

ANEXO III

INSTRUCCIONES PARA APLICACIÓN DEL BAREMO DE VALORACIÓN DE LOS GRADOS Y NIVELES DE DEPENDENCIA (BVD)

Índice

1. PRÓLOGO
2. RECONOCIMIENTOS
3. DESCRIPCIÓN DEL BAREMO DE VALORACIÓN DE LA DEPENDENCIA
 - Introducción
 - Objetivo
 - Procedimientos generales de aplicación
 - Recomendaciones para la aplicación del BVD
 - Recomendaciones para la valoración de colectivos específicos
 - Menores de edad
 - Personas con limitación visual y/o auditiva
 - Personas con discapacidad intelectual y/o enfermedad mental (DI/EM)
 - Personas con dificultad para la comunicación.
4. CRITERIOS DE APLICACIÓN
5. DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES Y TAREAS
 - 5.1. VALORACIÓN EN "COMER Y BEBER"
 - 5.2. VALORACIÓN EN "HIGIENE PERSONAL RELACIONADA CON LA MICCIÓN Y DEFECACIÓN"
 - 5.3. VALORACIÓN EN "LAVARSE"
 - 5.4. VALORACIÓN EN "OTROS CUIDADOS CORPORALES"
 - 5.5. VALORACIÓN EN "VESTIRSE"
 - 5.6. VALORACIÓN EN "MANTENIMIENTO DE LA SALUD"
 - 5.7. VALORACIÓN DE "CAMBIAR Y MANTENER LA POSICIÓN DEL CUERPO"
 - 5.8. VALORACIÓN DE "DESPLAZARSE DENTRO DEL HOGAR"
 - 5.9. VALORACIÓN DE "DESPLAZARSE FUERA DEL HOGAR"
 - 5.10. VALORACIÓN DE "TAREAS DOMÉSTICAS"
 - 5.11. VALORACIÓN DE "TOMAR DECISIONES"
 - 5.12. EJEMPLOS DE VALORACION
6. DESCRIPCIÓN DEL APARTADO DE NOTAS
7. DETERMINACIÓN DE LA SEVERIDAD DE LA DEPENDENCIA
8. ASPECTOS RELATIVOS AL PROCEDIMIENTO
 - 8.1 CRITERIOS TÉCNICOS PARA LA ADMISIÓN O NO ADMISIÓN A TRÁMITE DE LAS SOLICITUDES DE VALORACIÓN DE DEPENDENCIA CON EL BVD
 - 8.2 CRITERIOS DE PROVISIONALIDAD DE LAS VALORACIONES DE DEPENDENCIA BVD.

1. PRÓLOGO

El Baremo de Valoración de Dependencia (BVD), junto con la Escala de Valoración Específica (EVE), fue aprobado a principios del año 2007 como el instrumento para establecer el reconocimiento administrativo de los grados y niveles de dependencia a efectos de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia.

La primera versión del BVD quedó establecida en el Real Decreto 504/2007, de 20 de abril, por el que se aprueba el baremo de valoración de la situación de dependencia. Posteriormente, se incorporaron una serie de correcciones que aparecieron publicadas en la CORRECCIÓN de errores del BOE nº 119, de 18 de mayo de 2007. La construcción de este baremo partió del análisis de la mencionada ley, así como de experiencias 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.

En los primeros dos años de puesta en marcha del Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD) se han realizado más de 800.000 valoraciones con el BVD. A lo largo de este periodo, el IMSERSO, junto con las Comunidades Autónomas, ha desarrollado diferentes líneas de trabajo con el objetivo de disponer de elementos de evaluación y de mejora del sistema de acceso y, especialmente, en la aplicación del baremo.

Por un lado, se ha ofrecido asesoramiento continuado, por teléfono o por correo electrónico, a los servicios técnicos de valoración de las Comunidades Autónomas para la resolución de dudas o problemas de aplicación de las escalas 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 ha ofrecido colaboración en la formación de profesionales en todo el territorio del Estado.

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 ha impulsado un grupo de trabajo permanente sobre el BVD y otro sobre la EVE, los cuales se han reunido mensualmente durante el año 2008. Ambos grupos de trabajo se han centrado en el abordaje de la formulación de propuestas de mejora.

En paralelo a estas líneas de trabajo, se ha realizado 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, la 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 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 han producido 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.

Igualmente, se ha considerado conveniente recoger algunos aspectos básicos relativos al procedimiento para unificar actuaciones en lo referente a la admisión o no a trámite de las solicitudes de valoración sobre la base del informe de salud de la persona y de las circunstancias concurrentes en la persona valorada, en función de las que se establecerá el plazo máximo en que debe efectuarse la primera revisión del grado y nivel que se declare.

2. RECONOCIMIENTOS

La evaluación de los resultados de aplicación y la revisión del Baremo de Valoración de Dependencia (BVD) se ha llevado a cabo desde su publicación en el Boletín Oficial del Estado como instrumento oficial en abril de 2007 hasta finales del año 2008. Esta revisión ha incluido diversos trabajos de seguimiento a los que han contribuido muchas personas, principalmente de los servicios técnicos de valoración de la situación de dependencia de las Comunidades Autónomas.

En este sentido, el IMSERSO quiere dejar constancia de su sincero agradecimiento a la lista de profesionales citados a continuación que han colaborado en los estudios de campo, en la detección de los problemas de aplicación, así como en la formulación de las propuestas de mejora que se han contemplado en el proceso de revisión del BVD. La presencia en esta lista no implica necesariamente la aprobación de todas las conclusiones técnicas de mejora del baremo ni de este manual.

NOMBRE	CC.AA.
M. ^a Victoria Casitas Muñoz	ANDALUCIA
Trinidad García Herrero	ARAGÓN
Esmeralda Cestero Otero	
Laura Álvarez Vázquez	ASTURIAS
Matilde Llull Sarralde	BALEARES
Sabina González Silva	CANARIAS
M. ^a Onelia Piñero Rodríguez	
Juan Jesús García Merino	CANTABRIA
Aurora Sánchez González	CASTILLA-LA MANCHA
Juan Miguel Calvo Marcos	CASTILLA Y LEÓN
M. ^a Nieves González Natal	
Maite Ventura	CATALUÑA
M. ^a José Montero Gómez	EXTREMADURA
M. ^a Inmaculada García González	

NOMBRE	CC.AA.
Olga Patricia Blanco Vázquez	GALICIA
María Madrigal Jiménez	MADRID
Jesús Barranquero Martínez	MURCIA
Miguel Javier Zugasti Moriones	NAVARRA
Laura Arnal Irazo	VALENCIA
Carmen Olcoz Monreal	DIP. FORAL ÁLAVA
Estrella Gómara Los Arcos	DIP. FORAL GUIPUZCOA
Ana M. ^a Gómez Ugarte	DIP. FORAL VIZCAYA
Asunción Núñez castilla	CEUTA y MELILLA
Antoni Salvà Casanovas	FICE. UAB
Toni Rivero Fernández	FICE. UAB
Ángel Calle Montero	SS.CC. IMSERSO
M. ^a Pilar Martínez Lisalde	SS.CC. IMSERSO

3. DESCRIPCIÓN DEL BAREMO DE VALORACIÓN DE LA DEPENDENCIA

Introducción:

Las presentes instrucciones se configuran como manual de aplicación del BVD, de acuerdo con lo establecido en su reglamentación. El BVD se aplica a personas de tres o más años de edad y sirve para establecer la valoración del grado y niveles de dependencia de acuerdo con lo dispuesto en la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de Dependencia.

El artículo 2.2 de la Ley establece que la dependencia es “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”.

Igualmente, de acuerdo con la ley, la valoración tiene como referente fundamental la Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud (en adelante CIF, OMS 2001).

Objetivo:

El BVD permite determinar las situaciones de dependencia y su grado de severidad a efectos de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre:

- Grado I. Dependencia moderada: cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria, al menos una vez al día o tiene necesidades de apoyo intermitente o limitado para su autonomía personal. Se corresponde con una puntuación total en el BVD de 25 a 49 puntos.
- Grado II. Dependencia severa: cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria dos o tres veces al día, pero no requiere el apoyo permanente de un cuidador o tiene necesidades de apoyo extenso para su autonomía personal. Se corresponde con una puntuación total en el BVD de 50 a 74 puntos.
- Grado III. Gran dependencia: cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria varias veces al día y, por su pérdida total de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, necesita el apoyo indispensable y continuo de otra persona o tiene necesidades de apoyo generalizado para su autonomía personal. Se corresponde con una puntuación total en el BVD de 75 a 100 puntos.

Asimismo, el BVD permite identificar los dos niveles que se determinan en cada grado en función de la autonomía personal y de la intensidad del cuidado que se requiere de acuerdo con lo establecido en el apartado 2 de citado artículo 26. El BVD es aplicable en cualquier situación de discapacidad y en cualquier edad, a partir de los 3 años.

Por último debe tenerse en cuenta que una puntuación inferior a los 25 puntos en el BVD determina exclusivamente que la persona no presenta una situación de dependencia con grado reconocido a efectos de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, lo que no siempre implica una situación de plena independencia o autonomía total.

Procedimientos generales de aplicación:

La aplicación del BVD se realiza empleando cuatro procedimientos para obtener la información:

- Los informes de salud y del entorno de la persona a valorar.
- La entrevista.
- La observación y comprobación directa.
- La aplicación de pruebas en un contexto estructurado.

Los informes de salud y del entorno constituyen el punto de partida en el proceso de valoración en tanto que permiten examinar las condiciones de salud de la persona que pueden afectar a su funcionamiento en las actividades de la vida diaria, así como el contexto (ambiental y personal) en el que éstas se desarrollan.

La revisión del informe de salud debe realizarse de forma previa a la valoración, con la finalidad de conocer y analizar las condiciones de salud que alega la persona como causa potencial del estado de dependencia. La lectura del informe(s) de salud debe realizarse de forma crítica, con el fin de anotar y conocer los aspectos más importantes a tener en cuenta de cara a la valoración. Estos incluirán:

- Análisis de los diagnósticos de salud que originan deficiencias permanentes, y por tanto sin posibilidad de mejoría. Se pondrá especial atención a las fechas en las que se realizaron los diagnósticos, así como al tratamiento que está recibiendo.
- Análisis de los diagnósticos de salud que originan un estado estable con posibilidad de mejoría. Se pondrá, igualmente, especial atención a las fechas en las que se realizaron los diagnósticos así como al tratamiento que se está recibiendo.

- Análisis de los diagnósticos que cursan por brotes (epilepsia, artritis reumatoide...). Poner especial atención a las fechas de los diagnósticos, y a la información relativa a la frecuencia, duración y gravedad de los brotes. También será importante conocer el tratamiento que se está recibiendo en ese momento.

En la entrevista se formularán preguntas relativas al funcionamiento en las actividades y tareas contenidas en el BVD de acuerdo con las condiciones establecidas. En particular, aquellas descritas en los informes de salud aportados por la persona valorada en el proceso de reconocimiento oficial de la situación de dependencia, lo que contribuirá a distinguir la necesidad de apoyos originada por la situación de dependencia, a efectos de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de aquellas otras que se relacionen con otros factores (situaciones agudas de salud, culturales, sociales, preferencias individuales, sobreprotección, mal uso de órtesis, prótesis y ayudas técnicas prescritas, etc. En todas las circunstancias se preguntará por la frecuencia y la intensidad de los apoyos de otra u otras personas que se requieran.

Antes de comenzar a cumplimentar la valoración y de empezar a formular preguntas se recomienda conversar brevemente con la persona que se va a valorar y/o con su representante, especialmente con las personas cuidadoras presentándose e informándoles del propósito de la entrevista. Se debe infundir confianza y explicarle el procedimiento de la valoración, incidiendo en que deben informar sobre su funcionamiento cotidiano de la forma más precisa posible.

La observación y comprobación directa se llevará a cabo con independencia de la aplicación de la entrevista. Como sucede en otros procedimientos de valoración, la observación y comprobación directa constituye un instrumento complementario y no estructurado que se emplea a fin de completar y contrastar la información disponible sobre la salud y analizar el entorno en el que se desenvuelve la persona que se valora. Se intentará constatar la información de las limitaciones de la persona en la actividad, obtenida mediante la entrevista. Sería ideal que la observación se prolongara durante varias semanas y en diferentes momentos del día, pero las condiciones de la valoración no hacen esto posible.

En consecuencia, se recomienda combinar la observación y comprobación directa con la aplicación de pruebas a lo largo de la visita de valoración. La aplicación de pruebas deberá ajustarse a cada caso particular en función de las condiciones de salud de la persona, no pudiéndose establecer un protocolo cerrado que se corresponda a todas las situaciones. No obstante, en la mayoría de los casos será recomendable que en la visita de valoración se realicen las siguientes pruebas:

- Un reconocimiento de las estancias principales de la vivienda, pidiéndole a la persona a valorar que nos acompañe siempre que sea posible. El objetivo de esta prueba se realizará con la finalidad de:
 - o Verificar o detectar las condiciones de accesibilidad y de mantenimiento de la vivienda.
 - o Prestar especial atención a la estabilidad de la marcha, a la movilidad de miembros inferiores, de los brazos y de las manos, equilibrio, problemas de visión, audición, u otras dificultades relacionadas con la coherencia y comprensión.

- Se pondrá especial atención a la coherencia que muestre en las respuestas, a la capacidad de reconocer objetos y personas de su entorno, al recuerdo de hechos recientes (memoria reciente e inmediata) y a una posible desorientación en tiempo (no sabe qué días), espacio (no sabe dónde se encuentra) y persona (no sabe quién es, quién es el cuidador o cuidadora, etc.). Asimismo se pondrá también atención al control de las emociones (no está deprimido, no muestra ansiedad, agresividad o conductas extrañas...) así como a las muestras de interés en el procedimiento. Además, se atenderá también a la capacidad para involucrarse en el proceso de comunicación y relación interpersonal con la persona que realiza la valoración, comunicar eficazmente los mensajes y expresarse verbalmente.

Los datos obtenidos se pondrán siempre en correspondencia con los informes de salud aportados y las barreras del entorno, por lo que se debe poner a prueba la información que resulte imprecisa o inconsistente.

La persona valoradora deberá elegir el procedimiento que le proporcione los datos de la forma más rápida y fiable. Se pueden emplear distintos procedimientos a lo largo de la aplicación del BVD; el funcionamiento de cada persona y el tipo de actividad y tarea evaluada determinarán en cada caso la mejor forma de proceder. En caso de dudas en la objetivización de la situación de dependencia se deberá recabar información de salud complementaria en el marco del procedimiento administrativo. Independientemente del procedimiento empleado, el/a valorador/a puede tener la seguridad de que la interpretación y la evaluación que se realice serán válidas, siempre y cuando se ajusten con rigor a los criterios de aplicación del baremo y definiciones establecidas.

Recomendaciones para la aplicación del BVD:

Para realizar una correcta valoración es imprescindible conocer a fondo los criterios del BVD, así como las diferentes condiciones de salud que pueden conllevar dependencia, y estar familiarizado con los procedimientos generales de su aplicación y haber adquirido práctica en su utilización.

Antes de administrar el BVD se deben comprender y aprender los criterios generales de aplicación y estudiar las tareas de cada actividad. Pero además se debe tener conocimientos generales sobre las deficiencias permanentes secundarias a distintos procesos de salud y las características generales del funcionamiento en las actividades de la vida diaria de las personas con limitaciones, especialmente en el caso de menores de edad y en personas que presentan problemas en las funciones mentales. En estos casos es probable que la aplicación del baremo pueda requerir más tiempo y consideración por la necesidad de verificación de que la persona comprenda lo que se está haciendo y realice las acciones de manera coherente.

Recomendaciones para la valoración de colectivos específicos:

Menores de edad:

La aplicación del BVD en menores presenta particularidades especiales respecto a la población adulta, especialmente en el caso de las edades de 3 a 10 años. Por un lado, los niños y las niñas a estas edades presentan una necesidad de apoyo de su entorno inherente a su desarrollo evolutivo, el cual se debe diferenciar del requerido en las situaciones de dependencia. Por otro lado, la experiencia del trabajo cotidiano con menores demuestra que a una misma edad existen diferencias considerables entre ellos en un desarrollo ordinario.

A continuación se identifican las tareas del BVD en las que en función de la edad indicada se pueden encontrar situaciones de supervisión por motivos de edad que deben ser diferenciadas de la supervisión por situación de dependencia por encima de los 6 años de edad:

- Cortar la comida en trozos hasta los 8-9 años.
- Acudir a un lugar adecuado (fuera del domicilio) hasta los 7 años.
- Limpiarse (en micción-defecación) hasta los 8-9 años.
- Lavarse las manos (fuera del domicilio) hasta los 6-7 años.
- Lavarse la parte inferior/superior hasta los 9-10 años.
- Peinarse hasta los 8-9 años.
- Lavarse el pelo hasta los 8-9 años.
- Abrocharse botones hasta los 7-8 años.
- Vestirse hasta los 8-9 años.
- Aplicarse las medidas terapéuticas recomendadas hasta los 12-13 años
- Evitar situaciones de riesgo dentro/fuera del domicilio hasta los 10-11 años.
- Realizar desplazamientos cercanos hasta los 9-10 años.
- Realizar desplazamientos lejanos hasta los 12-13 años.
- Tomar decisiones:
 - o Decidir sobre la alimentación cotidiana hasta los 10-11 años
 - o Dirigir los hábitos de higiene personal hasta los 9-10 años
 - o Planificar los desplazamientos fuera del hogar hasta los 12-13 años.
 - o Decidir sus relaciones interpersonales hasta los 8-9 años.
 - o Disponer su tiempo y actividades cotidianas hasta los 9-10 años.
 - o Resolver el uso de servicios a disposición del público hasta los 12-13 años.

Atendiendo a estas circunstancias, es conveniente que los/las profesionales inicien su formación en la aplicación del BVD con niños y niñas que presenten un nivel de funcionamiento ordinario. Esta experiencia le permitirá desarrollar un modelo de referencia para adaptar las tareas al desarrollo normal en menores y distinguir entre los apoyos propios para la edad, de aquellos otros propios de la situación de dependencia.

En el caso de menores de edad, la aplicación del BVD se realizará en su presencia y con la participación de otra persona que conozca bien su situación (recomendable que fuera su tutor/a legal, o al menos uno de los progenitores).

Se pondrá especial atención en valorar la necesidad de apoyo en las actividades y tareas, aunque los menores estén recibiendo en ese momento los apoyos y con independencia de éstos. Deberá hacerse un especial esfuerzo en distinguir el apoyo *por sobreprotección* de los padres y de las madres *de la necesidad real de apoyo*.

Personas con limitación visual y/o auditiva:

En personas con limitación visual es preciso evitar cambiarse de sitio durante la aplicación del baremo y también asegurarse en todo momento de que la identidad de la persona que realiza la valoración ha quedado clara. Se recomienda considerar el empleo de productos de apoyo técnico a la comunicación oral tales como los sistemas de frecuencia modulada o bucles magnéticos.

Si la limitación es auditiva se les debe hablar de forma clara, vocalizando bien y sin taparse la boca. Procurar mantener bien visibles los labios y hablar a ritmo y volumen normal mirándoles directamente a la cara.

Si la persona es sordociega la valoración se apoyará con la colaboración de personal especializado (guía intérprete o mediador) que asegure una eficaz comunicación.

Personas con discapacidad intelectual, enfermedad mental y otras condiciones de salud que afecten el funcionamiento mental:

En estos casos, la entrevista personal puede requerir más tiempo y consideración en la realización de la entrevista, no se les debe presionar para que den una determinada información. Es mejor tener una información incompleta de la propia persona que no tenerla.

Cuando existan dudas sobre si han comprendido bien o no lo que se está preguntando es recomendable que se haga referencia a alguna situación real de la persona y analizar con ella cómo lo hizo, si le ayudó alguien y cómo le ayudó, esto también suele ser de utilidad para personas con problemas de memoria. También, debe prestarse atención a la aparición de cierta tendencia a responder afirmativa o negativamente (sesgo de aquiescencia) a las preguntas por parte de estas personas. Para corregir dicho sesgo, se recomienda formular las preguntas en sentido inverso a la tendencia que muestre la persona valorada.

En estos casos resulta clave la coordinación con los equipos de salud mental que constan como referentes en los informes de salud aportados.

Personas con dificultad para la comunicación:

En la valoración de personas con dificultad en el uso del lenguaje que emplean tecnologías de apoyo para comunicarse, debe dárseles el tiempo necesario para que puedan responder y si la persona valoradora no ha entendido la respuesta se les debe pedir que lo repitan. Siempre se debe procurar por todos los medios posibles la participación directa de la persona en su valoración, si no puede expresarse verbalmente se recomienda facilitar la comunicación por otros sistemas, como los Sistemas Alternativos y Aumentativos de Comunicación, la expresión corporal, la emisión de sonidos, muecas, miradas, etc.

En el caso de personas sordas que sean usuarias de Lengua de Signos cuando su empleo no sea posible para llevar a cabo la comunicación con el/la profesional de valoración, se requerirá a la persona valorada la presencia de intérprete durante la valoración.

4. CRITERIOS DE APLICACIÓN

Los criterios de aplicación deben encauzar la evaluación de la situación de dependencia a efectos del procedimiento de valoración de acuerdo con lo dispuesto por el Real Decreto que lo reglamenta. Se debe tener muy presente que la omisión o desviación de estos criterios a lo largo de la aplicación del BVD puede dar lugar a resultados distintos en el establecimiento del grado y nivel de la severidad de la dependencia.

Se deben seguir estrictamente los siguientes criterios de aplicación:

1. La aplicación del BVD se fundamentará en los correspondientes informes sobre la salud de la persona y sobre su entorno habitual, así como en la información obtenida mediante la observación, la comprobación directa y la entrevista personal de evaluación llevadas a cabo por profesional cualificado y formado específicamente para ello. Además:
 - a. Si el informe de salud documenta deficiencias en las funciones mentales y/o limitaciones en la capacidad de comunicación que puedan interferir en la entrevista, ésta deberá completarse con la participación de otra persona que conozca bien la situación.
 - b. En el caso de deficiencias que se deriven de patologías que cursan por brotes, la valoración se realizará en su situación basal. Ésta se estimará de acuerdo con la frecuencia, duración y gravedad de los brotes.
2. En la cumplimentación del formulario del BVD (Anexo D) se identificará el nivel de desempeño de todas las tareas consideradas, así como el problema de desempeño, el tipo y frecuencia de los apoyos necesarios en aquellas tareas en las que quede demostrada una situación de dependencia.
 - a. Las notas de valoración son obligatorias. Se recomienda su empleo de la forma más precisa posible para una mayor comprensión de la situación de dependencia valorada.
3. A efectos de aplicación del BVD se define desempeño como la capacidad individual para llevar a cabo por sí mismo, de una forma adecuada, y sin apoyos de otra u otras personas, actividades o tareas en su entorno habitual.
 - a. Se valora el desempeño siempre, aunque no se realice la tarea, y, en su caso, con el empleo de los productos de apoyo prescritos, y con independencia de los apoyos de otra u otras personas que se puedan estar recibiendo.
 - b. Se valora siempre considerando las barreras y facilitadores de su entorno físico. El entorno habitual se corresponde con aquel en el que la persona valorada realiza regularmente las actividades básicas de la vida diaria. En función del proyecto vital se considerará la frecuencia de aquellas actividades que pueden desarrollarse dentro y fuera del hogar: comer y beber, higiene personal relacionada con la micción-defecación, mantenimiento de la salud y tomar decisiones, así como las tareas de abrir y cerrar grifos, lavarse las manos de la actividad de lavarse, y acceder al exterior de la actividad de desplazarse fuera del hogar. Se establecerá como hogar el domicilio donde se reside la mayor parte del año.
 - c. Se considera que la tarea se desarrolla adecuadamente, aunque sea con dificultad, si ésta se realiza con iniciativa, coherencia, orientación y control físico suficiente para la consecución de la finalidad de la actividad correspondiente y sin incurrir en un grave riesgo para la salud.
 - d. La valoración en menores de 18 años se deberá poner en relación con el nivel de desarrollo propio de la edad del solicitante en el momento de la valoración. Se distinguirán los apoyos personales característicos de la edad de aquellos otros que estén relacionados con los problemas de salud, especialmente con posibles trastornos del desarrollo.

El hecho de que la persona valorada reciba actualmente apoyo de otra persona no debe ser interpretado en la aplicación de este baremo como que la necesidad de apoyo se encuentra cubierta. Asimismo, la prestación de apoyo de otra persona no debe considerarse como un indicio suficiente de que se necesita dicho apoyo.

4. En todas las tareas se identificará el nivel de desempeño teniendo en cuenta las siguientes opciones:
 - a. Desempeño positivo: cuando la persona valorada sea capaz de desarrollar, por sí misma y adecuadamente, la tarea en su entorno habitual.
 - b. Desempeño negativo: cuando quede demostrado que la persona valorada requiere el apoyo indispensable de otra u otras personas para llevar a cabo, de una forma adecuada, la tarea en su entorno habitual, o bien que no es capaz de realizarla de ninguna manera. En el desempeño negativo se distinguirá entre el derivado de la situación de dependencia y el derivado de cualquier otra situación.
 - c. Desempeño no aplicable: cuando así corresponda por indicación expresa de la "Tabla de aplicación" (ver más adelante).
5. Durante el proceso de valoración deberá tenerse siempre en cuenta para establecer la distinción entre dependencia y otras situaciones lo siguiente:
 - a. La dependencia es 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.
 - b. El carácter permanente de la situación de dependencia quedará establecido cuando en la condición de salud de la persona no haya posibilidad razonable de restitución o de mejoría en el funcionamiento.
 - c. Se considerará que los apoyos se precisan en las tareas cuando su intervención resulte imprescindible en la mayoría de las veces o siempre en las que éstas tengan lugar.
 - d. La edad, la enfermedad o la discapacidad son condiciones necesarias, pero no suficientes en sí mismas, para establecer la situación de dependencia y el alcance de su severidad a efectos del reconocimiento oficial.
 - e. 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.

En el caso de dudas en la objetivación de la situación de dependencia, el órgano de valoración deberá recabar información de salud complementaria en el marco del procedimiento administrativo.

6. En las tareas en que se presente situación de dependencia se identificarán los problemas de desempeño según su relación con el funcionamiento global de la persona valorada.
 - a. Problemas de funcionamiento físico: la persona valorada no ejecuta físicamente la tarea y/o lo hace sin el control adecuado y/o no percibe las informaciones externas necesarias para su desarrollo.

- b. Problemas de funcionamiento mental: la persona valorada no comprende la tarea y/o la ejecuta sin coherencia y/o con desorientación y/o no muestra iniciativa para su realización.
 - c. Ambos problemas: la persona valorada no ejecuta la tarea por la concurrencia de un problema de funcionamiento físico y mental.
7. En las tareas en que se presente dependencia se establecerá el tipo y frecuencia del apoyo de otra u otras personas teniendo en cuenta las siguientes definiciones:
- a. Tipo de apoyo: Se distinguirá la naturaleza del apoyo que necesita la persona valorada para la realización adecuada de la tarea. Si necesita diversos tipos de apoyo en una misma tarea se elegirá aquel que resulte más frecuente.
 - i. Supervisión: Conlleva la estimulación verbal o gestual a la persona valorada mientras ésta ejecuta por sí misma la tarea a fin de que la desarrolle adecuadamente, así como la orientación en la toma de decisiones.
 - ii. Física Parcial: Comprende la colaboración física con la persona valorada en la ejecución parcial o completa de la tarea. Ésta incluye la preparación de elementos necesarios para la realización de la tarea por sí mismo.
 - iii. Sustitución Máxima: Comporta que la persona valorada no puede ejecutar por sí misma la tarea completa de ningún modo.
 - iv. Apoyo Especial: Consiste en cualquiera de los apoyos anteriormente descritos cuando su prestación en el desarrollo de la tarea resulta obstaculizada por la interferencia determinante de condiciones excepcionales de salud de la persona valorada.

El tipo de apoyo especial será de aplicación en condiciones de salud tales como la sordoceguera, dadas las necesidades específicas de comunicación interpersonal que comporta, la obesidad mórbida cuando requiera la ayuda de más de una persona a la vez, y en cualquier otra situación en que la persona tenga soportes vitales en salud que interfieran la prestación del apoyo requerido.

- b. Frecuencia de apoyo: Se identificará considerando el número de ocasiones en que la persona valorada necesita apoyos personales cuando ésta deba realizar la tarea. La graduación se determina del siguiente modo, de acuerdo con los intervalos que propone la escala genérica de la CIF (OMS, 2001):

- Casi nunca.	0 – 4 %
- Algunas veces.	5 – 24 %
- Bastantes veces.	25 – 49 %
- Mayoría de las veces.	50 – 95%
- Siempre.	96 – 100%

5. DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES Y TAREAS

La aplicación del BVD específico se resuelve mediante la instrucción de la Tabla de Aplicabilidad de actividades y tareas.

El listado de tareas que se ha incluido en cada actividad no es exhaustivo de la misma. Se trata de una lista que se ha seleccionado en base a la relevancia de la tarea a la hora de comprender el desempeño de la actividad en su conjunto. En este manual se incluyen conceptos de la CIF y notas de ayuda a la comprensión de las tareas que se ha considerado que así lo requieren. En algunos casos la tarea se considera auto-explicativa y por ello no se incluyen notas aclaratorias.

De forma auxiliar se han planteado distintos ejemplos de situaciones concretas a fin de ilustrar la categorización del desempeño y, en su caso, el grado de apoyo que se requiere.

5.1. VALORACIÓN EN “COMER Y BEBER”

Según la CIF “Comer” consiste en llevar a cabo las tareas y acciones coordinadas relacionadas con comer los alimentos servidos, llevarlos a la boca y consumirlos de manera adecuada para la cultura local, cortar o partir la comida en trozos, abrir botellas y latas, usar cubiertos.... Y “Beber” sujetar el vaso, llevarlo a la boca y beber de manera adecuada para la cultura local, mezclar, revolver y servir líquidos para beber, abrir botellas y latas, beber a través de una ayuda instrumental.

Las actividades de autocuidado correspondientes a comer y beber, las cuales están descritas por separado en la CIF se agrupan en el BVD en una única actividad. En el marco de esta actividad, las tareas que deben ser valoradas corresponden a:

Reconocer y/o alcanzar los alimentos servidos
Cortar o partir la comida en trozos
Usar cubiertos para llevar la comida a la boca
Acercarse el recipiente de bebida a la boca

1. Esta actividad se valora dentro y fuera del domicilio habitual. En cualquier caso la valoración de las tareas relativas a comer y beber se realizará toda vez que la comida haya sido elaborada y desde el momento en que ésta haya sido servida individualmente a la persona valorada. De esta forma, se tendrá en cuenta en la valoración de comer y beber que:

I.- La preparación de la comida y el servicio de los alimentos en la mesa o similar se incluye en las tareas domésticas.

II.- El acceso de la persona al lugar adecuado para comer y beber se contempla en desplazarse dentro y fuera del hogar.

III.- La iniciativa para ir a comer y beber, la organización o la planificación personal de los horarios, la frecuencia y el tipo de alimentación se considera específicamente en tomar decisiones: decidir sobre la alimentación cotidiana.

IV.- Los apoyos personales vinculados a la existencia de problemas en las funciones relacionadas con la ingestión, tales como la administración de espesantes en los líquidos, la trituración de la comida cuando forma parte de dietas indicadas, la intervención cuando se producen atragantamientos frecuentes, la gestión de nutrición/hidratación artificial; no forman parte de la valoración de la actividad de comer y beber. La valoración de los apoyos descritos corresponde a la tarea de aplicarse medidas terapéuticas recomendadas que se incluye en la actividad de mantenimiento de la salud.

2. En el caso de personas con alimentación/hidratación artificial se valorarán las mismas tareas que en el resto de la población. La valoración distinguirá cuándo la persona no realiza las tareas porque la alimentación/hidratación artificial las hace innecesarias, aunque podría realizarlas; de aquellas otras situaciones en que la persona no realiza las tareas y no sería capaz de realizarlas en caso de que no tuviera alimentación/hidratación artificial. En el primer caso se marcará el campo de No por otras causas; y, en el segundo caso, se marcará No por dependencia.
3. En el caso de necesidad de indicaciones de otra persona para localizar los alimentos servidos así como de manifestación de conductas incoherentes o perjudiciales con los alimentos servidos se considerará como ausencia de desempeño en “reconocer y/o alcanzar los alimentos servidos”.

I.- Las conductas de alimentación inadecuadas que se manifiesten fuera de los alimentos servidos (por ejemplo, comer sustancias no comestibles o episodios recurrentes de ingestión) no forman parte de este

apartado y se incluyen en mantenimiento de la salud (evitar situaciones de riesgo dentro o fuera del domicilio).

II.- Se recuerda que, además, se valorará si se necesita indicaciones o se manifiesta falta de coherencia y/o de iniciativa en el resto de tareas de la actividad de acuerdo con la consecución de la finalidad de comer y beber.

4. En la valoración se tendrán en cuenta los siguientes aspectos prácticos:

I.- Los cubiertos para llevar la comida a la boca comprenden el juego compuesto de cuchara y tenedor. Si la persona emplea cubiertos adaptados la valoración se realizará con ellos.

5. En el caso de menores se adaptarán las tareas a la edad, teniéndose en cuenta los siguientes hitos del desarrollo en la infancia:

I.- En ausencia de trastornos del desarrollo los mayores de 3 años de edad tienen plenamente adquirida la capacidad para:

- a. Manifestar interés por la alimentación y los alimentos.
- b. Distinguir lo comestible de lo no comestible.
- c. Utilizar la cuchara o el tenedor, alrededor de los 4 años.
- d. Beber en un vaso o taza.

II.- No obstante, se pueden encontrar situaciones de supervisiones por motivos de edad en la tarea de cortar o partir la comida en trozos hasta los 8-9 años. Además hay que tener presente que la capacidad para la utilización del cuchillo no se suele adquirir antes de los 6 años y no más tarde de los 7 años. Así pues, por debajo de estas edades la tarea debe valorarse sin el empleo del cuchillo, centrándose en partir.

5.2. VALORACIÓN EN “HIGIENE PERSONAL RELACIONADA CON LA MICCIÓN Y DEFECACIÓN”

Según la CIF “higiene personal relacionada con la micción y defecación” incluye indicar la necesidad, adoptar la postura adecuada, elegir y acudir a un lugar adecuado para orinar/defecar, manipular la ropa antes y después y limpiarse después.

Las tareas relativas a regulación de la micción y de la defecación se agrupan en una única actividad en el BVD. Las tareas que se han considerado más significativas para su inclusión en la valoración de la actividad se corresponden a las siguientes:

Acudir a un lugar adecuado
Manipular la ropa
Adoptar o abandonar la postura adecuada
Limpiarse

1. Esta actividad se valora dentro y fuera del domicilio habitual. Sin embargo la tarea que corresponde a Acudir a un lugar adecuado se limitará a la realización de desplazamientos cortos, normalmente en el interior de edificios, la localización del lugar adecuado, así como la iniciativa y la comprensión de llevar a cabo la actividad de regulación.
2. Los problemas en la función urinaria o en la de defecación, como por ejemplo la incontinencia urinaria o fecal, no se valoran por sí mismos en ningún apartado de esta actividad. Los apoyos personales para el seguimiento de diálisis tampoco se contemplan en esta actividad. La necesidad de apoyo de otra u otras personas para la

realización de cuidados terapéuticos relacionados con esta actividad se considerarán en el apartado Aplicarse las medidas terapéuticas recomendadas dentro de la actividad de Mantenimiento de la salud.

3. Con independencia de lo anterior:

- a.- En el caso de personas que empleen algún tipo de dispositivo de recogida de deshechos (sonda, urostomas, colostomas) la valoración de la actividad se ajustará a esta situación específica.
- b.- La valoración de ponerse y quitarse los absorbentes/pañales o productos similares, cuando éstos sean necesarios, se incluirá en "Manipulación de la ropa".
- c.- La manipulación de un urostoma y/o colostoma, el mantenimiento, limpieza y vacío de una silla con orinal o de los depósitos de orina y/o fecales se considerarán, en su caso, en la tarea de limpiarse.

4. En el caso de menores se adaptarán las tareas a la edad, teniéndose en cuenta los siguientes hitos del desarrollo en la infancia:

- I.- A partir de 3 años de edad son capaces de controlar los esfínteres e indicar la necesidad de ir al lavabo, aunque pueden producirse enuresis hasta los 4 años.
- II.- A partir de los 4 años suelen ser capaces de acudir al lavabo de la vivienda habitual sin apoyos. Fuera del domicilio la valoración deberá distinguir entre los apoyos necesarios por la edad y aquellos por presencia de trastornos del desarrollo.

5.3. VALORACIÓN EN "LAVARSE"

Según la CIF la actividad de "Lavarse" comprende el lavarse y secarse todo el cuerpo, o partes del cuerpo, utilizando agua y materiales y métodos apropiados de lavado y secado, como bañarse, ducharse, lavarse las manos y los pies, la cara y el pelo, y secarse con una toalla.

Las tareas que deben valorarse en relación a la actividad de lavarse son las siguientes:

Abrir y cerrar grifos
Lavarse las manos
Acceder a la bañera, ducha o similar.
Lavarse la parte inferior del cuerpo
Lavarse la parte superior del cuerpo

1. Las tareas y acciones incluidas en la actividad de lavarse se valora en el domicilio, excepto en el caso de las tareas de abrir y cerrar grifos y lavarse las manos que se valorará también fuera del domicilio. Los métodos apropiados de lavado y el secado se consideran como tales en función de los hábitos, las condiciones de salud, del entorno y cultura de la persona que se valora.
2. El abrir y cerrar grifos se valora teniendo en cuenta la manipulación y el acceso a los grifos que se emplean habitualmente para lavarse, incluyendo los del lavabo, ducha, baño o bidé. Dentro de esta tarea se incluye si la persona sabe y puede regular la temperatura del agua conforme a sus necesidades. Para valorar esta tarea, tanto dentro como fuera del domicilio se considerará la existencia de necesidad de empleo de productos de apoyo y/o adaptaciones especiales en los grifos para el aseo. Cuando estos productos estén en el domicilio se tendrá en cuenta la falta de disponibilidad fuera del domicilio. En general se marcará desempeño negativo por situación de dependencia con una frecuencia igual o superior al 50% en función de los hábitos cotidianos.
3. Los problemas de abrir y cerrar grifos, así como el acceso a la bañera, ducha, o en su caso cualquier otro método similar para el lavado de la parte inferior y/o superior del cuerpo son tareas específicas de la actividad y no formarán parte de la valoración de lavarse las distintas partes del cuerpo.

4. El acudir al lugar adecuado para lavarse no se incluye en este apartado. Estos desplazamientos se considerarán posteriormente en las actividades de movilidad. En cambio se incluyen los movimientos imprescindibles para la realización de las tareas de lavarse.
5. La parte inferior y superior del cuerpo corresponde a la comprendida por debajo y por encima de la cintura respectivamente.
6. En el caso de menores se adaptarán las tareas a la edad, teniéndose en cuenta los siguientes hitos del desarrollo en la infancia:

I.- En ausencia de trastornos del desarrollo los menores entre los 3 y 4 años son capaces de lavarse y secarse las manos.

II.- A partir de los 7 años se considera normal haber adquirido la capacidad para bañarse o ducharse.

5.4. VALORACIÓN EN “OTROS CUIDADOS CORPORALES”

Según la CIF el “Cuidado de las partes del cuerpo” incluye las acciones y tareas que requieren un nivel de cuidado mayor que el mero hecho de lavarse y secarse.

Las tareas relativas a “Otros cuidados corporales” que se han incluido en el BVD se corresponden a las siguientes:

Peinarse
Cortarse las uñas
Lavarse el pelo
Lavarse los dientes

1. Peinarse incluye el peinado y cepillado del cabello natural y pelucas.
2. Cortarse las uñas comprende tanto las acciones de cortarse las uñas de las manos y como las de los pies.
3. Lavarse el pelo en caso de personas calvas aunque no realicen la tarea se evaluará como si se hiciera y se determinará igualmente si hay desempeño o no.
4. El lavado de los dientes incluye abrir el tubo de pasta de dientes, el frasco de limpieza bucal, etc., así como las acciones posteriores del propio lavado. Se tendrá asimismo en cuenta la limpieza de una prótesis dental y la limpieza mecánica del paladar.

5.5. VALORACIÓN EN “VESTIRSE”

Según la CIF la actividad de “Vestirse” consiste en llevar a cabo las acciones y tareas coordinadas precisas para ponerse y quitarse la ropa y el calzado en el orden correcto y de acuerdo con las condiciones climáticas y las condiciones sociales, tales como ponerse, abrocharse y quitarse camisas, faldas, blusas, pantalones ropa interior, (...), zapatos , botas, sandalias y zapatillas.

Las tareas relativas a "Vestirse" que se han incluido en el BVD se corresponden a las siguientes:

Reconocer y alcanzar la ropa y el calzado
Calzarse
Abrocharse botones o similar
Vestirse las prendas de la parte inferior del cuerpo
Vestirse las prendas de la parte superior del cuerpo

1. En reconocer y alcanzar la ropa y el calzado se consideran los movimientos imprescindibles para alcanzar la ropa toda vez que se encuentra en el lugar adecuado. Los desplazamientos en la misma estancia para vestirse se incluyen en la actividad de desplazarse dentro del hogar. También se tendrá en cuenta la coherencia y la iniciativa para seleccionar las prendas de acuerdo con las condiciones climáticas, las condiciones sociales y las condiciones de salud de la persona. Además se incluye la capacidad de la persona para identificar y acceder a las distintas prendas. El resto de tareas de la actividad se valorará con esta acción ya realizada, con o sin apoyo de otra u otras personas.
2. En calzarse se valorará con el calzado que habitualmente emplea la persona.
3. El abrocharse botones o similar incluye abrir y cerrar cremalleras, cierres de velcro y otros tipos de botonadura como clip, etc.
4. En vestirse las prendas se tendrá en cuenta, especialmente, que la persona valorada sigue un orden coherente y que es capaz de realizar los movimientos imprescindibles para la realización de las tareas.
5. Las prendas incluyen las prótesis, corsés y medias de compresión. Las personas que necesiten del apoyo de otra para el empleo de prótesis marcarán la falta de desempeño en estas tareas. La valoración del resto de actividades se realizará teniendo en cuenta que el ajuste de tales prótesis ya han sido valoradas en esta actividad.
6. En el caso de menores se adaptarán las tareas a la edad, teniéndose en cuenta los siguientes hitos del desarrollo en la infancia:
 - a. Entre los 3 y 4 años se asume la capacidad de ponerse los zapatos, desabrocharse la ropa y abrocharse uno o dos botones.
 - b. Entre los 4 y 5 años se desarrolla la capacidad para vestirse y desvestirse sólo por completo.
 - c. Entre los 7 y 8 años se capacita para elegir su ropa adecuadamente, teniendo en cuenta la adaptación a los requerimientos climatológicos.

5.6. VALORACIÓN EN "MANTENIMIENTO DE LA SALUD"

Según la CIF el "Mantenimiento de la salud" consiste en cuidar de uno mismo siendo consciente de las propias necesidades y haciendo lo necesario para cuidar de la propia salud, tanto para reaccionar frente a los riesgos sobre la salud, como para prevenir enfermedades, buscar asistencia médica; seguir consejos médicos y de otros profesionales de la salud; y evitar riegos para la salud.

Las tareas relativas a “mantenimiento de la salud” que se han incluido en el BVD se corresponden a las siguientes:

Solicitar asistencia terapéutica
Aplicarse las medidas terapéuticas recomendadas
Evitar situaciones de riesgo dentro del domicilio
Evitar situaciones de riesgo fuera del domicilio
Pedir ayuda ante una urgencia

1. La tarea de solicitar asistencia terapéutica comprende, entre otras acciones, el reconocer la necesidad de situaciones personales en las que se requiere asistencia terapéutica, el contactar con los servicios de salud y exponer con coherencia y de forma comprensiva la situación a terceros.
2. La tarea de aplicarse medidas terapéuticas recomendadas incluye, entre otras, la toma de medicación, que incluye el reconocimiento de la medicación, así como su dosificación y administración adecuada; el seguimiento de una dieta indicada por problemas de salud; la autoadministración de insulina; la autogestión de nutrición/hidratación artificial, etc. Se excluye la aplicación de cualquier medida terapéutica que requiera la intervención de un profesional de salud (por ejemplo la hemodiálisis).
3. El evitar situaciones de riesgos comprende el percibir y prevenir, reaccionar y no provocar riesgos. No se valora la mera existencia del riesgo, sino la capacidad para evitarlos por parte de la persona valorada de acuerdo con sus posibilidades. Por ejemplo, una persona con dificultades en la marcha, que presenta un riesgo elevado de caídas, pero que es consciente de ello y emplea bastones o anda de forma precavida no tendrá problemas de desempeño, aunque pueda llegar a caerse.
 - a. Los principales riesgos dentro del domicilio son las quemaduras en la cocina, dejar el gas abierto, intoxicaciones y caídas frecuentes. En el caso de los menores y personas con DI/EM se considera también el abrir la puerta a extraños.
 - b. Los principales riesgos fuera del domicilio son la desorientación, el cruzar la calle sin atención y las caídas frecuentes.
 - c. La valoración de evitar riesgos tendrá en cuenta las condiciones propias del entorno habitual.
 - d. Se atenderá especialmente a la identificación de situaciones en las que la inactividad de la persona constituya un obstáculo a la prevención o reacción ante los riesgos.
4. El pedir ayuda ante una urgencia incluye la comprensión de la existencia de la situación y la comunicación efectiva de la misma a terceros mediante alguno de los medios que habitualmente estén al alcance de la persona.

5.7. VALORACIÓN DE CAMBIAR Y MANTENER LA POSICIÓN DEL CUERPO

Según la CIF “Cambiar y mantener la posición del cuerpo” implica adoptar o abandonar una postura, pasar de un lugar a otro, como levantarse de una silla para tumbarse en la cama y adoptar o abandonar posiciones determinadas.

Las tareas relativas a Cambiar y mantener la posición del cuerpo que se han incluido en el BVD se corresponden a las siguientes:

Cambiar de tumbado a sentado en la cama
Permanecer sentado
Cambiar de sentado en una silla a estar de pie
Permanecer de pie
Cambiar de estar de pie a sentado en una silla
Transferir el propio cuerpo mientras se está sentado
Transferir el propio cuerpo mientras se está acostado
Cambiar el centro de gravedad del cuerpo mientras se está acostado

1. La valoración de las transferencias se realizará teniendo en cuenta la capacidad de ejecución física y mental de la persona en relación con el mobiliario que existe en su entorno.
2. La coherencia e iniciativa para las tareas descritas se valoran en el marco de la valoración global de cambiar las posturas corporales básicas, teniendo en cuenta de manera excepcional los episodios recurrentes de hiperactividad, así como de extrema inactividad en los casos de enfermedad mental que aparezcan documentados en el informe de salud.

5.8. VALORACIÓN DE “DESPLAZARSE DENTRO DEL HOGAR”

Según la CIF “Desplazarse dentro del hogar” comprende andar y moverse dentro de la propia casa, dentro de una habitación y alrededor de toda la casa o zona de residencia.

Las tareas relativas a “desplazarse dentro del hogar” que se han incluido en el BVD se corresponden a las siguientes:

Realizar desplazamientos para vestirse
Realizar desplazamientos para comer
Realizar desplazamientos para lavarse
Realizar desplazamientos no vinculados al autocuidado
Realizar desplazamientos entre estancias no comunes
Acceder a todas las estancias comunes del hogar

1. El desplazamiento dentro del hogar de las personas que requieren el empleo de silla de ruedas se valora con las transferencias ya realizadas. En el caso de personas usuarias de silla de ruedas que no pueden realizar transferencias, este aspecto se habrá valorado en la actividad de cambiar y mantener la posición del cuerpo.
2. Las estancias comunes de la vivienda incluyen los espacios principales destinados a comer y beber, regulación de la micción/defecación, lavarse, preparar comidas y dormir. Se consideran estancias no comunes el resto de estancias de la vivienda.
3. En los desplazamientos y en el acceso a las estancias de la vivienda se considerará el subir y bajar escaleras en caso de que en la vivienda haya más de una planta, que el ancho del marco de las puertas permita el desplazamiento en silla de ruedas o similar en caso de que la persona valorada emplee estos productos de apoyo.

4. Se prestará igual atención a la capacidad de ejecución física, como a la iniciativa y a la capacidad mental o de comprensión relacionada con la realización de las tareas. En el caso de personas con afectación en sus funciones mentales se pondrá atención en la detección de evidencias de aislamiento social, desorientación y pérdida de contacto con la realidad. En particular, se valorará la falta de iniciativa o de comprensión para desplazarse ante el desconocimiento del motivo o propósito que induce al mismo, o que no se captan o no se interpretan adecuadamente los estímulos.
5. En el caso de personas en sillas de ruedas se tendrá en cuenta que la finalidad de desplazarse no sólo comprende llegar a los sitios sino también el acceder (entrar en la estancia); si no se cumple esto de acuerdo con el criterio 3b no se realiza adecuadamente la tarea.
6. Los desplazamientos para comer, vestirse, y lavarse se refieren a aquellos que intervienen para acudir al lugar adecuado para realizar la actividad. No incluye la movilidad imprescindible en la realización de estas actividades, la cual se incluye en las tareas asociadas a reconocer y alcanzar.

5.9. VALORACIÓN DE “DESPLAZARSE FUERA DEL HOGAR”

Según la CIF la actividad de “Desplazarse fuera del hogar” incluye caminar y/o moverse, cerca o lejos de la propia vivienda, y/o utilización de medios de transporte, públicos o privados.

Las tareas relativas a “desplazarse fuera del hogar” que se han incluido en el BVD se corresponden a las siguientes:

Acceder al exterior
Realizar desplazamientos alrededor del edificio
Realizar desplazamientos cercanos en entornos conocidos
Realizar desplazamientos cercanos en entornos desconocidos
Realizar desplazamientos lejanos en entornos conocidos
Realizar desplazamientos lejanos en entornos desconocidos

1. El desplazamiento fuera del hogar de las personas que requieren el empleo de silla de ruedas se valoran con las transferencias ya realizadas.
2. El acceso al exterior comprende el acceso desde la puerta del entorno domiciliario hasta el exterior del edificio, incluyendo los desplazamientos que sean necesarios para ello en el interior del edificio, como por ejemplo la escalera del portal, los pasillos, el ascensor. Para ello, se tendrá en cuenta especialmente las posibles barreras y condiciones de accesibilidad del entorno que dificulten o favorezcan el desempeño de estas tareas, como por ejemplo la escalera del portal, los pasillos, el ascensor. La falta de desempeño en “acceder al exterior” no se valorará en el desempeño del resto de tareas de la actividad.
3. El desplazamiento alrededor del edificio corresponde a aquél que se realiza en un radio inferior a 100 metros desde la puerta principal del edificio donde reside la persona valorada.
4. El desplazamiento cercano es aquél que se realiza en un radio de 1.000 m desde la puerta principal del edificio donde reside la persona valorada. El desplazamiento lejano comprende las distancias superiores a los 1.000 metros. Dentro de estas distancias se valorará de forma independiente la capacidad de desarrollar los desplazamientos en entornos conocidos, en los que la persona se maneja habitualmente, de los desplazamientos en entornos desconocidos, en los que la persona no se ha manejado anteriormente o lo ha hecho ocasionalmente, sin tener en cuenta el empleo de los medios de transporte.

5.10. VALORACIÓN DE “TAREAS DOMÉSTICAS”

Según la CIF la “Vida doméstica” consiste en llevar a cabo tareas y acciones domésticas y cotidianas.

La actividad de “tareas domésticas” incluye la siguiente lista de tareas:

Preparar comidas.
Hacer la compra.
Limpiar y cuidar de la vivienda.
Lavar y cuidar la ropa.

1. Preparar comidas incluye el idear, organizar, cocinar y servir comidas frías y calientes para la alimentación básica de uno mismo .
2. Hacer la compra se refiere a conseguir a cambio de dinero bienes y servicios necesarios para la vida diaria, como la selección de alimentos, bebidas, productos de limpieza, artículos para la casa o ropa; comparar la calidad y precio de los productos necesarios, negociar y pagar por los bienes o servicios seleccionados y transportar los bienes.
3. El limpiar y cuidar de la vivienda incluye tareas como ordenar y quitar el polvo, barrer, fregar y pasar la fregona/trapeador a los suelos, limpiar ventanas y paredes, limpiar cuartos de baño e inodoros/excusados, limpiar muebles; así como lavar los platos, sartenes, cazuelas y los utensilios de cocina, y limpiar las mesas y suelos alrededor del área donde se come y cocina.
4. Lavar y cuidar la ropa comprende el lavar la ropa; a mano o a máquina, secarla, al aire o a máquina; plancharla; y, guardarla en el armario o similar.

5.11. VALORACIÓN DE “TOMAR DECISIONES”

Según la CIF la actividad de “Tomar decisiones” incluye elegir una opción entre varias, llevar a cabo la elección y evaluar los efectos de la elección, y formular opciones alternativas en el caso de que la elección no tuviera los efectos deseados, como por ejemplo seleccionar y comprar un producto en particular, en función del uso que se le vaya a dar, o decidir poner en práctica y realizar una tarea de entre varias que se deben hacer.

En la actividad de tomar decisiones el BVD ha incluido las siguientes tareas representativas:

Decidir sobre la alimentación cotidiana
Dirigir los hábitos de higiene personal
Planificar los desplazamientos fuera del hogar
Orientar sus relaciones interpersonales con personas conocidas
Orientar sus relaciones interpersonales con personas desconocidas
Gestionar el dinero del presupuesto cotidiano
Disponer de su tiempo y sus actividades cotidianas
Resolver el uso de servicios a disposición del público

1. Se recuerda que sólo procederá la valoración de esta actividad previa constatación de una situación en que se produzca afectación del funcionamiento mental de la persona valorada en base a la información de salud aportada en el proceso de reconocimiento de la situación de dependencia. Excepcionalmente, cuando no se haya descrito esta situación en los informes de salud, pero el/la profesional de valoración constata indicios se

podrá llevar a cabo una valoración provisional mientras se solicita una ampliación de la información de salud. La valoración de la actividad estará sujeta a la confirmación diagnóstica.

2. La valoración de tomar decisiones como actividad específica no excluye que en las actividades anteriores se detecte dependencia como consecuencia de la falta de coherencia o iniciativa en el desempeño/realización de sus tareas.
3. Decidir sobre la alimentación cotidiana se refiere a las decisiones sobre el cuándo y el qué comer en relación con las necesidades personales.
4. Dirigir los hábitos de higiene personal comprende las decisiones relativas al mantenimiento de las condiciones de higiene personal tales como reconocer la necesidad de higiene y decidir sobre el desarrollo de la tarea de acuerdo con las preferencias personales.
5. Planificar los desplazamientos fuera del hogar corresponde a la acción de determinar la necesidad o deseo de realizar un desplazamiento fuera del hogar, así como a seleccionar el itinerario y los medios de transporte más adecuados para alcanzar un determinado objetivo, establecido por la propia persona con anterioridad al desarrollo de la propia actividad de realizar desplazamientos fuera del hogar.
6. Orientar sus relaciones interpersonales se refiere a desarrollar las acciones y conductas necesarias para establecer con otras personas (desconocidos, amigos, familiares y pareja) las interacciones personales básicas de manera adecuada para el contexto y el entorno social. Estas incluyen: mostrar respeto, afecto, aprecio y tolerancia en las relaciones; responder a las críticas y a los indicios sociales en las relaciones; y usar un adecuado contacto físico en las relaciones. Se valora de forma independiente las relaciones interpersonales con personas conocidas y con personas desconocidas.
7. El uso y gestión del dinero se refiere a las transacciones económicas básicas que, de acuerdo con la CIF incluye tareas tales como usar dinero para comprar comida o hacer trueques, intercambiar bienes o servicios; o ahorrar dinero. Tener el control sobre sus recursos económicos obtenidos de fondos públicos o privados con el objeto de garantizar una seguridad económica para las necesidades presentes y futuras, identificando intereses y oportunidades.
8. Disponer el tiempo y las actividades cotidianas desarrollando acciones sencillas o complejas, y coordinadas, relacionadas con los componentes mentales y físicos implicados en una tarea, así como iniciarla, disponer el tiempo, espacio y materiales necesarios para realizarla, pautar su desarrollo y llevarla a cabo, mantenerla en marcha o completarla; procurando un equilibrio entre las actividades productivas y lúdicas o de ocio.

5.12. EJEMPLOS DE VALORACIÓN

Los ejemplos que se presentan a continuación no corresponden a valoraciones completas, están enfocados para ilustrar sólo la aplicación de los criterios en determinadas actividades, de forma completa o parcialmente.

Ejemplo 1

JM, mujer de 83 años que, según los informes médicos aportados, padece demencia, hipertensión e hipercolesterolemia. A la hora de las comidas la persona requiere frecuentemente que se le indique que debe sentarse en la mesa para comer. Una vez está sentada ante la comida servida, la persona come por sí sola los alimentos servidos.

COMER Y BEBER	D	P	TA	FR
Reconocer y/o alcanzar los alimentos servidos	P1	0		
Cortar o partir la comida en trozos	P1	0		
Usar cubiertos para llevar la comida a la boca	P1	0		
Acercarse el recipiente de bebida a la boca	P1	0		
TOMAR DECISIONES	D	P	TA	FR
Decidir sobre la alimentación cotidiana	N1	M	SM	4

Ejemplo 2

AM, hombre de 23 años que según los informes médicos aportados, discapacidad intelectual, con un reconocimiento oficial de grado de discapacidad del 65%. No presenta limitaciones físicas de ningún tipo. Su madre explica que no le gusta que salga sólo de casa por que tiene miedo de que le pase algo malo. No obstante, algunas veces sale sólo a comprar a varias tiendas cerca de casa. Hasta el año pasado estuvo asistiendo en un centro ocupacional al que acudía sólo, después de que los educadores le planificaron la ruta en transporte público desde su casa al centro y le acompañaron las primeras veces para que él no se perdiera.

CAMBIAR Y MANTENER LAS POSICIONES DEL CUERPO	D	P	TA	FR
Cambiar de tumbado a sentado en la cama	P1	0		
Permanecer sentado	P1	0		
Cambiar de sentado en una silla a estar de pie	P1	0		
Permanecer de pie	P1	0		
Cambiar de estar de pie a sentado en una silla	P1	0		
Transferir el propio cuerpo mientras se está sentado	P1	0		
Transferir el propio cuerpo mientras se está acostado	P1	0		
Cambiar el centro de gravedad del cuerpo mientras se está acostado	P1	0		
DESPLAZARSE DENTRO DEL HOGAR	D	P	TA	FR
Realizar desplazamientos para vestirse	P1	0		
Realizar desplazamientos para comer	P1	0		
Realizar desplazamientos para lavarse	P1	0		
Realizar desplazamientos no vinculados al autocuidado	P1	0		
Realizar desplazamientos entre estancias no comunes	P1	0		
Acceder a todas las estancias comunes del hogar	P1	0		

DESPLAZARSE FUERA DEL HOGAR	D	P	TA	FR
Acceder al exterior	P1	0		
Realizar desplazamientos alrededor del edificio	P1	0		
Realizar desplazamientos cercanos en entornos conocidos	P1	0		
Realizar desplazamientos cercanos en entornos desconocidos	N1	M	SM	4
Realizar desplazamientos lejanos en entornos conocidos	P1	0		
Realizar desplazamientos lejanos en entornos desconocidos	N1	M	SM	4
MANTENIMIENTO DE LA SALUD				
Evitar situaciones de riesgo fuera del domicilio	N1	M	SP	3

Ejemplo 3:

RM, hombre de 46 años con diagnóstico de esquizofrenia residual y parkinson. En el informe de salud aportado se indica que el paciente no padece ni alucinaciones, ni delirios. Además se refiere acinesia más la presencia de efectos anticolinérgicos secundarios a medicación. En el informe constan temblores que no afectan a las actividades de la vida diaria.

En la entrevista el solicitante manifiesta un discurso organizado en el que refiere que come de forma compulsiva y exagerada. Observamos obesidad. El solicitante nos explica que esa mañana para desayunar se ha comido entre otras cosas 3 huevos duros. Su esposa nos lo confirma. También nos dicen que pasa todo el día abriendo la nevera y comiendo lo que encuentra. Nadie de la familia impide que la persona se comporte de esta manera por lo que no sabemos si se pondría agresivo en caso de que alguien no le dejara comer compulsivamente. En el informe médico no constan conductas agresivas.

COMER Y BEBER	D	P	TA	FR
Reconocer y/o alcanzar los alimentos servidos	P1	0		
Cortar o partir la comida en trozos	P1	0		
Usar cubiertos para llevar la comida a la boca	P1	0		
Acercarse el recipiente de bebida a la boca	P1	0		
MANTENIMIENTO DE LA SALUD	D	P	TA	FR
Aplicarse medidas terapéuticas recomendadas	N2	M	SM	2
TOMAR DECISIONES	D	P	TA	FR
Decidir sobre la alimentación cotidiana	N1	M	SM	4

Ejemplo 4:

LR, mujer de 87 años. El informe de salud remite artrosis y reumatismo.

La solicitante camina sola con la ayuda de un bastón para ir al comedor y al servicio. Para ducharse necesita que alguien la sostenga al entrar y salir de la bañera, no puede secarse por sí misma desde la rodilla a los pies, no puede agacharse. Se lava diariamente las manos y la cara sin ayuda de otros. No sale de casa sin ayuda de una vecina puesto que vive en un tercero sin ascensor y tiene miedo de caerse por las escaleras. No puede caminar distancias muy largas porque se cansa. Cuando tiene que ir al médico toma un taxi.

LAVARSE	D	P	TA	FR
Abrir y cerrar grifos	P1	0		
Lavarse las manos	P1	0		
Acceder a la bañera, ducha o similar	N1	F	FP	4

LAVARSE	D	P	TA	FR
Lavarse la parte inferior del cuerpo	N1	F	FP	4
Lavarse la parte superior del cuerpo	P1	0		
DESPLAZARSE DENTRO DEL HOGAR	D	P	TA	FR
Realizar desplazamientos para vestirse	P1	0		
Realizar desplazamientos para comer	P1	0		
Realizar desplazamientos para lavarse	P1	0		
Realizar desplazamientos no vinculados al autocuidado	P1	0		
Realizar desplazamiento entre estancias no comunes	P1	0		
Acceder a todas las estancias comunes del hogar	N2	F	FP	2
DESPLAZARSE FUERA DEL HOGAR	D	P	TA	FR
Acceder al exterior	N1	F	FP	4
Realizar desplazamientos alrededor del edificio	P1	0		
Realizar desplazamientos cercanos en entornos conocidos	P1	0		
Realizar desplazamientos cercanos en entornos desconocidos	P1	0		
Realizar desplazamientos lejanos en entornos conocidos	N1	F	FP	4
Realizar desplazamientos lejanos en entornos desconocidos	N1	F	FP	4

6. DESCRIPCIÓN DEL APARTADO DE NOTAS

En cada una de las actividades del BVD se ha dispuesto un apartado de notas destinado a información cualitativa que facilite la interpretación de la aplicación realizada. Estas notas, además, son claves para la evaluación de la calidad y de la coherencia de la valoración; así como para velar por la adecuada aplicación del BVD.

La evaluación que se practique debe ir acompañada de una información completa, clara y precisa que la fundamente.

Las notas hacen mención a los siguientes contenidos básicos:

1. Problemas identificados en el informe de condiciones de salud que afectan el desempeño de la persona valorada en la actividad.
No se trata de realizar diagnósticos sino de relacionar las deficiencias permanentes que aparecen diagnosticadas en el informe de condiciones de salud con los problemas de desempeño del solicitante o persona que se valora. Esta información puede ser cumplimentada con posterioridad a la valoración por el equipo de valoración.
2. Descripción del funcionamiento de la persona valorada en la actividad.
Principales características y problemas en el desempeño de la actividad del solicitante o persona que se valora.
3. Identificación del empleo de productos de apoyo.
En base a la observación de los productos de apoyo prescritos o indicados según el informe de entorno y el informe de salud.
4. Barreras o facilitadores en el entorno.
En base a la observación de facilitadores o barreras según el informe de entorno.

5. Otras observaciones.

Aspectos destacables de la valoración de la actividad que no consten en apartados anteriores, como por ejemplo la ausencia de productos de apoyo o adaptaciones del hogar que facilitarían el desempeño de la persona, las dudas en la valoración, así como la posible identificación de deficiencias o enfermedades que no aparecen indicadas en el informe de salud, y otros aspectos relevantes en la valoración.

Problemas identificados en el informe de condiciones de salud que afectan el desempeño de la persona solicitante en la actividad.	Descripción del funcionamiento de la persona solicitante en la actividad.	Identificación del empleo de productos de apoyo
		Barreras o facilitadores en el entorno.
		Otras observaciones.

7. DETERMINACIÓN DE LA SEVERIDAD DE LA DEPENDENCIA

La determinación del grado y nivel oficial de dependencia se obtiene a partir de la puntuación final obtenida en el BVD de acuerdo con la siguiente escala:

- De 0 a 24 puntos, sin grado reconocido.
- De 25 a 39 puntos, Grado I nivel 1.
- De 40 a 49 puntos, Grado I nivel 2.
- De 50 a 64 puntos, Grado II nivel 1.
- De 65 a 74 puntos, Grado II nivel 2.
- De 75 a 89 puntos, Grado III nivel 1.
- De 90 a 100 puntos, Grado III nivel 2.

La puntuación final del BVD se obtiene mediante la suma ponderada de los valores asignados a las tareas en que se ha establecido la situación de dependencia por el coeficiente del tipo de apoyo de otra u otras personas que se requiere en relación con cada una de ellas. Teniendo en cuenta que:

- a. El valor asignado a cada tarea resulta de la multiplicación del peso de la tarea en su actividad correspondiente por el peso de dicha actividad en el total de la escala que le es de aplicación a la persona valorada.
- b. Los pesos de las actividades y las tareas aparecen en la correspondiente tabla de la "escala general" (Anexo A). En el caso de personas con condiciones de salud que puedan afectar a sus

- funciones mentales, se emplearán además los pesos de la “escala específica” (Anexo B), seleccionando como puntuación final del BVD aquella que sea más elevada.
- c. Los coeficientes del tipo de apoyo de otra u otras personas aparecen en la “tabla de apoyos” (Anexo C).
 - d. La puntuación final se redondea al entero más cercano.

8. ASPECTOS RELATIVOS AL PROCEDIMIENTO

8.1. CRITERIOS TÉCNICOS PARA LA ADMISIÓN O NO ADMISIÓN A TRÁMITE DE LAS SOLICITUDES DE VALORACIÓN DE DEPENDENCIA CON EL BVD

En la revisión técnica de la concurrencia de requisitos exigidos en las solicitudes de valoración de la dependencia hay que tener en cuenta que la situación de dependencia que se considera en el marco de la Ley es el estado de carácter PERMANENTE, por razones derivadas de la edad, de la enfermedad o discapacidad y siempre ligadas a la falta o pérdida de autonomía física, mental, intelectual o sensorial.

Esta falta o pérdida de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, asociada a la condición de salud de la persona, siguiendo las orientaciones que se recogen en las Guías AMA para la evaluación de la deficiencia permanente (sexta edición), se puede considerar en situación de permanencia cuando la deficiencia secundaria a la patología que afecta a la persona se torna estática o se estabiliza, con o sin tratamiento médico, y no es probable que se modifique en un futuro a pesar del mismo, dentro de los márgenes de la probabilidad médica.

Por ello, los procesos patológicos y los procesos crónicos degenerativos asociados a la edad, que generan la dependencia, deben de haber sido diagnosticados y tratados durante un tiempo suficiente antes de considerar la situación de dependencia generada como permanente y por tanto valorable. Este tiempo suficiente, dependerá de la patología subyacente ya que el periodo óptimo de recuperación puede variar considerablemente, desde días a meses.

Los informes de salud deben indicar que el proceso médico de curación o recuperación es estático y lo suficientemente estabilizado, y determinar si la persona ha alcanzado médicamente su máxima mejoría posible.

Con la finalidad de no crear falsas expectativas a las personas que solicitan la valoración, es muy importante, discriminar aquellos casos no valorables para que, en la medida de lo posible, se reconozcan únicamente las personas que se encuentren en condiciones de serlo.

Una vez recibidas las solicitudes tramitadas, previamente a la cita, se deben revisar técnicamente y proponer, cuando así proceda, no admitirlas en función del momento evolutivo de la enfermedad alegada como causa de dependencia de la persona a valorar. Ello, cuando manifiestamente carezcan de fundamento de que la persona se encuentra en situación de dependencia, para que de acuerdo con lo establecido en el artículo 89.4 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre de Régimen Jurídico de las Administraciones públicas y del Procedimiento Administrativo Común, se pueda resolver su no admisión.

De acuerdo con estos criterios una orientación para la determinación de las situaciones transitorias no valorables por dicha causa, quedando pendiente su valoración de la evolución clínica, sería la siguiente:

- Personas con procesos patológicos graves que requieren tratamientos agresivos que condicionan una situación de dependencia transitoria asociada al propio tratamiento (quimioterapia, radioterapia, otros tratamientos inmunosupresores, inmovilizaciones, tracciones...): el trámite de la solicitud procederá una vez finalizado el tratamiento y haya alcanzado la máxima recuperación funcional.
- Personas convalecientes de una intervención quirúrgica: implantación de prótesis, fracturas, intervenciones cardíacas, trasplantes de órganos, intervenciones neoplásicas, hernias discales, etc.; no se solicitará la valoración hasta pasados como mínimo 6 meses desde la intervención y haya alcanzado la máxima recuperación funcional.

- Personas en tratamiento rehabilitador: con carácter general se valorarán una vez finalizado el tratamiento y alcanzada la máxima recuperación funcional antes de solicitar la valoración. En los casos de personas en tratamiento rehabilitador de larga duración (traumatismos craneoencefálicos, lesionados medulares, politraumatismos, enfermedad mental...), se podrá solicitar la valoración transcurridos como mínimo 6 meses desde el inicio del mismo.
- Personas hospitalizadas por procesos infecciosos agudos no son valorables.
- Personas hospitalizadas por agudización de procesos crónicos: el trámite de la solicitud procederá tras el alta hospitalaria y cuando se encuentren en situación de estabilidad clínica.
- Personas en situación de hospitalización de larga estancia no son valorables hasta encontrarse en su domicilio o centro residencial y haber alcanzado la máxima recuperación funcional tras el ingreso hospitalario, se podrá iniciar el trámite de valoración una vez transcurridos 6 meses de hospitalización y siempre que exista un motivo que lo justifique (incorporación al alta a un servicio, prestaciones económicas, adaptaciones de vivienda previa al alta...).

Excepcionalmente, en personas mayores, podrán admitirse a trámite las solicitudes de valoración, siempre que se justifique desde el diagnóstico y/o el inicio del tratamiento un plazo de 2 meses en edades de 80 y más años y de 3 meses entre 65 y 79 años.

Si en los informes de salud las situaciones no están estabilizadas y se constatan deficiencias previas que pueden suponer ya una interferencia importante en la capacidad de realizar las actividades del BVD, no procedería el aplazamiento de la valoración y se admitiría a trámite la solicitud.

En estos casos, la valoración se deberá realizar siempre con un carácter provisional y plazo a establecer por el órgano de valoración de acuerdo con la evolución prevista de la deficiencia. La reevaluación de la situación podrá determinar un nivel de severidad inferior al inicial si se da un proceso de mejora y/o de rehabilitación de la persona valorada.

8.2. CRITERIOS DE PROVISIONALIDAD DE LAS VALORACIONES DE DEPENDENCIA BVD

Criterio general de provisionalidad: se indicará fecha de revisión a todas las personas valoradas que presenten una dependencia de carácter permanente, derivada de la edad, la enfermedad o la discapacidad y que tengan posibilidades razonables de mejorar en el grado de severidad de dependencia valorado.

Las posibilidades de mejorar en el grado de dependencia pueden estar relacionadas con:

- El proceso evolutivo madurativo
- La adaptación a la situación de discapacidad
- La aplicación de nuevas terapéuticas
- La estabilización clínica a largo plazo
- La eliminación de barreras, adaptaciones en la vivienda y la disponibilidad de ayudas técnicas.

No se indicará fecha de revisión en aquellas personas que puedan empeorar en su grado o nivel de dependencia. En estos casos, las revisiones serán a demanda de la persona que deberá ser informada de esta posibilidad.

En los supuestos en que se soliciten las revisiones a instancia de persona interesada, resultarán de aplicación los plazos de resolución de los expedientes tramitados con arreglo a la normativa de desarrollo de la Ley 39/2006 de 14 de diciembre previstos en el apartado Tercero, punto 4, letra a) de la Resolución de 4 de febrero de 2010, de la Secretaría General de Política Social y Consumo, por la que se publica el Acuerdo del Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, en materia de órganos y procedimientos de valoración de la situación de dependencia, de 25/01/2010.

Dado que el baremo BVD está adaptado a distintas edades con relación al proceso madurativo, de carácter evolutivo, de las personas, se deberá tener en cuenta estos intervalos de edades para establecer las revisiones de la valoración.

Criterios específicos en personas menores de 18 años:

La valoración de la situación de dependencia será revisable de oficio hasta la edad de 18 años, al inicio de cada periodo diferenciado en la "Tabla de aplicación cronológica" o a la mitad del mismo cuando no haya transcurrido un año desde la anterior, salvo otros plazos que establezca el órgano de valoración. Y a partir de dicha edad cuando así se establezca expresamente por el órgano de valoración en el Dictamen-propuesta de la situación de dependencia de la persona valorada.

Criterios específicos en personas mayores de 18 años:

Tendrán carácter provisional, a criterio técnico, todas aquellas valoraciones de personas que presentan una dependencia derivada de enfermedad o discapacidad, en las que en función del momento evolutivo o del proceso terapéutico en que se encuentren se prevea una mejoría en el grado y/o nivel de su dependencia. Pautas orientativas:

- a. Personas en tratamiento rehabilitador de larga duración (politraumatizados, traumatismos craneoencefálicos, lesionados medulares, amputados múltiples, ACVA, enfermos mentales...):
 - o Se podrá realizar la primera valoración una vez transcurridos 6 meses del inicio del tratamiento.
 - o Se indicará plazo de revisión antes de los 5 años y se considerará si es definitiva o no la valoración.
- b. Personas en situación de hospitalización de larga estancia:
 - o La valoración en el medio hospitalario tendrá un carácter excepcional y tendrá siempre carácter provisional. Solamente se podrá valorar la situación de dependencia durante una hospitalización, cuando exista un motivo que lo justifique (incorporación a un servicio residencial al alta, prestaciones económicas, necesidad de adaptación de vivienda previa al alta).
 - o Se podrá realizar la primera valoración una vez transcurridos 6 meses del inicio del tratamiento.
 - o Se señalará un plazo de 2 años para revisar la situación de dependencia.
 - o Si pasado este periodo de tiempo, la persona continúa hospitalizada, considerar si la hospitalización sigue siendo temporal o definitiva. En los casos en los que se prevea un alta hospitalaria establecer nuevamente un plazo de provisionalidad de 2 años. Cuando no esté prevista el alta a medio-largo plazo se dará carácter definitivo a la valoración.
- c. Personas pendientes de aplicaciones terapéuticas diversas: intervenciones quirúrgicas (transplantes de órganos, reconstrucciones plásticas, alargamientos de miembros, injertos en grandes superficies corporales.....); tratamientos oncológicos; ensayos con nuevos tratamientos farmacológicos (antiepilépticos, antipsicóticos...); etc.
 - o Se considerará un plazo máximo de 5 años para la revisión de la valoración.
- d. Personas con enfermedades crónicas que evolucionan por brotes y/o que se encuentran en una situación prolongada de inestabilidad clínica y que se prevé pueden estabilizarse con el tiempo: epilepsias refractarias, psicosis refractarias, etc....
 - o Se considerará un plazo máximo de 2 años para la revisión de la valoración.
 - o Transcurrido ese periodo de tiempo se determinará el carácter temporal o definitivo de la valoración de la dependencia en función de la estabilidad clínica o de las posibilidades terapéuticas previstas o existentes en ese momento.