Atención a las situaciones de dependencia en Andalucía: una visión panorámica». Madrid. *Rev. MTAS* 60: 93-105.

NOYA, J.

2004 *Ciudadanos ambivalentes ante el Estado de Bienestar*. Madrid: Ed. CIS.

ROLDÁN, E., y GARCÍA GIRÁLDEZ, T.

2006 *Política de Servicios Sociales*. Madrid: Ed. Síntesis.

SEMPERE NAVARRO, A. V., y CAVAS, F.

2007 *Estudio de la Ley 30/06 sobre Promoción de la Autonomía Personal y Atención a la Dependencia*. Madrid: Ed. Aranzadi.

SOSVILLA RIVERO, S.

2006 «Políticas de atención de larga duración: tercera edad y dependencia». En: *AA.VV: los nuevos riesgos del Estado de Bienestar*. San Sebastián: Ed. Federación de Cajas de Ahorro Vasco-Navarras. pp. 70-79.

SUBIRATS, J. (coord.)

2007 *Los Servicios Sociales de Atención Primaria antes el cambio social*. Madrid: Ed. MTAS.

TRINIDAD REQUENA, A., y LÓPEZ DOBLAS, J.

2007 *La situación social de los mayores en Andalucía*. Sevilla: Ed. Centro de Estudios Andaluces. Consejería de la Presidencia.

7. GLOSARIO

ABVD: actividades básicas de la vida diaria.

AEDGSS: Asociación Española de Directores y Gerentes de Servicios Sociales.

AGE: Administración General del Estado.

CCAA: Comunidades Autónomas.

CERMI: Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad.

CEOMA: Confederación Española de Organizaciones de Personas Mayores.

CIBS: Consejería para la Igualdad y Bienestar Social.

EE.LL/CC.LL: Entes o Corporaciones Locales.

FEAPS: Federación Española de Organizaciones a favor de Personas con Discapacidad Intelectual.

FEMP: Federación Española de Municipios y Provincias.

IASS: Instituto Andaluz de Servicios Sociales.