

# EL BAREMO PARA LA VALORACIÓN DE LAS SITUACIONES DE DEPENDENCIA EN ESPAÑA

**TONI RIVERO FERNÁNDEZ**

Responsable de Área de Estudios y Consultoría.

Instituto del Envejecimiento de la Universidad Autónoma de Barcelona.

**ANTONI SALVÀ CASANOVAS**

Director.

Instituto del Envejecimiento de la Universidad Autónoma de Barcelona.

---

## Sumario

<i>Introducción.....</i>	<i>06</i>	<i>La formulación del Baremo de Valoración de Dependencia.....</i>	<i>14</i>
<i>La nueva visión de la OMS sobre la discapacidad: la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud.....</i>	<i>06</i>	<i>La evaluación de los resultados del sistema de valoración para el acceso a la Ley 39/2006.....</i>	<i>16</i>
<i>El abordaje de la situación de dependencia.....</i>	<i>09</i>	<i>Las principales problemáticas identificadas en la valoración.....</i>	<i>21</i>
<i>Instrumentos utilizados en la práctica clínica.....</i>	<i>10</i>	<i>La revisión realizada del Baremo de Valoración de Dependencia.....</i>	<i>23</i>
<i>Instrumentos utilizados en estudios epidemiológicos o de planificación.....</i>	<i>10</i>	<i>Los trabajos de revisión.....</i>	<i>23</i>
<i>Instrumentos para determinar la elegibilidad para recibir prestaciones y servicios.....</i>	<i>11</i>	<i>El contenido de las modificaciones del BVD.....</i>	<i>24</i>
<i>La valoración de la situación oficial de dependencia en España.....</i>	<i>11</i>	<i>Los ámbitos de la valoración donde la investigación puede hacer contribuciones.....</i>	<i>26</i>
<i>La Ley 39/2006 como marco normativo básico.....</i>	<i>11</i>	<i>BIBLIOGRAFIA.....</i>	<i>28</i>

## INTRODUCCIÓN

La promulgación de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia ha permitido, por un lado, impulsar la protección social en este ámbito a través del reconocimiento de un nuevo derecho subjetivo de ciudadanía, y, por otro lado, estimular la cobertura mediática sobre la realidad de este colectivo de población y las actuaciones públicas de apoyo en niveles que hasta muy recientemente no se habían alcanzado en nuestro país.

Pero a pesar de esta relativa novedad lo cierto es que las Administraciones Públicas, las entidades de provisión de servicios sociales y sanitarios, así como especialmente distintos colectivos profesionales y asociativos llevan un largo tiempo trabajando en este campo. Por ejemplo, en geriatría el primero de los instrumentos de valoración relativos a la situación de dependencia que ha sido más utilizado fue desarrollado en el año 1955 por la fisioterapeuta Dorothea W. Barthelen el servicio de rehabilitación del Montebello State Hospital en Baltimore (EEUU) con el objetivo de medir la independencia funcional de pacientes de 60 años y más que participaban en un programa de rehabilitación física. Desde entonces se ha desarrollado un intenso trabajo en distintas disciplinas que ha comportado la construcción de un número indeterminado, pero sin duda elevado, de instrumentos de valoración (criterios, escalas, tests, etc.) y su posterior aplicación, con mayor o menor éxito, en diferentes ámbitos.

El análisis de la literatura especializada permite concluir que en la actualidad no se dis-

pone de un instrumento que no presente limitaciones en el abordaje de la valoración de la dependencia y que prevalezca de forma generalizada sobre los restantes. Ni siquiera en el caso de los instrumentos de valoración integral como los de la familia RAI (Resident Assessment Instrument), los cuales se encuentran entre los más avanzados actualmente. La diversidad de instrumentos se explica, en parte, por estas limitaciones, en parte, por diferencias en las definiciones de dependencia y, en parte, porque su empleo responde a finalidades distintas. De manera que en función de los objetivos que motivan la necesidad de realizar una valoración de la situación de dependencia, así como de las condiciones de salud de los colectivos destinatarios se opta por un tipo de instrumento u otro entre los disponibles.

### LA NUEVA VISIÓN DE LA OMS SOBRE LA DISCAPACIDAD: LA CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DEL FUNCIONAMIENTO, DE LA DISCAPACIDAD Y DE LA SALUD

Los primeros esfuerzos de la OMS en la clasificación de la discapacidad datan de 1980, cuando se realizó la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDDM). Con la experiencia adquirida con su uso se hicieron las modificaciones que se estimaron oportunas para alcanzar la redacción de una segunda versión en el año 2001, conocida como la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF).

La CIF es un intento de homogeneizar la terminología y facilitar una clasificación del funcionamiento humano que proporcione un lenguaje común y un marco conceptual para la descripción y análisis de la discapacidad y del

**Cuadro1: El concepto de discapacidad en la CIDDM y en la CIF**

CIDDM	CIF
DISCAPACIDAD:	DISCAPACIDAD:
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Limitación para realizar actividades</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Deficiencias en las funciones y estructuras corporales</li> <li>- Limitaciones para realizar actividades</li> <li>- Restricciones en la participación</li> </ul>

funcionamiento humano en su conjunto. En este sentido en la CIF, el término discapacidad cambia su definición en relación a la clasificación anterior (CIDDM) pasando de referirse solamente a la limitación para realizar actividades a tener un sentido más amplio que engloba las deficiencias en las funciones y estructuras corporales, las limitaciones en la actividad y las restricciones en la participación.

La CIF se estructura en cuatro niveles de clasificación. El primer nivel, que es el menos detallado, organiza la información en 4 componentes que

corresponden a Funciones Corporales, Estructuras Corporales, Actividades y Participación, y Factores Ambientales. En el Cuadro 2 se ofrece la lista de títulos completos que comprenden este primer nivel de clasificación. Los siguientes niveles de clasificación profundizan en estos conceptos.

La clasificación se acompaña de definiciones de cada uno de sus componentes, así como de un sistema de graduación de las situaciones que se puedan identificar en cada uno de los ámbitos. Entre estas definiciones destaca la diferenciación que se recoge entre el desempeño

- FUNCIONES CORPORALES:**
- Funciones mentales
  - Funciones sensoriales y dolor
  - Funciones de la voz y el habla
  - Funciones de los sistemas cardiovascular, hematológico, inmunológico y respiratorio
  - Funciones de los sistemas digestivo, metabólico y endocrino
  - Funciones genitourinarias y reproductoras
  - Funciones neuromusculares y relacionadas con el movimiento
  - Funciones de la piel y estructuras relacionadas

- ESTRUCTURAS CORPORALES:**
- Estructuras del sistema nervioso
  - El ojo, el oído y estructuras relacionadas
  - Estructuras de los sistemas cardiovascular, inmunológico y respiratorio
  - Estructuras relacionadas con los sistemas digestivo, metabólico
  - Estructuras relacionadas con el sistema genitourinario y el sistema reproductor
  - Estructuras relacionadas con el movimiento
  - Piel y estructuras relacionadas

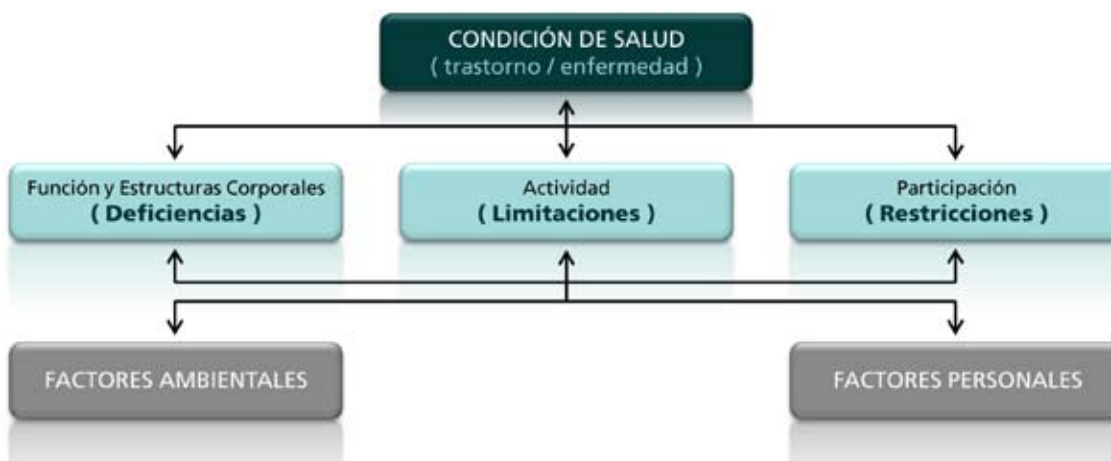


y la capacidad a la hora de describir los componentes de Actividades y participación. Así, el desempeño/realización hace referencia a lo que una persona hace en el entorno real en el que vive. En cambio, la capacidad describe el máximo nivel probable de funcionamiento que puede alcanzar una persona en un entorno normalizado (el concepto de entorno normalizado es abierto, haciendo referencia a condiciones bien definidas, aunque la clasificación no las especifica). En el caso del desempeño, las características de los entornos pueden dife-

rir entre las personas, mientras que en el caso de la capacidad los entornos deben presentar características similares.

La diferenciación entre desempeño y capacidad refleja, en parte, que la CIF entiende que el funcionamiento de un individuo y su discapacidad es el resultado de la interacción de los distintos componentes de la clasificación, incluyendo las condiciones de salud y los factores contextuales, y también los factores personales (ver Ilustración 1)

**Ilustración 1. Interacciones entre los componentes de la CIF**



Fuente: Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (OMS, 2001).

En relación con la valoración de la dependencia, la CIF aporta una clasificación y unas definiciones consensuadas internacionalmente que parten de un modelo de comprensión multidimensional de la discapacidad. Nos permite comprender con claridad que:

- a) No siempre una persona con discapacidad tiene limitaciones en la realización de actividades.
- b) Las limitaciones en las actividades se encuentran influenciadas por el entorno en que se desenvuelve la persona, pudiendo éstas modificarse o incluso desaparecer en función de las condiciones del entorno.
- c) Las limitaciones en las actividades tienen diferentes niveles de severidad.

## EL ABORDAJE DE LA SITUACIÓN DE DEPENDENCIA

El concepto de dependencia se emplea, como ya se ha advertido, en múltiples disciplinas y contextos. Su definición presenta variaciones en cada uno de ellos, algunas muy significativas, si bien en todos los casos se tiene como denominador común para definir y valorar la situación de dependencia el hecho de que haya una dificultad para realizar determinadas actividades que comporte una necesidad de apoyo para llevarlas a cabo. En este sentido, la definición de situación de dependencia que en su día formuló el Consejo de Europa, en su recomendación N° R(98)9 de 18 de septiembre de 1998 se ha convertido en uno de los referentes más destacados para definir el concepto de dependencia, especialmente en el ámbito de las políticas sociales. Según esta recomendación del Consejo de Europa la situación de dependencia se refiere a un estado en el que las personas, por razones de falta o pérdida de autonomía

física, psicológica o intelectual, requieren asistencia o ayuda significativa para realizar sus actividades de la vida diaria.

En esta definición del Consejo de Europa se puede apreciar la estrecha relación existente entre la situación de discapacidad y de dependencia. Así, la dependencia se concibe como una situación distinta al de discapacidad pero en la cual esta se requiere como una condición necesaria para determinar su existencia. Dicho de otro modo, la dependencia implica la necesaria presencia de discapacidad, pero la discapacidad no implica por sí misma la existencia de dependencia. Así pues, una persona con discapacidad puede tener dificultades para la realización de una actividad, pero no por este motivo necesitar ayuda de otra para su realización. Además se debe tener presente la posible diferencia entre aquello que se considere como actividades de la vida diaria (AVD) y el resto de actividades humanas.

En este sentido, bajo una denominación común de AVD podemos encontrar en la literatura especializada la mención de una gran variedad de actividades. El listado varía en función de la situación y entorno en el que la definición se aplique, aunque todas las actividades tienen como elemento común que se realizan habitualmente. En algunos casos se han empleado sistemas de categorización de las AVD distinguiendo diferentes denominaciones como básicas, esenciales, instrumentales, etc. Los listados de actividades tienen un fundamento empírico y, con frecuencia, basado en el consenso profesional. En la práctica podemos encontrar algunas definiciones y/o instrumentos que únicamente tienen en cuenta unas pocas actividades, mientras que otros pueden llegar a superar el centenar. Además, se dan casos, en

que aunque las actividades incluidas puedan ser las mismas, la definición de lo que se considera capacidad, discapacidad y dependencia también puede variar de uno a otro en función de los objetivos que persigue cada una.

## INSTRUMENTOS UTILIZADOS EN LA PRÁCTICA CLÍNICA

Desde mediados del siglo XX se empezaron a gestar escalas para determinar el impacto de las enfermedades en quienes las sufren, usualmente a partir de la observación directa. La principal función de estos instrumentos, validados en diferentes ámbitos, es valorar la carga asistencial y el consumo de recursos, así como las necesidades de rehabilitación. Igualmente su uso facilita la sistemática de la valoración y la comunicación entre profesionales (tanto a nivel asistencial como a nivel divulgativo en artículos y congresos científicos). Entre los más utilizados en nuestro entorno están el índice de Katz (continencia, bañarse, vestirse, uso del retrete, transferencias y alimentación), el índice de Barthel (alimentación, lavado, vestirse, aseo personal, uso de retrete, micción y defecación, transferencias del cuerpo, deambulación, subir y bajar escaleras), el índice de Lawton (usar el teléfono, comprar, preparar la comida, trabajos domésticos, lavar la ropa, usar transportes, control de medicación, planificación económica). Algunos como la Medida de Independencia Funcional (MIF) incorporan aspectos como el estado de ánimo o la situación social, mientras que otros como el Minimum Data Set del RAI forma parte de instrumentos más amplios de valoración integral, en los que estos instrumentos representan una parte importante. También se pueden utilizar para conocer las necesidades de ayuda en la planificación de altas hospitalarias. Además hay otros instrumen-

tos diseñados específicamente para la valoración de colectivos concretos como puede ser la Escala de Intensidad de Apoyos en el caso de la discapacidad intelectual o de la Escala de Evaluación de la Actividad Global en trastornos mentales graves. Aunque muchas veces puede resultar difícil distinguir entre instrumentos que evalúan la severidad de la enfermedad o de los síntomas de la misma y la dependencia propiamente dicha.

En general se puede resumir que los instrumentos clínicos de valoración de la dependencia han de reunir las siguientes características:

- Validez: capacidad de medir lo que pretende medir
- Fiabilidad: reproducibilidad del resultado obtenido si es valorado por dos observadores/as diferentes (inter observador) o por el/la mismo/a observador/a pero en momentos diferentes (intra observador).
- Sensibilidad al cambio: los instrumentos detectan aquellas situaciones en las cuales se produce una alteración del estado de la persona

## INSTRUMENTOS UTILIZADOS EN ESTUDIOS EPIDEMIOLÓGICOS O DE PLANIFICACIÓN

En los estudios epidemiológicos para evaluar la prevalencia de discapacidad o en los estudios para orientar la planificación de servicios se suelen utilizar algunos de los instrumentos utilizados en la práctica clínica habitual o bien se emplean una lista de actividades. En este último caso se suele preguntar el grado de dificultad para realizar una actividad en determinado contexto (sin ningún tipo de ayuda o bien con alguna ayuda técnicas como puede ser un bastón o unas gafas) y el grado en el que necesita ayuda para realizarla. En ambos casos la valora-

ción se realiza preguntando directamente a la persona entrevistada o bien, si ésta no pudiera responder, a un/a informador/a indirecto/a - que suele ser una persona del entorno familiar de la que se desea obtener información -. Los resultados obtenidos permiten conocer la situación de discapacidad o de dependencia de una población y establecer diferencias respecto a otras, (p.e: personas mayores en relación a personas jóvenes) y conocer la evolución a lo largo del tiempo, si bien su grado de comparabilidad depende en gran medida de la similitud de los métodos de evaluación utilizados. En el caso de España son referentes en este ámbito la Encuesta Nacional de Salud, que aparece periódicamente cada dos años, y las encuestas nacionales de discapacidad, que son grandes operaciones estadísticas centradas en el análisis de la salud, la discapacidad y la dependencia y cuya realización se lleva a cabo con menor periodicidad. Así la última encuesta de estas características se acometió en el año 2008 y la anterior en el año 1999 por parte del Instituto Nacional de Estadística.

### **INSTRUMENTOS PARA DETERMINAR LA ELEGIBILIDAD PARA RECIBIR PRESTACIONES Y SERVICIOS**

El desarrollo de políticas sociales que extienden o universalizan el acceso a determinadas prestaciones, ha generado una serie de instrumentos que tienen como objetivo identificar las características mínimas o aquellas que se puedan considerar como básicas para que los ciudadanos y ciudadanas puedan acceder a los beneficios establecidos. Estos instrumentos, a través de algoritmos de puntuación preestablecidos, cuantifican el nivel de dependencia que tiene una persona y, en función de la puntuación obtenida, la asignan a una categoría

de dependencia en función de la cual tendrá o no derecho a percibir unas determinadas ayudas. Dentro de este grupo se encuadra el Baremo de Valoración de la Dependencia (BVD) por el que se valoran las personas según la Ley 39/2006 de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a personas en situación de dependencia.

Puesto que cada instrumento tiene un objetivo diferente, cada uno de ellos tiene unas instrucciones de uso precisas y diferentes, ya que pueden valorar necesidad de ayuda de otra persona o bien discapacidad para realizar una determinada actividad o bien valorar la situación de dependencia para una actividad en una situación concreta.

### **LA VALORACIÓN DE LA SITUACIÓN OFICIAL DE DEPENDENCIA EN ESPAÑA**

En España, hasta la promulgación de la ley de la Dependencia, se empleaban diferentes baremos o procedimientos de valoración de la dependencia para el acceso a los distintos programas públicos de prestaciones y/o servicios que se han implantado en cada Comunidad Autónoma. No obstante, en el marco de las prestaciones por discapacidad de la Seguridad Social se contaba con un procedimiento de valoración común de la situación de dependencia. Para ello la persona solicitante debía acreditar encontrarse en una situación de discapacidad del 75% y, teniendo una edad comprendida entre los 18 y los 64 años, obtener 15 o más puntos en el baremo de ayuda de tercera persona, de acuerdo con lo establecido en el Real Decreto 1971/1999, de 23 de diciembre, de procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación del grado de discapacidad. A partir de la promulgación de la Ley 39/2006

y la normativa relativa a los instrumentos de valoración de la situación oficial de dependencia se ha establecido una definición y procedimiento común de valoración, el cual convive con otras definiciones de dependencia en el ámbito de los programas de servicios sociales a cargo exclusivamente de las respectivas leyes de servicios sociales de las CCAA.

### LA LEY 39/2006 COMO MARCO NORMATIVO BÁSICO

En el acceso a la Ley 39/2006, la valoración de la dependencia debe ajustarse a las definiciones que establece en su artículo 2, particularmente en sus tres primeros apartados donde se define autonomía, dependencia y actividades de la vida diaria, tal como recoge el siguiente cuadro.

Según estas definiciones la situación oficial de dependencia es un estado de carácter permanente. De modo que quedarán excluidas como tales aquellas personas que se encuentran en situaciones transitorias, independientemente de su severidad (por ejemplo en altas hospitalarias o en periodos de convalecencia o rehabilitación).

Así mismo, el concepto de dependencia no considera, en absoluto, el alcance de las problemáticas sociales o económicas<sup>1</sup> (por ejemplo, la falta de hábitos de los hombres de edad avanzada en las tareas domésticas o la escasez de recursos económicos para afrontar las necesidades de apoyos). Más allá, la dependencia se fundamenta en la existencia de condiciones de salud que afectan al funcionamiento de la

### Cuadro 3: Definiciones relativas al concepto de dependencia en la Ley 39/2006

#### ARTÍCULO 2. DEFINICIONES.

A efectos de la presente Ley, se entiende por:

**1. Autonomía:** la capacidad de controlar, afrontar y tomar, por propia iniciativa, decisiones personales acerca de cómo vivir de acuerdo con las normas y preferencias propias así como de desarrollar las actividades básicas de la vida diaria.

**2. Dependencia:** el estado de carácter permanente en que se encuentran las personas que, por razones derivadas de la edad, la enfermedad o la discapacidad, y ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, precisan de la atención de otra u otras personas o ayudas importantes para realizar actividades básicas de la vida diaria o, en el caso de las personas con discapacidad intelectual o enfermedad mental, de otros apoyos para su autonomía personal.

**3. Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD):** las tareas más elementales de la persona, que le permiten desenvolverse con un mínimo de autonomía e independencia, tales como: el cuidado personal, las actividades domésticas básicas, la movilidad esencial, reconocer personas y objetos, orientarse, entender y ejecutar órdenes o tareas sencillas.

<sup>1</sup> No obstante, estos factores, entre otros, se tendrán en consideración en la posterior elaboración de los planes de intervención.



persona en el desarrollo de actividades de un modo que ésta requiere de apoyos. La edad, la enfermedad o la discapacidad no determinan por sí mismas la dependencia ni tampoco el alcance de su severidad.

Por otro lado la dependencia se circunscribe, con carácter general, a las actividades básicas o tareas más elementales de la vida diaria las cuales no quedan explícitamente reguladas en la Ley 39/2006, aunque sí queda mencionado que las actividades domésticas básicas deben estar incluidas – sin menoscabo que en diferentes disciplinas estas actividades no se han considerado como básicas-.

En el caso de las personas con discapacidad intelectual o enfermedad mental se considera además la autonomía personal, definida legalmente como la capacidad de tomar decisiones y desarrollar las actividades básicas de la vida diaria. Esto justifica que el instrumento de valoración cuente con una escala general y una específica, que considerarían la misma información salvo por el hecho que la escala específica incluye además la actividad de tomar decisiones, con su ponderación correspondiente.

Más allá, la finalidad de la valoración en el acceso a la Ley 39/2006 se limita, de acuerdo con el artículo 26, a la identificación de aquellas personas que se encuentran en una situación de dependencia moderada, dependencia grave y gran dependencia. De modo que existe una situación de dependencia de severidad inferior a las mencionadas que no obtiene un reconocimiento oficial. Por este motivo, el instrumento de valoración no deberá discriminar entre independencia y dependencia, por lo que

es un error catalogar a las personas que no alcanzan, cuando menos, el grado de dependencia moderada como personas sin dependencia o autónomas<sup>2,3</sup>.

Además en la misma ley se señala que las situaciones oficiales de dependencia se clasificarán en 3 grados según la gravedad de la misma, que deberán ser divididos a su vez en dos niveles en función de la autonomía de la persona y del tipo de apoyo que esta requiera:

- *Grado I. Dependencia moderada:* la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria, al menos una vez al día o tiene necesidades de apoyo intermitente o limitado para su autonomía personal.
- *Grado II. Dependencia severa:* la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria dos o tres veces al día, pero no requiere el apoyo permanente de un cuidador o tiene necesidades de apoyo extenso para su autonomía personal.
- *Grado III. Gran dependencia:* la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria varias veces al día y, por su pérdida total de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, necesita el apoyo indispensable y continuo de otra persona o tiene necesidades de apoyo generalizado para su autonomía personal.

Por último, la determinación de las modalidades de intervención más adecuadas a la situación de la persona con dependencia no constituye una finalidad propia de la valoración. De acuerdo con el artículo 29 esta función corresponde a los servicios sociales del sistema público. En consecuencia, la valoración en el

<sup>2</sup> En algunas investigaciones que analizan la concordancia entre los resultados de la valoración de la Ley 39/2006 y otros instrumentos de valoración se comete el error de considerar a todas las personas que no alcanzan el grado de dependencia moderada como personas sin dependencia, lo que compromete la validez del análisis realizado.

<sup>3</sup> De acuerdo con las definiciones legales sólo sería adecuado emplear como categoría el término de autonomía en el caso de las personas con discapacidad intelectual y enfermedad mental, mientras que en el resto de personas lo apropiado sería el término de independencia.

acceso a la Ley 39/2009 no se ha configurado como una valoración para el diseño de un plan de asignación de servicios, ni más allá, un plan detallado de cuidados. Por el mismo motivo, la información contenida en la valoración no resulta suficiente por sí misma para el diseño de las cuantías de las prestaciones económicas, ni de los pagos a los proveedores de servicios.

En este sentido resulta clarificador subrayar que las definiciones de los grados de dependencia se decantan por criterios basados fundamentalmente en la cantidad y frecuencia de actividades que requieren apoyos, en vez de en la cantidad, frecuencia y cualidades de los apoyos que se requieren en tales actividades, lo que limita la introducción de criterios relativos a la "carga asistencial".

### LA FORMULACIÓN DEL BAREMO DE VALORACIÓN DE DEPENDENCIA

El Real Decreto 504/2007 de 20 de Abril de 2007 aprobó los criterios para la valoración incluyendo los baremos que deben aplicarse en todas las Comunidades Autónomas. De acuerdo con la Ley 39/2006 se cuenta con un instrumento de valoración para las personas menores de 3 años, que se denomina la Escala de Valoración Específica, y otro para las personas de 3 y más años, que se denomina el Baremo de Valoración de la Dependencia (BVD). En ambos casos, la valoración debe ser aplicable a todas las situaciones de dependencia y a todas las edades dentro de los parámetros establecidos.

A continuación resumimos las características principales del BVD.

La construcción de este baremo partió del análisis de la mencionada ley, así como de ex-

periencias nacionales e internacionales similares, y de las opiniones de un grupo amplio de personas expertas que participaron a través de un estudio Delphi y de diversos grupos presenciales de trabajo. Además, se llevaron a cabo diferentes estudios de campo que aportaron resultados favorables en relación a su validez de constructo y a su fiabilidad interna.

La valoración del BVD se basa en la aplicación de un cuestionario y en la observación directa del desempeño y las condiciones de salud de la persona a valorar por parte de un profesional o varios específicamente entrenados para ello. En la valoración se tendrá en cuenta el entorno real de la persona, que puede actuar tanto como un agente facilitador, como barrera. En este sentido se debe subrayar que la noción de cuestionario que se emplea en los criterios de aplicación del BVD no debe dar lugar a entender que el ejercicio de valoración equivale a la administración de un cuestionario a la persona a valorar. En todo caso la aplicación de cuestionario hace referencia a la transmisión de la información que han recopilado y contrastado los/las valoradores/as.

En el caso de la existencia de una enfermedad mental, discapacidad intelectual o alteración perceptivo-cognitiva, la valoración se hace contando con la presencia del cuidador o cuidadora habitual de la persona, y la aplicación del BVD se hará en forma de entrevista. En este sentido la entrevista de valoración no tiene por qué realizarse conjuntamente a la persona valorada y a la persona informante. Además en determinadas situaciones en que la persona valorada no pueda mantener la entrevista con los/las valoradores/as por su conducta ante extraños esta podrá sustituirse por la información aportada en el informe de salud. Aunque

se deberá siempre confirmar la presencia de la persona solicitante y entrevistar a su informante de referencia.

En los casos de enfermedad mental discapacidad intelectual o alteración perceptivo-cognitiva nunca podrá admitirse como una valoración adecuada aquella que no haya identificado y entrevistado al menos a una persona informante, además de la persona a valorar.

El BVD se basa en la valoración de la capacidad de desempeño para una serie de actividades de la vida diaria, que se define expresamente como la capacidad de la persona valorada para realizar la actividad correspondiente por sí misma sin la participación de otras personas en su entorno habitual. A su vez cada actividad se desagrega en tareas más simples que la componen de modo que se facilita la valoración y la graduación del problema en la actividad.

Para determinar la situación de dependencia en las actividades se debe de contrastar que

hay un origen ligado a una deficiencia permanente, del tipo que sea (física, mental, intelectual, sensorial), y que se requiere el apoyo de otra persona para su realización. En este sentido se ha remarcado insistentemente que la situación de dependencia no es sólo un problema de naturaleza física, sino que también puede ser un problema exclusivo de coherencia y/o de iniciativa. También la combinación de algunos o todos los tipos de problemas señalados.

Las actividades que incluye el BVD se pueden clasificar en: autocuidado, movilidad, actividades domésticas y toma de decisiones. En total son 10 actividades de la vida diaria que se amplían a 11 en el caso de personas con discapacidad intelectual, enfermedad mental o alteración perceptivo-cognitiva (ver Tabla 1).

Además del desempeño o no en cada tarea, el baremo también recoge el tipo de apoyo que la persona necesita en esta tarea, que queda clasificado de la siguiente manera:

**Tabla 1. Actividades de la vida diaria en el BVD y los pesos asignados**

Actividades	PESOS ASIGNADOS	
	ESCALA GENERAL	ESCALA ESPECÍFICA
Comer y beber	17,8	10,0
Regulación de la micción/defecación	14,8	7,0
Lavarse	8,8	8,0
Otros cuidados corporales	2,9	2,0
Vestirse	11,9	11,6
Mantenimiento de la salud	2,9	11,0
Transferencias corporales	7,4	2,0
Desplazarse dentro del hogar	12,3	12,1
Desplazarse fuera del hogar	13,2	12,9
Tareas domésticas	8,0	8,0
Tomar decisiones	n.a	15,4

- Supervisión/preparación: la persona necesita que le preparen los elementos necesarios para la realización de la actividad y/o que le hagan indicaciones o estímulos para la realización de la misma.
- Apoyo físico parcial: la persona necesita que la sustituyan parcialmente en la realización de la tarea.
- Apoyo físico máximo: la persona necesita que la sustituyan por completo en la realización de la tarea.
- Asistencia especial: la persona valorada presenta trastornos del comportamiento y/o problemas perceptivo-cognitivos que dificultan la prestación de cuidados por parte del cuidador.

De la combinación del desempeño en tareas y del grado de apoyo personal en las mismas el BVD proporciona una puntuación comprendida entre 0 y 100 puntos, determinando los diferentes grados de situación oficial de dependencia y sus niveles a partir de los 25 puntos.

**Tabla 2: Puntuación del BVD para el reconocimiento de la situación oficial de dependencia**

RECONOCIMIENTO SITUACIÓN OFICIAL DE DEPENDENCIA	Puntuación BVD
Grado III. Nivel 2	90 - 100
Grado III. Nivel 1	75 - 89
Grado II. Nivel 2	65 - 74
Grado II. Nivel 1	50 - 64
Grado I. Nivel 2	40 - 49
Grado I. Nivel 1	25 - 39
Sin Grado	00 - 24

## LA EVALUACIÓN DE LOS RESULTADOS DEL SISTEMA DE VALORACIÓN PARA EL ACCESO A LA LEY 39/2006

El Real Decreto 504/2007, de 20 de abril, por el que se aprueba el baremo de valoración de la situación de dependencia establecido por la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y atención a las personas en situación de dependencia incluyó en su disposición adicional cuarta que, transcurrido el primer año de aplicación de dicho baremo, el Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia habría de realizar una evaluación de los resultados obtenidos, proponiendo las modificaciones que, en su caso, estimase procedentes. Dicha evaluación concluyó en la conveniencia de mejorar la objetivación de la situación de dependencia y la clasificación de sus grados y niveles.

A continuación se presentan algunos de los resultados del sistema de valoración que han servido para la evaluación inicial.

Desde la puesta en marcha de la Ley 39/2006 se han presentado en España hasta abril del 2011 un total de 1.912.137 solicitudes de valoración, habiéndose elaborado 1.722.490 dictámenes de valoración. En los dos primeros años de funcionamiento del sistema se realizó un promedio mensual de 41.473 dictámenes de valoración<sup>4</sup>.

No obstante, los expedientes en vigor son menos numerosos a causa de dos factores principales, en parte, porque una persona puede solicitar más de una solicitud y disponer de más de una valoración a lo largo del tiempo a causa de la revisión de su situación, sin que ello

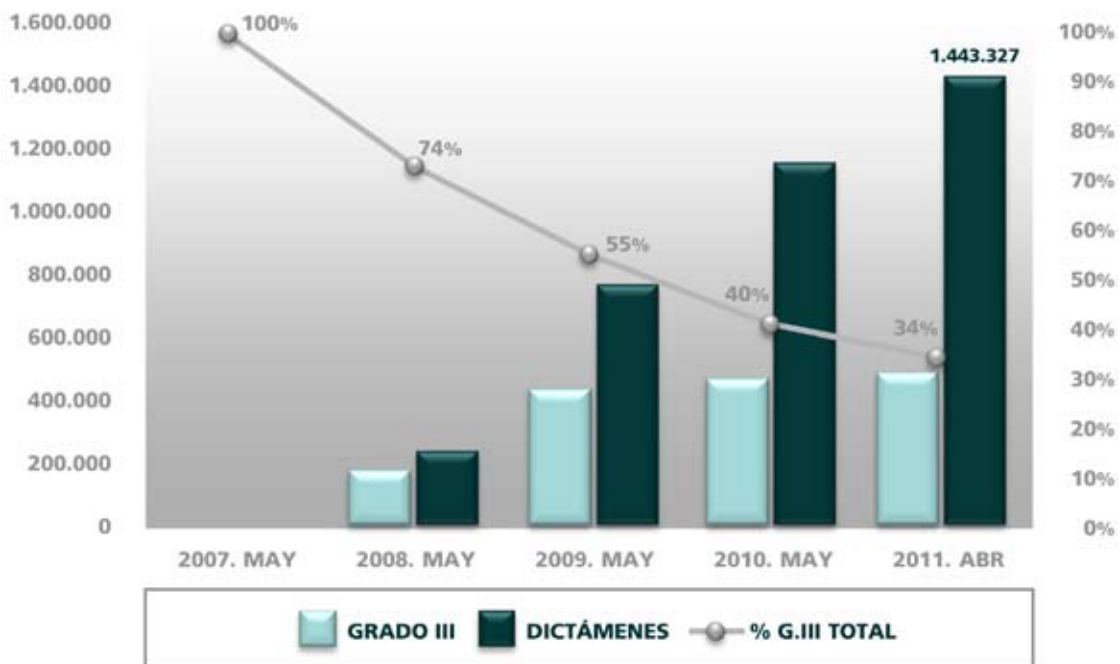
origine más de un expediente; y, en parte, porque la tasa de mortalidad entre los solicitantes y/o beneficiarios del sistema resulta significativa atendiendo a sus condiciones de salud, especialmente la relativa a la edad avanzada.

En los primeros años de funcionamiento la mayor parte de los dictámenes de valoración realizados se resolvían con el grado oficial de dependencia de mayor severidad, el grado III o gran dependencia (Ver Gráfico 1). Esta proporción se ha reducido conforme ha aumentado el número de solicitudes y se ha avanzado en el despliegue progresivo de la Ley 39/2006.

En los expedientes actualmente en vigor, el grado III representa el 34%, el grado II el 30% y el grado I el 23%. Debe ser destacado que

sólo el 13% de los dictámenes acumulados han resultado sin grado oficial de dependencia. Si estos datos se relacionan con las previsiones iniciales de las personas en situación de dependencia(ver Tabla 2) se pone de manifiesto que, por un lado, se ha reconocido a un mayor número de personas en situación de grado III del que inicialmente se esperaba; mientras que el reconocimiento de la suma de los tres grados oficiales ha alcanzado prácticamente el máximo previsto de beneficiarios; y, por otro lado, las solicitudes que han sido valoradas sin un grado oficial de dependencia se sitúan muy por debajo del escenario estimado en el Libro Blanco sobre la atención a las personas en situación de dependencia en España como personas que no alcanzaban la severidad necesaria para ser beneficiarias del sistema.

**Gráfico 1: Evolución del número de dictámenes realizados y el reconocimiento del grado III. Datos acumulados desde el inicio del despliegue del SAAD en España.**



Fuente: Elaboración propia a partir de las estadísticas del SAAD (<http://www.saad.mtas.es>).

**Tabla 2: Comparación del escenario del Libro Blanco (año 2010) y la situación actual**

	LIBRO BLANCO Escenario 2010		RECONOCIMIENTO 31.DIC. 2010		RECONOCIMIENTO / LIBRO BLANCO
GRADO III	223.457	18%	491.641	41%	220%
GRADO II	420.336	34%	407.992	34%	97%
GRADO I	602.636	48%	309.400	26%	51%
<b>TOTAL</b>	<b>1.246.429</b>	<b>100%</b>	<b>1.209.033</b>	<b>100%</b>	<b>97%</b>
SIN GRADO	1.771.539	59%	168.820	12%	10%
<b>TOTAL DEPENDENCIA</b>	<b>3.017.968</b>	<b>100%</b>	<b>1.377.853</b>	<b>100%</b>	<b>46%</b>

Fuente: Elaboración propia a partir del Libro Blanco de sobre la atención a las personas en situación de dependencia en España y las estadísticas del SAAD (<http://www.saad.mtas.es>).

Los datos evidencian que el sistema acabará teniendo más beneficiarios de los inicialmente previstos, aunque todavía no se puede asegurar si este desbordamiento se producirá con la misma intensidad en todos los grados oficiales de dependencia o bien quedará concentrado en algunos de ellos, especialmente el Grado III.

Dicho esto, la proporción del grado III en el total de dictámenes tiende a reducirse. Conforme se avanza a lo largo del tiempo y se acumulan nuevas valoraciones, se reduce el

número de solicitudes valoradas con grado III. Si se tiene en cuenta la distribución de los dictámenes realizados en el último mes, aislando de este modo el efecto acumulado durante los primeros años, la disminución del grado III es aún más intensa (ver Tabla 3). Así, en mayo de 2008 el grado III representaba el 65% de las valoraciones realizadas en aquel mes, mientras que un año más tarde ya sólo representaban el 34% y en el 2010 el 17%. Más aún en abril del 2011 la proporción ha sido del 0%, con una variación absoluta de menos 3 personas.

**Tabla 3: Evolución del grado III en el total de dictámenes**

	GRADO III	DICTÁMENES	% GRADO III en TOTAL
2008. MAYO	87.768	134.889	65%
2009. MAYO	70.887	208.088	34%
2010. MAYO	12.580	76.118	17%
2011. ABRIL	-3	22.909	0%

Fuente: Elaboración propia a partir de las estadísticas del SAAD (<http://www.saad.mtas.es>).

Esta situación resulta en cierta medida coherente con el carácter progresivo de la implantación de la Ley 39/2006, mediante el cual primero acceden al sistema las personas con dependencia que tienen una mayor severidad. La implantación de la Ley 39/2006 finalizará entre enero de 2013, cuando podrán acceder las personas con grado I, nivel 1 –el nivel reconocido de menor severidad de la dependencia- y diciembre de 2015, cuando concluirá el periodo transitorio del actual sistema de financiación del Estado.

No obstante los datos que suministra el SAAD se han vuelto inadecuados para evaluar de forma rigurosa la evolución de los resultados de la valoración. Por un lado, la variación de la distribución total de los grados de dependencia resulta muy influenciada por la valoración acumulada en los primeros años de funcionamiento que era más numerosa y más grave en términos de severidad de la situación de dependencia que en la actualidad. Por otro lado, la determinación de la variación mensual, tal como se ha calculado en la tabla anterior, no se refiere a las altas del sistema, sino al saldo de bajas y altas del sistema, lo que contamina el análisis de lo que está sucediendo. Así pues, los datos de variación mensual mostrados correspondientes a abril del 2011 se explican como resultado de que el sistema está generando más bajas de expedientes con grado III, en principio debidos a la tasa de mortalidad de este colectivo, que altas con grado III. Siendo imposible a partir de los datos disponibles conocer lo que sucede realmente con las altas del sistema, es decir las valoraciones que se están realizando en el periodo más reciente.

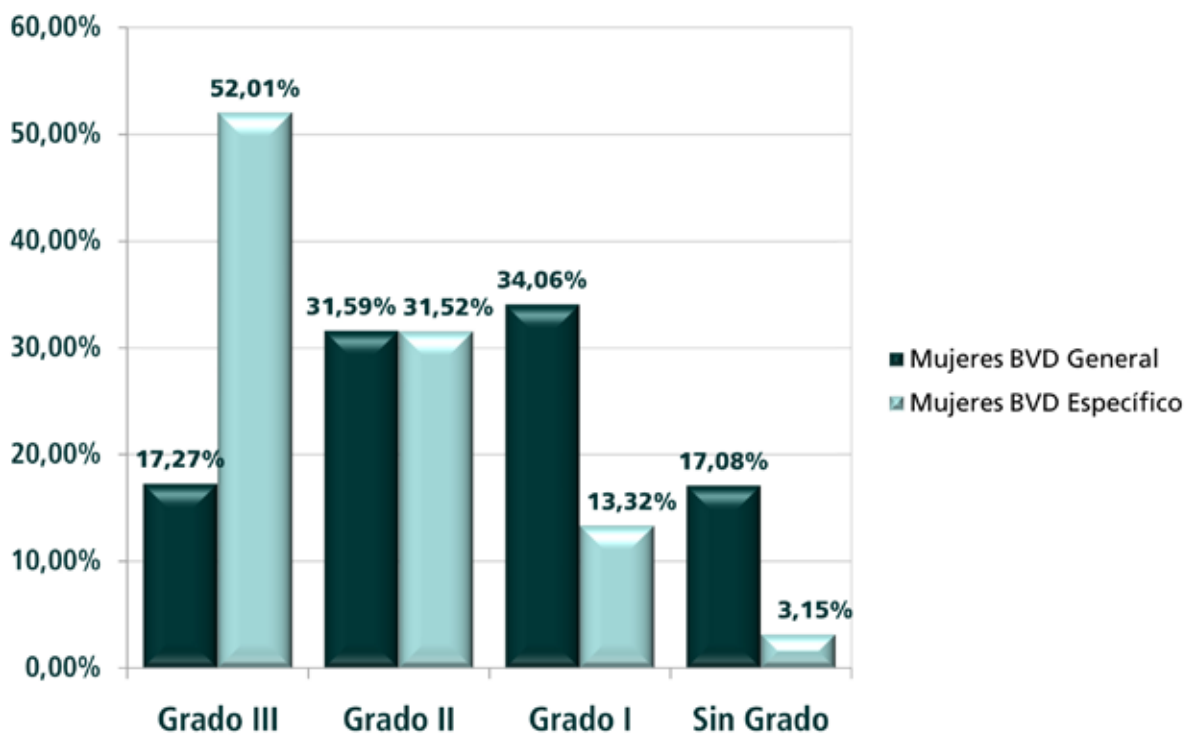
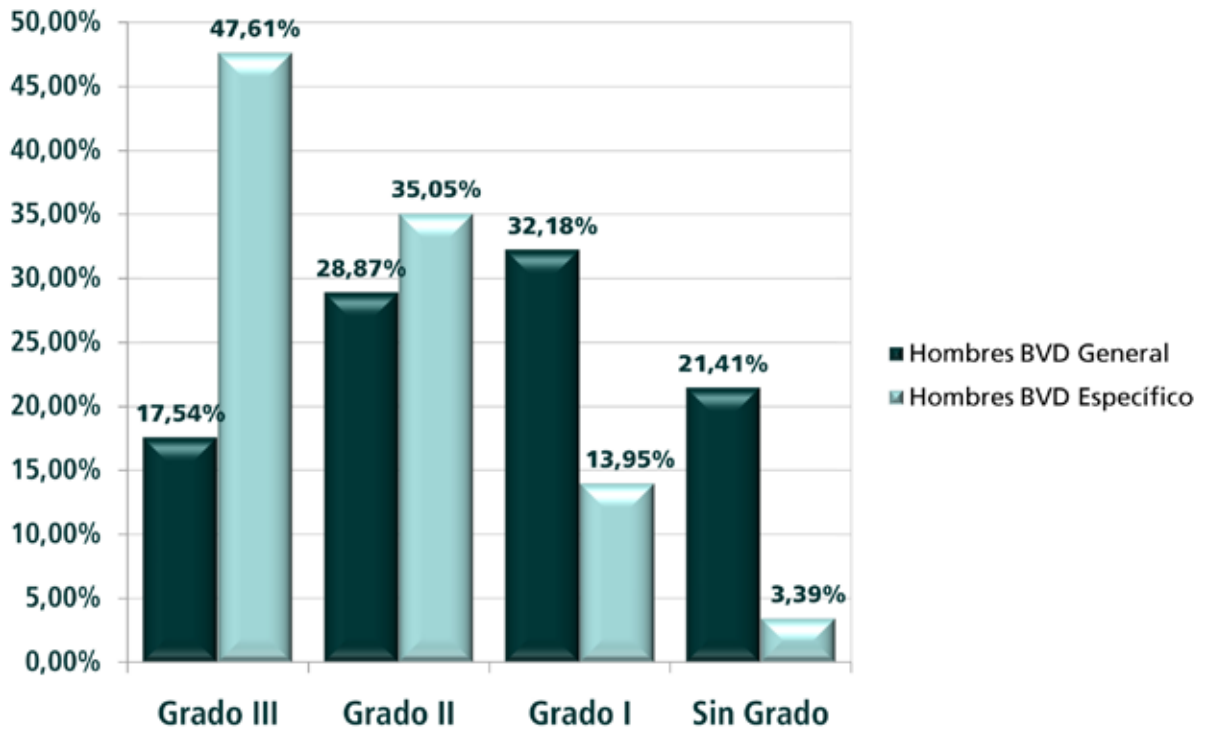
Una cuestión de interés en relación a la distribución de la severidad de los grados y niveles de la situación oficial de dependencia es la

diferenciación de resultados en función de la aplicación de la escala general y la escala específica. Recordemos que la escala específica es de aplicación cuando la persona a valorar presenta discapacidad intelectual, enfermedad mental o su capacidad perceptivo-cognitiva afectada. En estos casos se aplica un BVD que cuenta con una actividad añadida, correspondiente a la toma de decisiones, y además presenta una distribución de los pesos asignados de las tareas significativamente diferente a la escala general.

Los resultados acumulados hasta el 1 de enero de 2011 ponen de manifiesto que, por un lado, la distribución de la severidad varía en función de la escala aplicada (Ver Gráfico 2), siendo los resultados de la escala específica expresivos de una mayor severidad, concentrándose las valoraciones en los grados III (47,61% en hombres y 52,01% en mujeres), que los de la escala general (17,54% en hombres y 17,27% en mujeres); y, por otro lado, la proporción de valoraciones que no han obtenido la puntuación mínima para obtener un reconocimiento de grado oficial de dependencia resulta mayor en la escala general (21,41% en hombres y 17,08% en mujeres) que en la escala específica, siendo en este caso un porcentaje muy reducido hasta la fecha, poco más del 3%.

Las diferencias entre ambas escalas son tan importantes que de haberse obtenido la misma distribución en la escala específica que en la escala general los resultados actuales del SAAD reflejarían la mitad de casos en grado III, un número similar en el grado II y el doble de casos en el grado I, siendo éste –por cierto- un escenario muy parecido al inicialmente previsto por el Libro Blanco. No obstante, se debe tener en cuenta que los resultados de la escala específica son expresivos del reconocimiento

**Gráfico 2: Distribución de los resultados de las valoraciones en España\* según severidad de la situación oficial de la dependencia y escala aplicada**



Fuente: Elaboración propia a partir de las estadísticas del SAAD (<http://www.saad.mtas.es>).

\*Datos únicamente de CCAA usuarias del SISAAD



especial que la Ley 39/2006 realiza de la severidad de la situación de dependencia de los colectivos afectados por discapacidad intelectual y enfermedad mental.

Otro aspecto relevante en los resultados de la valoración corresponde a su comportamiento entre las Comunidades Autónomas, más teniendo en cuenta que son estas las gestoras de los Órganos de Valoración, excepto en el País Vasco que son las Diputaciones Forales y en las Ciudades Autónomas de Ceuta y Melilla que es el IMSERSO. En primer lugar, se constatan diferencias significativas en las solicitudes y en los dictámenes por cápita. Así, Andalucía, Castilla-La Mancha y La Rioja han superado las 450 solicitudes por 10.000 habitantes, mientras que otras como las Islas Canarias, la Comunidad Valenciana y la Comunidad de Madrid, Ceuta y Melilla están por debajo de las 300 solicitudes. En segundo lugar se aprecian diferencias en la distribución de la severidad de la situación de dependencia. Así en Ceuta y Melilla, País Vasco y en Navarra la proporción del grado III en el total de dictámenes está por debajo del 30%, en otras como las Islas Canarias y Galicia se supera el 40%.

El análisis de estos datos debe hacerse de forma conjunta, ya que el despliegue de la Ley 39/2006 puede tener efectos sobre los resultados de las valoraciones realizadas. De este modo, en principio se debe esperar que las CCAA que han desplegado más la ley, es decir cuentan con más dictámenes realizados por 10.000 habitantes, deberían reflejar una menor severidad en la distribución de la situación oficial de dependencia, que se podría aproximar con la proporción de grado III sobre el total de dictámenes realizados.

Esto no siempre se produce, tal como queda ilustrado en los siguientes gráficos, observando, por ejemplo las posiciones relativas de Navarra, País Vasco, Andalucía y La Rioja. Estos resultados deben ser analizados con mayor profundidad, ajustando aquellas diferencias territoriales que sean de carácter estructural, cuando menos en lo concerniente a la tasa de envejecimiento y sobre-envejecimiento demográfico, de otras que puedan deberse al despliegue de la Ley 39/2006.

En los gráficos anteriores se ponen de manifiesto varios aspectos que deberían ser investigados con mayor profundidad que hasta ahora. En particular aportando nuevas estadísticas más detalladas. Primero, las diferencias notables que existen entre las distintas CCAA en sus posiciones relativas en relación a los resultados del despliegue de la Ley 39/2006. Segundo, las trayectorias temporales del despliegue de cada CCAA que no siempre resultan coherentes, mostrando por ejemplo aumentos significativos en determinados periodos del año de entradas de solicitudes o de la proporción del grado III sobre el total. Por último, la “resistencia” a dar por finalizado el reconocimiento de situaciones de grado III en buena parte de las CCAA después de haber transcurrido cerca de cuatro años del despliegue inicial que estuvo focalizado en dicho grado.

## LAS PRINCIPALES PROBLEMÁTICAS IDENTIFICADAS EN LA VALORACIÓN

Los instrumentos de valoración no pueden solucionar todas las dificultades de un proceso complejo de valoración, aunque un buen planteamiento inicial en su desarrollo puede ayudar a limitar o controlar estas dificultades, en ocasiones no es suficiente y de hecho, programas con años de funcionamiento siguen sin resolver



algunas de ellas satisfactoriamente. Para la adecuada aplicación de los baremos de valoración, tanto o más relevantes es la definición de dependencia que se utilice, como la formulación del proceso y los equipos de valoración y la determinación de la propia cartera de prestaciones.

En estos primeros años de funcionamiento del SAAD las principales problemáticas de valoración que se han identificado hasta la actualidad han consistido en:

- La insuficiente calidad de la información de salud que se aporta a la valoración, lo que ha dificultado la adecuada aplicación del BVD y ha podido facilitar la dilatación de los procesos de valoración en bastantes casos, especialmente en personas mayores de 80 años y/o personas con enfermedades mentales.

- La presencia de situaciones de valoración complejas en el marco de un procedimiento administrativo de reconocimiento oficial de derechos sociales que exige garantías probatorias. Las principales situaciones identificadas hacen referencia a la presencia de:

- o Deficiencias permanentes junto con transitorias.
- o Enfermedades que cursan en brotes.
- o Enfermedades que evolucionan con rapidez.
- o Deterioro cognitivo o demencias sin diagnosticar.

- La falta de un marco común establecido de las competencias mínimas necesarias por parte de los y las profesionales de valoración y la dotación de los equipos de valoración. Aunque se ha hecho algún avance en esta cuestión en el último año, todavía hoy no se dispone de un acuerdo sobre el perfil profesional de los

equipos que establezca lo que estos deben hacer, cómo deben realizarlo, qué deben saber y cómo pueden adquirir los conocimientos y habilidades necesarias para ello.

- El limitado desarrollo de los sistemas de gestión de la calidad y la formación en los sistemas de valoración y la falta de intercambios de experiencias en estos ámbitos entre las CCAA.

- La preeminencia de las prestaciones económicas para el cuidado no profesional respecto a los servicios de apoyo, aunque se está corrigiendo en la actualidad, lo que dificulta en algunos casos la objetivación de la situación de dependencia.

## LA REVISIÓN REALIZADA DEL BAREMO DE VALORACIÓN DE DEPENDENCIA

### LOS TRABAJOS DE REVISIÓN

El proceso de revisión del BVD ha comportado la realización de distintos trabajos de seguimiento, contraste y discusión de resultados.

Por un lado, se ofreció asesoramiento continuado desde el IMSERSO a los servicios técnicos de valoración de las Comunidades Autónomas para la resolución de dudas o problemas de aplicación del baremo. Complementariamente, se celebraron dos jornadas de formación sobre el mismo en la sede de IMSERSO en Madrid y además, a través del Instituto del Envejecimiento de la Universidad Autónoma de Barcelona, se ofreció colaboración en la formación de profesionales en todo el territorio.

Más recientemente, en enero del 2008, se constituyó la Comisión Técnica de coordinación y seguimiento de la Valoración de la situación de Dependencia (CTVD) con el objeto, entre

otros, de evaluar conjuntamente con las CCAA el despliegue del sistema de acceso del SAAD y la aplicación del baremo de dependencia. En el marco de esta Comisión se impulsó un grupo de trabajo permanente sobre el BVD y otro sobre la EVE, los cuales se reunieron mensualmente durante el año 2008. Ambos grupos de trabajo se centraron en el abordaje de la formulación de propuestas de mejora.

En paralelo a estas líneas de trabajo, se realizó un conjunto de estudios complementarios sobre la validación y la sensibilidad del BVD en situaciones específicas, que habían sido detectadas a priori – en el pilotaje previo a su aplicación - como especialmente difíciles: la fiabilidad interobservador, sensibilidad y especificidad en colectivos con enfermedad mental y en colectivos de niños de 3 a 6 años, así como la correspondencia en las valoraciones realizadas con la EVE y el BVD a la edad de 3 años.

Por otro lado, se llevó a cabo una monitorización del despliegue del sistema de acceso al SAAD en base a la información recabada entre las CCAA. Los datos se recogieron a través de un cuestionario dirigido a las CCAA; y, mediante la explotación de la base de datos del Sistema de Información del SAAD que contenía en aquel momento más de 200.000 valoraciones.

Fruto de todas estas actividades se recopiló abundante información sobre las principales dudas y problemas de aplicación de las escalas del baremo, así como del procedimiento a seguir en la valoración, que se producían en los distintos equipos de valoración de las Comunidades Autónomas. A través de los grupos de trabajo del BVD y la EVE de la CTVD se elaboró una propuesta técnica de mejora del baremo y de los correspondientes manuales de aplicación.

Posteriormente, la propuesta fue presentada y analizada con los órganos consultivos previstos en la Ley 39/2006, de 14 de diciembre y, en particular con el Consejo Nacional de Discapacidad, a través de un grupo de trabajo específico. En este proceso se incorporaron nuevas modificaciones a la propuesta inicial que finalmente configuró la propuesta aprobada en el Acuerdo del Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia sobre modificación del baremo de valoración de la situación de dependencia establecido en el Real Decreto 504/2007, de 20 de abril, publicada en la Resolución de 29 de junio de 2010 (BOE, 12 de julio).

### EL CONTENIDO DE LAS MODIFICACIONES DEL BVD

Finalmente la modificación del BVD se ha publicado en su versión definitiva en el Real Decreto 174/2011, de 11 de febrero, por el que se aprueba el baremo de valoración de la situación de dependencia establecido por la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia.

Las principales modificaciones introducidas constituyen mejoras dirigidas a:

**Primero**, facilitar la comprensión de los criterios generales de aplicación ajustando su redacción a los conceptos de la CIF y resaltando la necesidad de establecer la coherencia de la valoración con el informe de salud y del entorno. En este sentido se ha llevado a cabo una reordenación de los criterios y el redactado de aquellos aspectos que podían generar confusiones o ser interpretados de distinto modo. En particular se insiste en que la valoración del

desempeño en las tareas debe considerarse siempre en el marco de la consecución de la finalidad de la actividad correspondiente y sin incurrir en un grave riesgo de salud, mostrando la iniciativa, la coherencia, la orientación y el control físico suficiente para ello. Asimismo se clarifica que el carácter imprescindible de los apoyos de otras personas se determina en base a que estos resulten necesarios en la mayoría de las veces o siempre en que éstas tengan lugar.

**Segundo**, diferenciar el «No desempeño de la tarea», originado por la situación de dependencia respecto del debido a otras causas no puntuables. Las otras situaciones de desempeño negativo, que a efectos de valoración oficial no son dependencia, incluyen factores determinantes de índole cultural, social, familiar, de sobreprotección o cualesquiera otras relacionadas con condiciones de salud que tengan posibilidades razonables de restitución o de mejoría, o bien cuando los apoyos en las tareas no sean imprescindibles en la mayoría de las veces o siempre en las que éstas tengan lugar.

**Tercero**, introducir en la valoración la determinación de la frecuencia de los apoyos en caso de desempeño negativo. Con ello se persigue una mayor recopilación de información en la valoración que facilite una mejor comprensión de la situación real de dependencia de la persona valorada evitando prácticas insuficientes en este ámbito.

**Cuarto**, ajustar conceptualmente la definición de los tipos de apoyo de otra u otras personas, mejorando con ello la clasificación de la gravedad de las situaciones de dependencia, que se determina de acuerdo con la definición de grados y niveles previstos en el artículo 26 de la Ley. El número de apoyos dis-

ponibles se ha mantenido, en los cuatro iniciales, así como su coeficiente de ponderación, pero se han introducido modificaciones que facilitan su aplicación y, en el caso de la sustitución máxima y del apoyo especial –que son los apoyos con mayor ponderación – amplía su alcance a otras situaciones que no estaban previstas. En particular en el caso del apoyo especial que estaba limitado a las situaciones vinculadas a conductas que interferían en la prestación de apoyos se ha ampliado a condiciones excepcionales de salud que interfieren en la prestación de cualquiera de los otros apoyos establecidos.

**Quinto**, simplificar las tareas objeto de valoración que han resultado complejas o han presentado dificultades para la determinación del apoyo por tratarse de funciones fisiológicas. Ello, mediante su modificación o sustitución.

**Sexto**, aprobar las instrucciones para la aplicación homogénea del BVD a través de un manual de aplicación dirigido a profesionales. Aunque ya existía un manual de aplicación del BVD común para todos los equipos de valoración, este no había sido publicado en el Boletín Oficial del Estado, lo que generaba inquietud en las asociaciones representativas de las personas con dependencia. La publicación en el BOE del manual de aplicación, junto con la nueva versión del BVD confiere mayor seguridad jurídica sobre esta cuestión.

**Por último**, confirmar el resto de características del BVD tales como las actividades que comprende la valoración, la escala general y específica del BVD, los intervalos de puntuación vigentes que determinan los grados y niveles de situación oficial de dependencia, y la mayor parte de las tareas y sus coeficientes.

## LOS ÁMBITOS DE LA VALORACIÓN DONDE LA INVESTIGACIÓN PUEDE HACER CONTRIBUCIONES

La investigación puede realizar importantes contribuciones para avanzar en la resolución de las principales problemáticas de la valoración de la dependencia a efectos de la Ley 39/2006. Sin embargo, no siempre será fácil identificar su relevancia, en parte, porque su impacto puede ser mediante vías indirectas; en parte, porque el marco de las investigaciones no siempre coincidirá con el marco político. Sin tener la pretensión de construir una tipología de las posibles contribuciones de la investigación en este ámbito, se formula a continuación una lista orientativa:

- Analizar los problemas de la valoración
  - o Previsión de la población con dependencia.
  - o Interpretación de las diferencias por CCAA.
  - o Identificación de las situaciones de valoración compleja.
  - o Descripción de las situaciones de elegibilidad y de no elegibilidad.
- Desarrollar herramientas y diseñar intervenciones de mejora
  - o Mejora de los informes de salud.
  - o Ajuste de los baremos y de los protocolos de valoración.
  - o Establecimiento de las competencias de los equipos de valoración.
  - o Diseño de sistemas de gestión de la calidad de las valoraciones.

Sin embargo el aprovechamiento de las contribuciones de la investigación en este ámbito debe tener presente la existencia de barreras importantes para su desarrollo que están dificultando su contribución.

En España la reflexión sobre las barreras a la contribución de la investigación debe partir de una primera consideración a propósito de la insuficiencia crónica de la financiación, pública y privada. Nuestro país no se caracteriza, precisamente, por destacar entre las economías más desarrolladas en su esfuerzo de gasto en I+D<sup>5</sup>. Esta situación se reproduce también en la investigación en dependencia.

Pero, además habría que considerar otros factores específicos en este ámbito, tales como:

1. La escasa tradición de la investigación en la orientación de las políticas sociales. España, a diferencia de otros países como Estados Unidos, Japón o los países nórdicos en Europa, ha desarrollado poco los programas de investigación en valoración de la dependencia. Resulta difícil hacer visible la contribución de la investigación a la resolución de problemas de las políticas públicas en este ámbito.

2. Los tiempos de la investigación no suelen coincidir con los tiempos de las políticas. Buena parte de los objetivos de la investigación precisan de proyectos a medio y largo plazo para su consecución. Además se suele requerir una cierta acumulación de evidencia para tener seguridad en los resultados. La política, en cambio, requiere soluciones aquí y ahora.

<sup>5</sup> En el año 2006 el gasto español en I+D se situó en el 1,2% del PIB, mientras que la media de la OCDE fue del 2,26%. OECD Factbook 2009: Economic, Environmental and Social Statistics. OECD 2009.

3. La ausencia de valores compartidos en la definición de dependencia por parte de todos los agentes implicados. Aquello que se entiende por dependencia varía en función del ámbito profesional o del colectivo al que se representa lo que dispersa los estudios realizados.

4. La valoración a efectos de las prestaciones públicas es más un problema político o de intereses que un problema científico o técnico. Para los defensores de una determinada posición, la información que no la apoya se convierte en un obstáculo. La investigación se juzga en función del posicionamiento individual, no de sus resultados generales.

5. La complejidad del problema de valoración. La valoración no hace referencia sólo a un problema de un colectivo concreto, sino que debe afrontar, garantizando la igualdad de trato, situaciones muy diversas de edad, enfermedad o discapacidad. Además la valoración se lleva a cabo en un proceso discontinuo, con diferentes profesionales implicados – no siempre coordinados – y sujeta a un proceso administrativo ajeno a la práctica asistencial. Así la valoración de dependencia se inicia con la elaboración del informe de salud, que suelen realizar los equipos de atención primaria – aunque pueden aportarse otros informes-

6. La multiplicidad de las Administraciones Públicas competentes. A pesar de que la Ley 39/2006 es una responsabilidad compartida por los distintos niveles competenciales de la Administración Pública, las valoraciones de dependencia son organizadas principalmente por las Comunidades Autónomas. En consecuencia, los sistemas de valoración se han configurado de formas distintas, lo que comporta también la concreción de problemáticas distintas. Por

ejemplo, los modelos de informes de salud, la formación de los equipos de valoración, el perfil profesional de los valoradores es diferente. Además las Comunidades Autónomas tienen menos tradición y menos capacidad financiera para abordar programas ambiciosos de investigación.

Atendiendo a la naturaleza de las barreras existentes se perfila la necesidad de construir un programa de apoyo a la investigación en valoración de la dependencia que suponga, por un lado, un aumento del gasto público en este ámbito, tanto a nivel estatal como de las CCAA; y, por otro lado, una mejora de la información disponible por parte de los agentes implicados. En este sentido queremos apuntar para finalizar este trabajo sobre la valoración de la situación oficial de dependencia los siguientes objetivos que deberían orientar la investigación en este ámbito en los próximos años:

- 1.** Aumentar el gasto en I+D en valoración del IMSERSO y de las CCAA.
  - a. En problemas bien definidos y concretos, atendiendo a colectivos específicos.
  - b. En intensidad suficiente para tener impacto.
  - c. En proyectos de medio y largo plazo.
- 2.** Mejorar los datos disponibles sobre la actividad de valoración
  - a. Avanzar en la publicación del fichero de microdatos de la encuesta EDAD 2008 del INE.
  - b. Establecer un Conjunto Mínimo de Base de Datos de los sistemas de valoración en España y publicar sus ficheros
- 3.** Introducir en la legislación la obligación de programas de evaluación de la actividad y la calidad de las valoraciones.

4. Impulsar la colaboración entre los equipos de investigación y los órganos de valoración.

5. Incorporar en los estudios clínicos la situación oficial de dependencia.

6. Promover la difusión de los resultados la investigación.

7. Fomentar el conocimiento y el debate sobre la situación de dependencia y su valoración entre los agentes implicados (Administración – usuarios – investigadores).

## BIBLIOGRAFIA

FERRUCCI, Luigi; GURALNIK, Jack M; SIMON-SICK, Eleanor; et a. "Progressive versus catastrophic disability: a longitudinal view of the disablement process". *The Journals of Gerontology. Series A*; 1996:51A,3: 123-130.

FUNDACIÓ INSTITUT CATALÀ DEL ENVELLIMENT. Estudio del modelo de atención de las personas mayores en España. Barcelona: Edad y vida, 2004. 116.

GISPERT R, CLOT-RAZQUIN G, RIVERO A, FREITAS A, RUÍZ RAMOS M, RUIZ LUQUE C, BUSQUETS E, ARGIMON JM. "El perfil de la dependencia en España: un análisis de la encuesta de discapacidades de 1999" *RevEsp Salud Pública* 2008; 82(6): 653-665.

GISPERT MAGAROLAS R, CLOT-RAZQUIN G, MARCH J, FREITAS A, BUSQUETS E, RUÍZ-RAMOS M, RIVERO, T. "Prevalencia de la discapacidad en España por Comunidades Autónomas. El papel de los factores individuales y del entorno geográfico en su variabilidad". *Revista Española de Salud Pública*. 2009; 83: 821-834

HEFFLER S, LEVIT K, and SMITH S (2001): "Health spending growth up in 1999; Faster growth expected in the future". *Health Affairs*. 20 (2): 193-203.

IMSERSO: Libro Blanco sobre la Atención a las Personas en Situación de Dependencia en España. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2004. 1.022.

INE. Encuesta sobre discapacidades, deficiencias y estado de salud 1999, Resultados nacionales detallados. Madrid: INE, 2002. 444.

INE. Encuesta sobre discapacidades, autonomía personal y situaciones de dependencia 2008, Avance de resultados. Mayo 2011 [en línea]. <http://www.ine.es/>.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD: Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Secretaría General de Asuntos Sociales. IMSERSO. Madrid. 2001

Real Decreto 504/2007 de 20 de Abril por el que se aprueba el baremo de valoración de las situaciones de dependencia.

Real Decreto 174/2011, de 11 de febrero, por el que se aprueba el baremo de valoración de la situación de dependencia establecido por la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia

RIVERO, T. "La valoración de la dependencia para el acceso a la Ley 39/2006". Referent : papers de la Fundació Unió. 2009; 7: 12-17

SALVÀ, A, ROJANO X, RIVERO T. "Las situaciones de dependencia. Su valoración, los baremos y su aplicación". *Documentación administrativa*. 2006-2007; 276-277: 663-682

RIVERO, T; SALVÀ, A "Dependencia y envejecimiento. valoración" a Puyol Antolín, Rafael; Abellán García, Antonio (coord.) *Envejecimiento y dependencia: una mirada al panorama futuro de la población española* Madrid : *MundialAssistance*, 2006.