

Evaluación participativa del

Nuevo Baremo

de la Discapacidad:
hacia una inclusión más eficaz

INFORME FINAL



COCEMFE



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE DERECHOS SOCIALES, CONSUMO
Y AGENDA 2030



POR SOLIDARIDAD
OTROS FINES DE INTERÉS SOCIAL

Créditos

Desarrollo del estudio:

Área de Cohesión social y Espacio sociosanitario de COCEMFE:
Carolina Regalía Hendi - Susana Clemente Belmonte

Análisis cualitativo y cuantitativo:

Red2Red Consultores:
María Jesús Morel Rioseco - Carmen Pérez de Arenaza Escribano

Participación en estudio y revisión:

GT Cronicidad, pacientes y espacio sociosanitario
Subgrupo Nuevo Baremo:
Mar Arruti, coordinadora (COCEMFE Cantabria)

Realización de entrevistas telefónicas:

Rosa Gallardo Barranco - Yesica María Ospina Duque
Aneis Rodríguez Vázquez - Mercedes Mateos de Porras Fernández

Coordinación de la actividad de voluntariado:

Azahara Alcalde López (Departamento de Voluntariado de COCEMFE)

Diseño de portada e ilustraciones;

Pablo Dávila Estudio

Maquetación:

Miguel Mateos Fanjul (Grupo iniciativas)

Coordinación general:

Alejandro Fernández García, (Responsable Área de Cohesión social y Espacio sociosanitario de COCEMFE) - Elena Antelo, (Directora gerente de COCEMFE)

2	Introducción	10
3	Metodología	13
4	Análisis temático	26
4.1	Alcance de la valoración de la discapacidad	29
4.2	Tiempos de espera	38
4.3	Organización del proceso de valoración	44
4.4	Formación de los equipos valoradores	47
4.5	Equidad del Nuevo Baremo	51
4.6	Afectación e impacto de la valoración de las personas con discapacidad	56
4.7	Satisfacción con el Nuevo Baremo	59
5	Conclusiones	62
6	Reivindicaciones para el Nuevo Baremo de valoración	65
6	Referencias bibliográficas	70
7	Anexos	
7.1	Análisis multivariable (Cuestionario)	73
7.2	Análisis territorial por Comunidad Autónoma (Cuestionario)	77
7.3.	Guión acompañamiento telefónico	80
7.4.	Guión grupo de discusión con profesionales	85

Índice de tablas y figuras

Índice de tablas

Tabla 01. Distribución por tipo de participante cuestionario 2025	15
Tabla 02. Distribución por género personas con discapacidad física y orgánica	15
Tabla 03. Distribución por género Personal técnico de entidades asociadas del cuestionario 2025	15
Tabla 04. Distribución por Comunidad Autónoma de residencia. Cuestionario 2025	16
Tabla 05. Distribución PCDFyO por tipo de municipio. Cuestionario 2025	16
Tabla 06. Distribución por fecha de diagnóstico de la persona con discapacidad física y orgánica. Cuestionario 2025	18
Tabla 07. Frecuencias patologías. Cuestionario 2025	19
Tabla 08. Comorbilidades más frecuentes. Cuestionario 2025	19
Tabla 09. Distribución por tipo de discapacidad. Cuestionario 2025	20
Tabla 10. Distribución de las entidades más frecuentes. Cuestionario 2025	20
Tabla 11. Características de muestra cualitativa de personas entrevistadas	22
Tabla 12. Tipología de muestra por caso	24
Tabla 13. Tabla resumen de perfil de participantes grupo de discusión	25
Tabla 14. Tipo de modalidad de cita según la CC.AA por fecha de valoración. Cuestionario 2024 y 2025	41
Tabla 15. Distribución por tipo de discapacidad. Cuestionario 2025	53

Índice de gráficos

Gráfico 1. Distribución por edad personas con discapacidad física y orgánica	16
Gráfico 2. Gasto principal entre los señalados	29
Gráfico 3. Gasto aproximado en los últimos 12 meses (en euros)	29
Gráfico 4. Porcentaje de personas valoradas por debajo del 33%, 2025	32
Gráfico 5. Resultado de la nueva valoración tras reclamación según fecha de valoración, 2025	34
Gráfico 6. ¿Consideras que se han tenido en cuenta las múltiples enfermedades o trastornos durante el proceso de valoración? Cuestionario 2025	35
Gráfico 7. Para la valoración ¿adjuntaste algún tipo de informe? Porcentaje de personas según fecha de valoración. Cuestionario 2025	37
Gráfico 8. Tiempos de espera (en meses) del proceso de valoración con el Nuevo Baremo. Cuestionario 2025	38
Gráfico 9. Número de profesionales del equipo valorador, comparación antes y después implementación Nuevo Baremo	45
Gráfico 10. ¿Consideras que la persona que te valoró tenía suficientes conocimientos sobre tu discapacidad o recursos para ello? Porcentaje de personas según fecha de valoración. Cuestionario 2025	47

Índice de tablas y figuras

Gráfico 11. Valoración del trato recibido por parte del equipo de valoración. Cuestionario 2025	56
Gráfico 12. Percepción de afectación en el ejercicio de derechos. Cuestionario 2024 y 2025	57
Gráfico 13. Grado de conformidad según fecha de valoración. Cuestionario 2025	60
Gráfico 14. ¿Has realizado alegaciones/reclamaciones a la resolución obtenida? Según fecha de valoración	61

Índice de ilustraciones

Ilustración 1. Fases del proceso de valoración	28
--	----

1

RESUMEN EJECUTIVO



El presente estudio analiza la implementación del **Nuevo Baremo para la valoración de la discapacidad en España**, regulado por el Real Decreto 888/2022 y vigente desde abril de 2023. Este baremo sustituye al modelo anterior de 1999, alineándose con el enfoque biopsicosocial de la **Clasificación Internacional del Funcionamiento (CIF)** y con la Convención de la ONU sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Su objetivo es garantizar una evaluación más justa, integral y transparente, incorporando factores contextuales y sociales junto a los clínicos.

El proyecto, impulsado por COCEMFE, busca **evaluar la calidad y equidad del proceso**, identificar irregularidades y proponer mejoras. Para ello se ha adoptado un enfoque participativo que recoge la experiencia de personas con discapacidad, familias y profesionales valoradores.

El estudio se diseñó bajo un **enfoque mixto**, combinando herramientas cuantitativas y cualitativas para ofrecer una visión integral del proceso de valoración. En primer lugar, se aplicó un **cuestionario online** que permitió recoger la experiencia de **1.078 personas**, incluyendo personas con discapacidad física y orgánica, familiares de menores y profesionales técnicos. Este instrumento aportó datos estadísticos y percepciones subjetivas sobre la aplicación del Nuevo Baremo.

Para profundizar en las vivencias individuales y comprender matices que no emergen en los cuestionarios, se realizaron **entrevistas telefónicas** a una muestra seleccionada de nueve personas. Estas entrevistas, diseñadas de forma personalizada, exploraron las distintas fases del proceso y las percepciones asociadas a cada una de ellas.

Finalmente, se organizó un **grupo de discusión con seis profesionales valoradores**, procedentes de diferentes comunidades autónomas, con el objetivo de contrastar la perspectiva técnica y operativa del sistema. Este espacio permitió identificar retos en la implementación, así como buenas prácticas y propuestas de mejora.

El análisis se abordó de manera **triangulada**, integrando las tres fuentes de información para garantizar la consistencia y profundidad de los hallazgos. Las dimensiones que guiaron la interpretación fueron **equidad, eficacia, efectividad y consistencia**, asegurando que los resultados reflejaran tanto la experiencia de las personas valoradas como la visión profesional sobre la calidad del proceso.

El acceso al reconocimiento oficial sigue siendo limitado: el **50,7% de las personas con discapacidad no dispone de certificado** (EDAD 2020). El fenómeno de *non take-up* refleja barreras informativas y administrativas que desincentivan la solicitud. La falta de orientación y la dificultad para contactar con los centros agravan esta exclusión, mientras que las entidades sociales suplen parcialmente esta carencia. Además, se observa una tendencia a **reducción del grado reconocido** con el Nuevo Baremo (media desciende de 41,9% a 39,2%), lo que puede afectar el acceso a derechos.

Aunque la normativa fija un máximo de 6 meses, la realidad es muy distinta: **el proceso completo dura en promedio 16 meses** (12 para la cita, 4 para la resolución). El 85% de las personas considera que esta demora afecta gravemente sus derechos (empleo, movilidad, prestaciones). Se detecta infrautilización de herramientas legales como los criterios de simplificación y un uso creciente de valoraciones no presenciales para aliviar listas, lo que plantea riesgos para la calidad.

La modalidad **no presencial** se ha generalizado en algunos territorios, desvirtuando su carácter excepcional. Esto genera inseguridad y sensación de deshumanización. Solo el **2% de los casos fueron valorados por equipos completos** (médico, psicólogo, trabajador social y rehabilitador), lo que limita la integralidad del enfoque biopsicosocial. Persisten brechas digitales y falta de transparencia sobre itinerarios y protocolos.



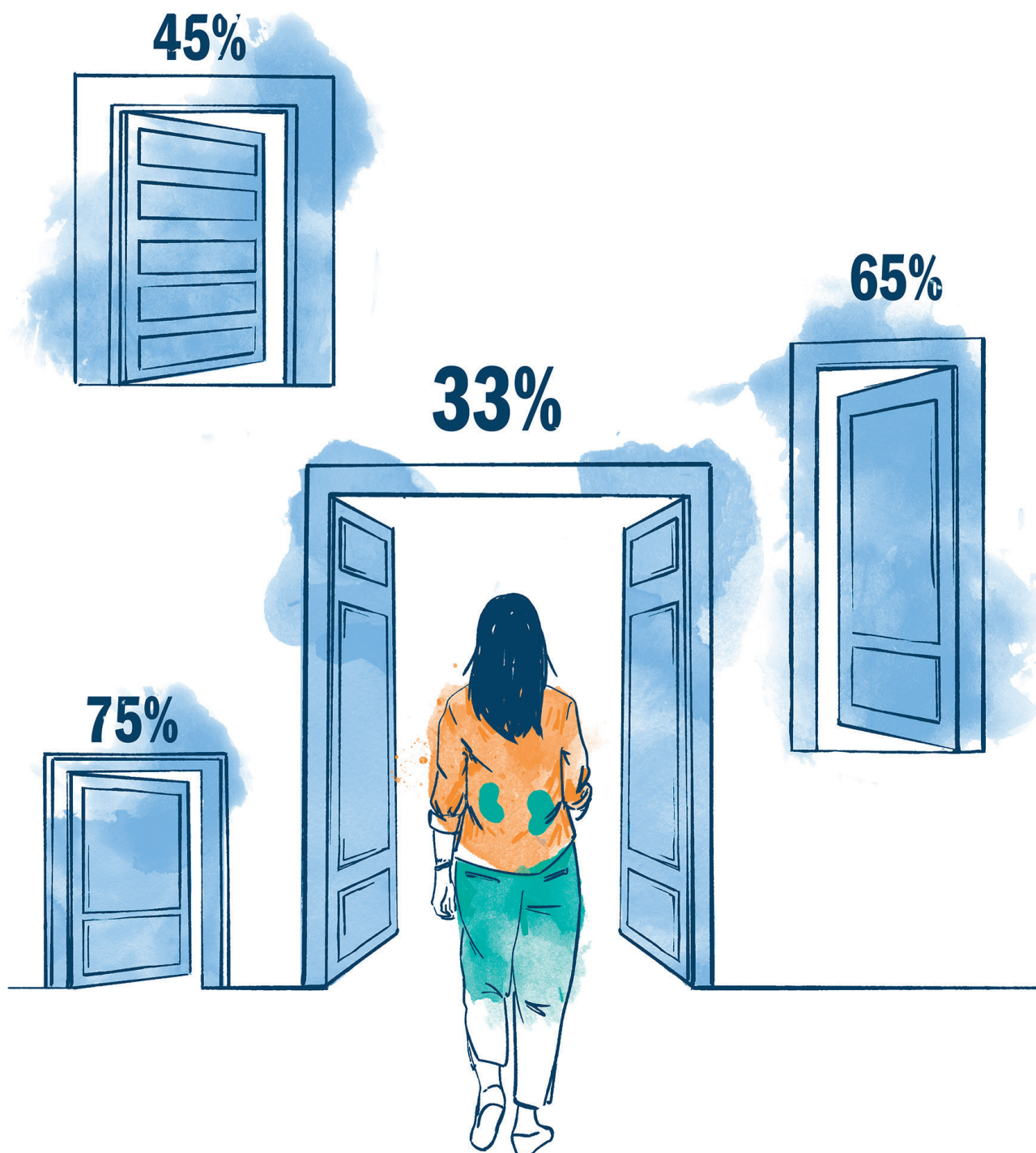
El 68% de las personas valoradas con el Nuevo Baremo percibe **escaso conocimiento del equipo sobre su situación**, variable que más influye en la inconformidad. Se evidencia falta de formación específica sobre patologías invisibles y sobre el marco legal, con gran heterogeneidad territorial. La ausencia de planes obligatorios y la dependencia del aprendizaje informal comprometen la calidad y equidad del proceso.

La implementación del baremo es desigual: diferencias en modalidades de cita, criterios de ordenación y planes de formación generan **inequidades según la comunidad autónoma**. Estas disparidades vulneran el principio de igualdad y exigen mecanismos de transparencia y armonización. También se detecta invisibilidad de ciertas discapacidades orgánicas y problemas de salud mental, lo que refuerza la necesidad de formación transversal.

El proceso tiene **efectos emocionales y materiales** como la falta de información y las demoras prolongadas que generan efectos negativos a nivel psicológico. En lo pragmático, las barreras detectadas limitan el acceso a derechos. El trato profesional es clave, cuando se percibe falta de empatía, aumenta la inconformidad. El **74% de las personas valoradas con el Nuevo Baremo se declara inconforme**, y las reclamaciones, aunque más frecuentes (27%), tienen menor éxito: aumentan los casos en que el grado disminuye tras la revisión. Esto evidencia un sistema de garantías poco eficaz y desincentivador.

El Nuevo Baremo supone un avance normativo hacia un modelo más justo y biopsicosocial, pero su implementación presenta **retos críticos**: desinformación, demoras estructurales, desigualdad territorial, insuficiente formación profesional y baja transparencia. Estos factores comprometen la equidad y la efectividad del sistema, generando descontento y afectando el ejercicio de derechos. Urge reforzar la **humanización del proceso**, garantizar la **uniformidad territorial**, mejorar la **formación técnica y legal** y asegurar mecanismos ágiles de reclamación para consolidar un sistema que cumpla su propósito: valorar la discapacidad desde un enfoque integral y de derechos humanos.

2 Introducción





El Nuevo Baremo para la valoración de la discapacidad en España, regulado por el Real Decreto 888/2022, entró en vigor el 20 de abril de 2023, sustituyendo al baremo anterior que estaba vigente desde 1999. Este cambio supuso el alineamiento con el modelo social de la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad de la ONU, que integra un enfoque de derechos humanos. La CIF ha sido aceptada como una de las clasificaciones sociales de Naciones Unidas y por ello se configura como un instrumento útil para implementar los mandatos internacionales sobre los derechos humanos, así como las legislaciones internacionales. En este sentido, la reforma de la valoración de la discapacidad en España de acuerdo con la CIF es un avance jurídico y normativo necesario.

El objetivo del Nuevo Baremo es garantizar una evaluación más justa y equitativa de la discapacidad, mejorando la eficiencia y transparencia del proceso, y asegurando que las personas con discapacidad reciban el apoyo adecuado basado en una descripción completa y precisa de su situación. No se debe olvidar que la implantación de esta reforma ha sido resultado del esfuerzo de diversos agentes sociales, entre los que se encuentra COCEMFE, que han trabajado incansablemente para que el sistema refleje mejor la realidad de las personas con discapacidades físicas y orgánicas (PCDFyO).

El Nuevo Baremo de la discapacidad se fundamenta en un **modelo biopsicosocial**, que pretende sustituir el enfoque médico tradicional en línea con las recomendaciones de la OMS y la Clasificación Internacional del Funcionamiento y la Discapacidad (CIF)¹. Para ello, el Nuevo Baremo trasciende la valoración de características o deficiencias físicas e integra la dimensión social y contextual en esa valoración. Este cambio de enfoque se sustenta en la premisa de que la discapacidad es una condición de salud que se revela una limitación por su interacción con ciertas barreras contextuales, y por tanto, no es un atributo de la persona.

Concretamente la **definición de la discapacidad** que hace el Real Decreto 1/2013 es “la situación que resulta de la interacción entre las personas con deficiencias previsiblemente permanentes y cualquier tipo de barreras que limiten o impidan su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones de los demás”.

Para dar cuenta de esa compleja interacción entre factores personales y contextuales, se han incorporado **cinco escalas específicas** que permiten medir distintos aspectos: la deficiencia global, las limitaciones en la actividad, las restricciones en la participación, las barreras del entorno y el grado de dependencia. El resultado de la aplicación de estos instrumentos da como resultado un grado de discapacidad expresado en porcentaje y organizado en cuatro niveles: nula, moderada, grave y total.

La valoración social, que con el anterior baremo consistía en factores sociales como la situación económica, lugar de residencia o situación laboral, ahora se amplía y se valoran las barreras a las que se enfrenta la persona ensanchando el sentido de la dimensión social de la discapacidad. Además, antes la valoración social solamente se sumaba mientras la parte médica hubiera dado por encima de 25 puntos, **y ahora no hace falta una puntuación mínima para que se considere los factores sociales.**

¹ Organización Mundial de la Salud. (2001). *Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud: CIF*. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. [Versión abreviada.doc](#)



Otra novedad que introduce la actualización del baremo de discapacidad es la incorporación del **Baremo de Limitaciones en la Actividad**, que contempla las limitaciones de las personas para realizar las actividades cotidianas como el aseo personal, las tareas de la casa o determinadas gestiones, por ejemplo.

Además de las ventajas que pretende alcanzar el Nuevo Baremo, la entrada en vigor del nuevo procedimiento también ha puesto de relieve posibles fallas en su aplicación. Este estudio se enmarca en el interés por comprender cómo está funcionando este baremo en la práctica **para detectar irregularidades y fallas en su aplicación que puedan comprometer su calidad**.

Para cumplir con el propósito de promover la correcta aplicación del baremo, desde COCEMFE se han realizado varias acciones, entre las cuales se enmarca el presente estudio, que pretende generar conocimientos y actualizar evidencias a través de la aplicación de un enfoque metodológico triangulado y participativo. Para descubrir cómo opera este Nuevo Baremo se cuenta con las experiencias de las personas con discapacidad orientadas por sus propios procesos de valoración.

El **primer capítulo** es un desarrollo metodológico detallado de las diferentes aproximaciones que se han implementado (cuestionario, entrevistas telefónicas y grupo focal), con una explicación de cada una de ellas y el perfil poblacional al que se ha implicado.

El **segundo capítulo** es el desarrollo temático de los **seis ejes** sobre los que se va a articular el análisis. Este capítulo condensa las diferentes cuestiones que rodean la actual implementación del baremo a partir de la voz de los distintos agentes consultados. El primer eje explora el **alcance o cobertura de la valoración de la discapacidad** desde el punto de vista de su reconocimiento oficial y administrativo como puerta de acceso a derechos y beneficios sociales asociados. El segundo eje aborda los **tiempos de espera** como dificultad central del proceso de valoración y todo lo que se deriva de ellos desde el punto de vista de las personas con discapacidad y los profesionales. En el tercer eje se analiza todo lo correspondiente a la **organización del proceso de valoración** en todas sus fases. El cuarto eje explora la **preparación y formación de los profesionales** implicados en algún punto del proceso de valoración. El quinto eje integra los análisis sobre la **equidad en la implementación del Nuevo Baremo** desde el punto de vista de los profesionales y las personas con discapacidad. El sexto eje analiza el **impacto del proceso de valoración** en las personas con discapacidad en base a sus discursos y narrativas. Y por último el capítulo siete que condensa todo lo relativo a la **satisfacción y grado de conformidad** de las personas valoradas.

Todos estos ejes se vinculan y confluyen constantemente por lo que en el transcurso del informe hay recurrencias temáticas que van siendo abordadas desde diferentes puntos de vista.

En el **tercer capítulo** se exponen las reivindicaciones clave que emergen del proceso de análisis y de las conclusiones que se han ido elaborando. La exposición se articula en reivindicaciones detalladas en las que también se concretan algunos ejemplos sobre cómo orientar cada una de ellas.

Por último, se incorporan como **anexos** de información complementaria, el guion tipo de las entrevistas telefónicas y el del grupo de discusión con profesionales.

3 Metodología





El presente estudio busca generar evidencia sobre el proceso de implementación del Nuevo Baremo de la Discapacidad en España y contribuir a la mejora de los instrumentos de seguimiento y evaluación de este. Para ello **se parte de la experiencia subjetiva de las personas con discapacidad** que se han valorado, así como de familias con menores al cargo con discapacidad. Además, la voz de las personas profesionales que valoran también se ha tenido en cuenta para complementar, profundizar o matizar ciertos espacios del discurso más técnicos y complejos.

Para articular esta multiplicidad de voces y experiencias se han implementado diferentes técnicas de investigación combinando un enfoque cualitativo y cuantitativo que converge en un **análisis triangulado**. Las dimensiones que orientan el análisis sobre la **calidad de la aplicación del baremo** son equidad, efectividad, eficacia y consistencia.

Las tres aproximaciones metodológicas que se han empleado en este estudio son:

- **Análisis cuantitativo del formulario online** autocompletado por un total de **1.078 personas** valoradas bajo el Nuevo Baremo, familiares de menores con discapacidad física y orgánica, y técnicos de entidades asociadas.
- **Análisis cualitativo de las entrevistas telefónicas ex post**, aplicadas a una muestra seleccionada de **10 personas**, para explorar con mayor profundidad las percepciones y vivencias expresadas en el formulario.
- Análisis y aplicación de un **grupo de discusión con 6 miembros de equipos de profesionales del colectivo de valoradores** de la discapacidad en España.

El trabajo se ha desarrollado durante el año 2025 aunque forma parte de un conjunto de acciones que viene desarrollando COCEMFE en el marco de la investigación sobre el nuevo baremo de valoración.

3.1 Cuestionario online

La parte cuantitativa de este estudio se llevó a cabo mediante un **formulario online autoadministrado**, diseñado para recoger información directa de personas con discapacidad física y orgánica (PCDFyO), de madres, padres y tutores de menores con discapacidad, así como de personal técnico de entidades asociadas. Este instrumento permitió obtener tanto datos cuantitativos como cualitativos, incluyendo percepciones, experiencias y valoraciones subjetivas sobre el proceso de aplicación del nuevo Baremo. La elección de un formulario online responde a la necesidad de garantizar accesibilidad, rapidez en la recolección de datos y cobertura nacional, facilitando la participación de personas con diferentes tipos de discapacidad y desde distintas Comunidades Autónomas.

La recogida de datos se realizó entre los meses de **marzo y julio de 2025**, período durante el cual se mantuvo un seguimiento constante para asegurar la calidad y completitud de las respuestas. La información obtenida se analizó utilizando **técnicas descriptivas univariadas y bivariadas**, permitiendo caracterizar la muestra, identificar patrones de respuesta y comparar los resultados con los obtenidos en el cuestionario de 2024 presentados en el Informe *Preliminar Irregularidades en la aplicación del baremo de discapacidad*².

² COCEMFE. (2024). *Informe preliminar: Irregularidades en la aplicación del baremo de discapacidad*.

Por otro lado, se realizó un **análisis multivariante** exploratorio para intentar comprender la relación entre distintas variables, el cual se detalla en Anexos. Este enfoque permite observar patrones, evaluar cambios en la implementación del Baremo y validar la consistencia de los hallazgos a lo largo del tiempo. Sin embargo, los análisis inferenciales (correlaciones y regresiones) se realizaron con un propósito exploratorio, a fin de identificar posibles asociaciones entre variables sociodemográficas y el grado de discapacidad o la conformidad con el proceso de valoración. Dado que la encuesta se basó en un cuestionario online autocumplimentado no probabilístico, los resultados no pueden generalizarse a la población total de personas con discapacidad en España.

Descripción de la muestra cuantitativa

La Tabla 1 muestra la diversidad de perfiles que participan en el proceso de valoración. Del total de 1.078 participantes, la mayoría corresponde a personas con discapacidad física y orgánica (82%), seguidas por madres, padres o tutores de menores con discapacidad (14%) y personal técnico de entidades asociadas (3%).

Tabla 1. Distribución por tipo de participante cuestionario 2025

Tipo de participante	2024		2025	
	N	%	N	%
Personas con discapacidad física y orgánica	603	88,9%	888	82,4%
Madre, Padre o Tutor de menor con discapacidad	0	0	153	14,2%
Personal técnico de entidades asociadas	75	11,1%	37	3,4%
TOTAL	678	100,0%	1.078	100,0%

La distribución por género que muestra la Tabla 2, da cuenta que el 72% de las personas con discapacidad encuestadas son mujeres, mientras que, como se ve en la Tabla 3, entre el personal técnico predomina también el género femenino con un 81%.

Tabla 2. Distribución por género personas con discapacidad física y orgánica

Género	2024		2025	
	N	%	N	%
Mujer	426	70,5%	634	71,6%
Hombre	177	29,5%	252	28,4%
TOTAL	603	100,0%	886	100,0%

Nota: dos casos que marcaron "Otro".

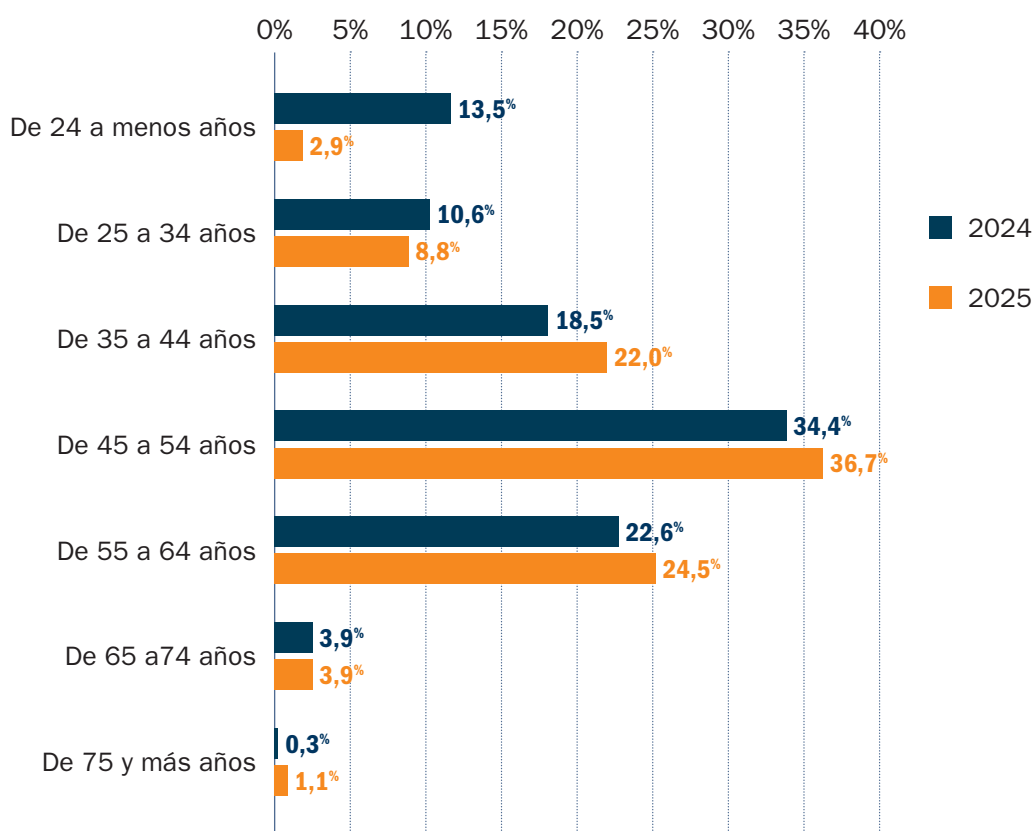
Tabla 3. Distribución por género Personal técnico de entidades asociadas del cuestionario 2025

Género	N	%
Mujer	30	81,1%
Hombre	7	18,9%
TOTAL	37	100,0%



En términos de edad, las personas con discapacidad encuestadas se concentran principalmente en los grupos de 45 a 54 años (37%) y 55 a 64 años (24,5%). En el caso de las edades de los menores con discapacidad física y orgánica reportadas por sus padres, estas se agrupan mayoritariamente entre los grupos de 7 a 12 años (37%) y de 13 a 17 años (41%).

Gráfico 1. Distribución por edad personas con discapacidad física y orgánica



La distribución geográfica de la muestra permite observar la representación de diferentes Comunidades Autónomas, con mayor presencia de personas encuestadas en Madrid, Galicia, Comunidad Valenciana y Andalucía. No obstante, la distribución geográfica varía según si son personas con discapacidad -donde destacan Madrid (20,6%), Galicia (14,5%), la Comunidad Valenciana (10,8%), Andalucía (10,7%) y Aragón (10,1%)-; madres, padres o tutores -con mayor prevalencia de Castilla-La Mancha (20,3%), Madrid (19,6%), Comunidad Valenciana (16,3%) y Andalucía (13,7%)-; o personal técnico -concentrándose en Galicia (35,1%), Andalucía (24,3%), y Comunidad Valenciana (18,9%)-.

Tabla 4. Distribución por Comunidad Autónoma de residencia. Cuestionario 2025

CCAA	PCDFyO		Madre, Padre o Tutor		Personal técnico	
	N	%	N	%	N	%
Andalucía	95	10,7%	21	13,7%	9	24,3%
Aragón	90	10,1%	5	3,3%	1	2,7%
Principado de Asturias	8	0,9%	2	1,3%	0	0,0%
Islas Baleares	32	3,6%	10	6,5%	1	2,7%
Cantabria	34	3,8%	2	1,3%	0	0,0%
Islas Canarias	23	2,6%	2	1,3%	1	2,7%
Castilla-La Mancha	34	3,8%	31	20,3%	0	0,0%
Castilla y León	57	6,4%	5	3,3%	1	2,7%
Cataluña	43	4,8%	5	3,3%	0	0,0%
Comunidad Valenciana	96	10,8%	25	16,3%	7	18,9%
Extremadura	12	1,4%	0	0,0%	0	0,0%
Galicia	129	14,5%	9	5,9%	13	35,1%
Comunidad de Madrid	183	20,6%	30	19,6%	1	2,7%
Región de Murcia	6	0,7%	1	0,7%	2	5,4%
Comunidad Foral de Navarra	23	2,6%	4	2,6%	1	2,7%
País Vasco	20	2,3%	1	0,7%	0	0,0%
La Rioja	1	0,1%	0	0,0%	0	0,0%
Ciudad Autónoma de Ceuta	2	0,2%	0	0,0%	0	0,0%
TOTAL	888	100,0%	153	100,0%	37	100,0%

La gran mayoría de los y las participantes del cuestionario de personas con discapacidad física y orgánica, residen en municipios urbanos (58%), seguidos por aquellos que residen en zonas intermedias (24%). Solo el 18% de la muestra vive en zonas rurales.

Tabla 5. Distribución PCDFyO por tipo de municipio. Cuestionario 2025

Zona	N	%
Zona urbana/Ciudad (de 50.000 habitantes o más)	513	57,8%
Zona Intermedia/Pueblo (más de 10.000 habitantes y menos de 50.000)	213	24,0%
Zona rural (menos de 10.000 habitantes)	162	18,2%
TOTAL	888	100,0%

En cuanto al tipo de discapacidad, las físicas son las mayoritarias tanto entre las personas con discapacidad encuestadas en el 2024 (47%) y en el 2025 (53%). Las discapacidades físicas y orgánicas son las segundas más prevalentes entre las personas con discapacidad encuestadas en 2025 (14%), en cambio en el 2024, la discapacidad solo orgánica era la segunda más frecuente (16%).



En el cuestionario para el personal técnico el 76% declara una discapacidad física, mientras que el 43% es solo orgánica. La distribución de las madres (padres/tutores por tipo de discapacidad se detalla en el apartado de resultados.

La mayoría de las discapacidades son sobrevenidas (87%), aunque entre los menores aumenta la proporción de discapacidades congénitas hasta un 40%. Respecto a la fecha de diagnóstico, casi el 75% de las personas con discapacidad fueron diagnosticadas antes de la década actual, incluyendo un 9% antes de la entrada en vigor del Nuevo Baremo.

Finalmente, en cuanto a la fecha de diagnóstico, los resultados muestran una clara concentración en las últimas dos décadas. Más de la mitad de las personas participantes (62%) recibieron su diagnóstico entre 2010 y 2025, con un 37% en el período 2010-2019 y un 25% en los años más recientes (2020-2025). En contraste, los diagnósticos anteriores al año 2000 representan un 17% del total, lo que evidencia que una parte menor de la muestra corresponde a personas que conviven con su condición desde hace varias décadas. Entre ellas, un grupo reducido pero significativo (2%) recibió el diagnóstico antes de 1980.

Tabla 6. Distribución por fecha de diagnóstico de la persona con discapacidad física y orgánica. Cuestionario 2025

Período	N	%
Antes de 1980	19	2,2%
1980 - 1989	45	5,1%
1990 - 1999	87	9,9%
2000 - 2009	187	21,3%
2010 - 2019	322	36,6%
2020 - 2025	219	24,9%
TOTAL	879	100,0%

El año de diagnóstico inicial con mayor frecuencia de las personas encuestadas es el 2021 con 62 casos, seguido por el 2019 (54) y el 2022 (50). El 75% de las personas con discapacidad que participan de la encuesta, fueron diagnosticadas antes de la década actual y, específicamente, el 92% antes de que se instaurara el nuevo Baremo de discapacidad en 2023.

En cuanto a la distribución por patologías, se construyó un sistema de clasificación que agrupa diagnósticos y variantes en categorías normalizadas, lo que permite describir la distribución de frecuencias y la diversidad de condiciones reportadas tanto por personas con discapacidad, por familiares de menores con discapacidad y de técnicos/as de entidades.



Tabla 7. Frecuencias patológicas. Cuestionario 2025

Patologías frecuentes (agrupadas)	N	%
Dolor crónico / espalda / hernias / artrosis	159	14,7%
Esclerosis múltiple	145	13,5%
Fibromialgia	113	10,5%
Cáncer (agrupado)	108	10,0%
Lupus (LES/LEC)	82	7,6%
SQM / EHS / SFC / activación mastocitaria / disautonomía / POTS	49	4,5%
Miastenia gravis	48	4,5%
Artritis reumatoide / otras artritis	47	4,4%
Depresión / ansiedad / trastorno adaptativo	43	4,0%
Asma / EPOC / Fibrosis quística / Apnea del sueño / otras respiratorias	43	4,0%

Nota: N total=1.078

Algunas de las patologías menos frecuentes son: Miastenia congénita (n=1), EII inespecífica (n=1), Parkinson (n=2), Dermatomiositis/Polimiositis (n=2), Morfea (n=2), Lesión medular (n=3), Sarcoidosis (n=3), Espondilitis anquilosante (n=4). Artritis psoriásica (n=5), COVID persistente (n=5), Trastorno bipolar / esquizofrenia / psicosis (n=5), Ehlers-Danlos / hiperlaxitud (n=5), Parkinson (n=5), Hidrocefalia (n=3), Ostomía (n=2), Trastornos de la conducta alimentaria (n=2), y otras enfermedades raras y síndromes que fueron clasificados como "Otro".

Un hallazgo relevante es la **alta comorbilidad**: aproximadamente el **26% de las personas (283) mencionaron más de una patología en su respuesta**. Esto indica que una proporción significativa de la muestra convive con múltiples condiciones, siendo la fibromialgia la que más se repite, lo que tiene implicaciones directas en la valoración de la discapacidad y en la complejidad de la atención.

De acuerdo con la anterior clasificación, las 3 combinaciones más frecuentes fueron:

Tabla 8. Comorbilidades más frecuentes. Cuestionario 2025

Combinaciones frecuentes (agrupadas)	N	%
Dolor crónico / espalda / hernias / artrosis + Fibromialgia	31	2,9%
SQM / EHS / SFC / activación mastocitaria / disautonomía / POTS + Fibromialgia	28	2,6%
Depresión / ansiedad / trastorno adaptativo + Fibromialgia	18	1,7%

Nota: N total=1.078

Finalmente, se identificaron **48 respuestas no clasificadas** (en torno al 5,8% de respuestas) ya que no corresponden a patologías identificables. Entre estas respuestas se encuentran expresiones de ausencia o desconocimiento (p. ej., "ninguna", "desconozco"), descripciones funcionales o de procedimientos (p. ej., "movilidad reducida", "pérdida de fuerza") y entradas muy genéricas sin categorización clínica (p. ej., "pie", "hombro derecho", "riñón").



En cuanto al tipo de discapacidad, la mitad de la muestra de PCDFyO, familiares de menores con discapacidad y técnicos/as de entidades, reporta tener una discapacidad física (50,5%). Las discapacidades físicas y orgánicas son las segundas más prevalentes entre las personas encuestadas en el 2025 (13,4%), seguido de solo orgánica (11,5%).

Tabla 9. Distribución por tipo de discapacidad. Cuestionario 2025

Tipo de discapacidad	2025	
	N	%
Solo física (disminución o ausencia de funciones motoras)	544	50,5%
Física y orgánica	144	13,4%
Solo orgánica (pérdida o ausencia de funcionalidades de órganos internos)	124	11,5%
Física y otro	118	10,9%
Otro tipo de discapacidad	102	9,5%
Física, orgánica y otro	28	2,6%
Orgánica y otro	18	1,7%
TOTAL	1.078	100%

Respecto a las entidades, el 39% de las personas responden que no forman parte de ninguna entidad. Y de aquellas que sí responden alguna entidad, las más frecuentes fueron:

Tabla 10. Distribución de las entidades más frecuentes. Cuestionario 2025

Período	N	%
COCEMFE	65	6,0%
AMES	34	3,2%
AFIBROM	18	1,7%

Nota: N total=1.078

En el caso de las personas que forman parte de COCEMFE las patologías más frecuentes fueron el dolor crónico / espalda / hernias / artrosis (33,8%) y la fibromialgia (10,7%).

3.2 Entrevistas telefónicas a personas con discapacidad

Las entrevistas telefónicas se diseñaron para complementar la información proporcionada por los cuestionarios, y así profundizar en su experiencia subjetiva y sus perspectivas sobre todas sus fases de la valoración. El **muestreo intencional** se realizó entre las personas que habiendo realizado el cuestionario, declararon interés en participar en una entrevista.

La **diversidad sociodemográfica** (sexo, edad, territorio) así como el **tipo de discapacidad** y la **patología principal** fueron grandes criterios de selección para la muestra. Además, la muestra se configuró de acuerdo con la **experiencia y trayectoria en el proceso de valoración** (primera valoración o revisiones, etapa de la valoración y conformidad con la resolución). Siguiendo estos criterios se elaboró la muestra para tratar de obtener la mayor riqueza y representación posible después de un análisis exhaustivo de las



respuestas al cuestionario de cada caso. Finalmente se seleccionaron 10 casos de las 1.078 respuestas cuyas características serán detalladas más adelante.

El **diseño de los guiones se hizo de manera individualizada** por lo que se construyeron siguiendo las respuestas de cada persona al cuestionario. Esta forma tan personalizada de entrevistar posibilitaba una aproximación más cercana a las personas, intentando romper con la posible distancia del medio telefónico.

En total **se realizaron 10 guiones, aunque finalmente se hicieron 9 entrevistas**, y todos ellos contaban con una especificación sobre aquellos aspectos que más interés tenían de cara al estudio y que, por tanto, seguro debían ser abordados obligatoriamente en la entrevista. Un ejemplo de ese interés puede ser una persona que no esté conforme con su resolución pero que declare no haber presentado reclamación.

Pese a la personalización de los guiones todos ellos seguían la **misma estructura, organizada con preguntas para cada una de las fases de la valoración**; información previa, solicitud, valoración, resolución y reclamación, si la hubiera. La comparabilidad de los guiones permite un análisis en profundidad para detectar continuidades y rupturas entre cada uno de los casos. Estos guiones fueron contrastados previamente con el Grupo de Trabajo Asociativo de COCEMFE y se adjunta un ejemplo en el Anexo 3.

Las entrevistas las realizaron personas voluntarias de COCEMFE a las que previamente se les había capacitado. Para ello, se realizaron dos sesiones formativas con las personas voluntarias con el objetivo de presentarles los instrumentos (guiones de entrevista), y que interiorizaran la técnica de la entrevista, así como ciertos consejos de cara a su ejecución. Estas formaciones sirvieron además para generar **implicación y compromiso** con el proyecto dado que se les introdujo el contexto normativo y a los cambios producidos por el Nuevo Baremo de valoración.

Una vez se seleccionaron los casos y se hizo la formación a las personas voluntarias de COCEMFE, estas procedieron a contactar a las personas que previamente habían demostrado interés en hacer la entrevista de acompañamiento.

Las voluntarias agendaron las citas de acuerdo con sus agendas personales y las de las personas a entrevistar en la **plataforma Zoom**, a través de la cual luego realizarían la llamada. A lo largo de octubre se llevaron a cabo las 9 entrevistas telefónicas, que quedaron grabados para posteriormente ser transcritos y analizados.

En la entrevista se siguió el guion personalizado donde había preguntas específicas relativas a la experiencia declarada en el cuestionario con la intención de profundizar en sus respuestas y comprender mejor el caso.

El análisis de las entrevistas se realizó con el **programa Atlas.ti (v.25)**, en el que se generó un árbol de códigos que permitió sistematizar los resultados y conclusiones de manera más clara. Esto a su vez ha permitido poner en paralelo el análisis de la voz de las personas valoradas junto con el de los profesionales que valoran.

Para el análisis se ha seguido un proceso de codificación híbrido que combina una lógica inductiva y una deductiva. Primero, se hizo un análisis temático deductivo basado en categorías temáticas preestablecidas por los guiones. Y después, el proceso se complementó con una codificación inductiva que permitió incluir los temas e ideas emergentes enriqueciendo así la interpretación y profundidad de los análisis.



La información se organizó de acuerdo con el árbol de códigos generado que permitió encontrar continuidades y diferencias entre los discursos y, finalmente, volcar todo ello en este informe.

Descripción de la muestra cualitativa

Para que la aproximación cualitativa pudiera representar la diversidad de perspectivas y sentires se hizo **una selección de la muestra intencional, teniendo en cuenta criterios sociodemográficos así como criterios de respuesta al cuestionario**. En relación con estos últimos criterios, se tuvo especialmente en cuenta; su satisfacción, si habían hecho reclamación, si habían incluido informes, si era una revisión o primera valoración y finalmente, si era la valoración de un menor. De hecho, un elemento central es que, dos de las personas entrevistadas eran madres de menores con discapacidad valorados y por tanto respondían por la experiencia compartida y no como únicas protagonistas.

Tabla 11. Características de muestra cualitativa de persona entrevistadas

		N	%
Género	Hombres	2	22,2
	Mujeres	7	77,8
Edad	Menores de 18	2	22,2
	18 a 24 años	1	11,1
	25 a 34 años	1	11,1
	35 a 44 años	0	0,0
	45 a 54 años	4	44,4
	55 a 64 años	1	11,1
	Más de 65 años	0	0,0
Tipo de zona	Zona Rural	1	11,1
	Zona Urbana	8	88,9
Tipo de discapacidad	Discapacidad física	3	33,3
	Discapacidad orgánica	1	11,1
	Discapacidad física y orgánica	3	33,3
	Discapacidad "otro"	1	11,1
Origen de la discapacidad	Sobrevenida	7	77,8
	Congénita	2	22,2
Tipo de valoración	Valoración inicial	6	66,7
	Segunda revisión	2	22,2
	Segunda valoración tras revisión	1	11,1



		N	%
Modalidad de valoración	Valoración presencial	6	66,7
	Valoración no presencial	3	33,3
Informes	Informes sanidad pública	9	100
	Informes privados	2	22,2
Comorbilidades	Comorbilidades	9	100
	Sin Comorbilidades	0	0
Tipo de resolución	Definitiva	9	100
	Provisional	0	0
Conformidad con la resolución	Si	3	33,3
	No	6	66,7

El tamaño de muestra permite explorar percepciones y experiencias, pero en ningún caso se quieren generalizar resultados. La muestra cuenta **mayoritariamente con mujeres (77,8%) y residentes en zonas urbanas (88,9%)**. En cuanto a la edad, predominó el grupo de 45 a 54 años (44,4%), seguido por menores de 18 años (22,2%), mientras que los demás rangos presentaron porcentajes reducidos.

Respecto al tipo de discapacidad, se observó una distribución equilibrada entre discapacidad física (33,3%) y combinada física y orgánica (33,3%), con menor presencia de discapacidad orgánica (11,1%) y otras (11,1%). La mayoría de las discapacidades fueron sobrevenidas (77,8%) y se encontraban en su primera valoración (66,7%), realizada principalmente de forma presencial (66,7%).

Todos los casos contaban con informes de sanidad pública y presentaban comorbilidades (100%). Las resoluciones fueron definitivas en la totalidad de los casos, y **dos tercios de las personas (66,7%) manifestaron disconformidad con la resolución**.

En síntesis, la composición de la muestra refleja una diversidad limitada en términos de género, edad y tipo de discapacidad, con predominio de mujeres adultas en entornos urbanos y casos sobrevenidos. La presencia de más mujeres se corresponde con la distribución por sexo de personas con discapacidad en España según datos de 2020 que indicaban (58,6% de mujeres frente a 41,4% de hombres) aunque en la muestra sea algo más marcada la diferencia.

La presencia universal de comorbilidades y la dependencia de informes de sanidad pública evidencian la complejidad clínica y administrativa de los procesos evaluados. Si bien todas las resoluciones fueron definitivas, la elevada proporción de disconformidad (66,7%) sugiere la necesidad de revisar los procedimientos y garantizar una mayor transparencia y adecuación a las expectativas de las personas evaluadas.



Las principales características de la muestra por cada caso se detallan en el siguiente cuadro:

Tabla 12. Tipología de muestra por caso

Caso	Sexo	Edad	CC.AA	Patología principal	Año del diagnóstico	Tipo	Otro	Discapacidad
1	Mujer	45 a 54	Andalucía	Trasplante y cambio de válvula aórtica y mitral en el corazón	1991	Orgánica	-	Sobrevenida
2	Mujer	55 a 64	Cantabria	ARTROSIS	2020	Física	-	Sobrevenida
3	Mujer	45 a 54	Extremadura	Artritis Reumatoide	2011	Física	-	Sobrevenida
4	Mujer	18 a 24	Cataluña	Disautonomía de Riley-Day (uso silla de ruedas). Autismo y TOC entre otras	2021	Física y Otro	Problemas de interacción social	Congénita
5	Mujer	45 a 54	Cantabria	Fibromialgia	2016	Otro	Dolor generalizado, fatiga crónica	Sobrevenida
6	Hombre	45 a 54	Madrid	Esclerosis Múltiple	2010	Física	-	Sobrevenida
7	Hombre	25 a 34	Valencia	Anemia de Fanconi	1999	Física y Orgánica	-	Congénita
8	Mujer	7 a 12	Castilla	Leucemia	2020	Física y Otro	Leucemia	Sobrevenida
9	Mujer	4 a 6	Madrid	Síndrome de Denys Drash. Tumor de Wilms bilateral	-	Física y Orgánica	-	Sobrevenida

3.3 Grupo de discusión con profesionales

Se realizó un grupo de discusión para profundizar en la aplicación del Nuevo Baremo y cómo opera el mismo desde diferentes puntos de vista del ámbito profesional. En este caso, el objetivo del grupo fue **conocer la perspectiva de diferentes profesionales valoradores** en distintos puntos de España para lo cual se contactó con diferentes centros de valoración y, aunque no fue sencilla la participación, se consiguió contar con 6 profesionales de diferentes áreas. El grupo tuvo lugar en octubre de 2025 y se realizó de manera online para facilitar la participación de todas las personas.

Se diseñó un guion que recogiera dudas, inquietudes y, en general, temáticas que sirvieran para complementar o explicar la perspectiva de las personas valoradas. Esto significa que **la estructura del guion también seguía las fases de la valoración** dentro de cada cual se formularon una serie de preguntas que invitasen al debate y la conversación. El guion de preguntas que orientó el grupo también fue validado por el Grupo de Trabajo Asociativo de COCEMFE y se incluye en el Anexo 4.



El grupo de discusión fue **grabado y posteriormente transcrito** para analizar su contenido en profundidad. La sistematización y codificación temática también se realizó con el software Atlas.ti. Al igual que las entrevistas, la grabación y transcripción del grupo, así como un resumen de este se pusieron a disposición de COCEMFE.

Descripción de la muestra cualitativa

La construcción de la muestra cualitativa para el grupo fue más compleja debido a la baja participación de los profesionales valoradores.

Tabla 13. Tabla resumen de perfil de participantes grupo de discusión

Género	Localidad y CCAA	Perfil
Mujer	Asturias	Dirección de centro
Mujer	Castelló de la Plana	Trabajadora social
Mujer	Asturias	Médico
Mujer	Navarra	Terapeuta ocupacional
Mujer	Asturias	Trabajadora social

La principal limitación de esta muestra es la presencia exclusiva de mujeres y la sobrerrepresentación del territorio de Asturias. En el grupo participaron **5 mujeres pertenecientes a servicios de valoración** de diferentes partes de España con perfiles profesionales diversos entre los que se contó con una directora de un centro de valoración que pudiera aportar el punto de vista de la gestión. Un valor añadido del grupo fue que contó con una de las personas profesionales que participaron de la elaboración del Nuevo Baremo de Valoración, por lo que pudo aportar información muy relevante desde el punto de vista de su aplicación, sus barreras y sus beneficios.

4

Análisis temático





Antes de entrar al análisis de la información es importante definir cómo es el proceso de valoración y las diferentes fases que lo conforman. El paso previo a la solicitud, que sería la primera fase es la información previa (formal o informal) y/o una derivación a los centros base de valoración de la discapacidad.

Todos los centros de valoración son públicos y dependientes de las Comunidades Autónomas, excepto los de Ceuta y Melilla que siguen siendo competencia del IMSERSO. Estos actúan como referentes territoriales para personas con discapacidad y sus familias, y están conformados por Equipos de Valoración y Orientación (EVO). Las funciones principales de estos centros se pueden resumir de la siguiente forma:

- Valoración y calificación del grado de discapacidad (tipo y porcentaje).
- Revisión del grado por agravamiento, mejoría o error.
- Determinación de dificultades de movilidad para transporte público.
- Emisión de informes y dictámenes para:
 - Acceso a pensiones y prestaciones (invalidez, subsidios, ayudas técnicas).
 - Tarjeta de aparcamiento para personas con movilidad reducida.
 - Adaptación de pruebas selectivas y empleo público.
- Orientación profesional y social: información sobre recursos, prestaciones y servicios.
- Intervención terapéutica ambulatoria en algunos casos (rehabilitación, apoyo psicológico).

Puede darse el caso de que los centros para adultos y menores sean diferentes, como es el caso de la CAM que cuenta con el CRECOVI, que está especializado en valorar a menores. Y hay comunidades que no cuentan con centros diferentes, pero sí con equipos especializados. Según la normativa, no es obligatorio que haya centros separados, pero sí se debe garantizar la atención especializada para menores.

La primera **fase de solicitud** comprende la presentación de la petición de valoración ante la Administración competente, incluyendo la entrega de los informes clínicos y sociales que documentan la condición de salud de la persona y las limitaciones en la participación

La **segunda fase, de valoración**, consiste en la evaluación realizada por un equipo profesional, que aplica los distintos baremos para determinar el grado de discapacidad, considerando tanto las deficiencias y limitaciones de la persona como las barreras ambientales que puedan afectar su participación. La valoración puede ser presencial o no presencial, cuando es presencial sucede en un centro base de valoración e implica actividades de diferentes profesionales, y cuando no es presencial hay 3 modalidades:

Telefónica: se utiliza habitualmente para completar datos o realizar entrevistas cuando no es posible conectarse por vídeo, siempre que se pueda garantizar la identidad del interesado.

Telemática: La valoración se realizará mediante videoconferencia u otros sistemas de comunicación audiovisual que permitan la interacción en tiempo real.



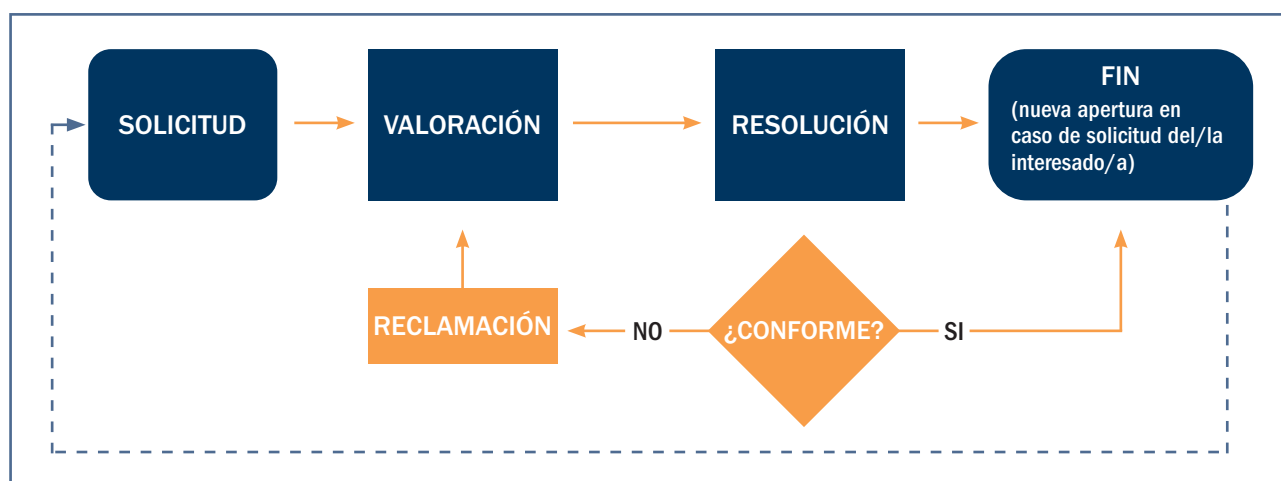
Resolución por presentación de informe facultativo: Esta modalidad permite el dictamen sin presencia física ni conexión en directo, pues se apoya exclusivamente en la documentación médica y psicológica aportada (informes públicos de salud, servicios sociales o educación).

El marco normativo incluye los baremos técnicos que permiten hacer una valoración integral:

- Baremo de evaluación de las funciones y estructuras corporales / Deficiencia Global de la Persona (BDGP) - Anexo III.
- Baremo de evaluación de las capacidades / Limitaciones en la Actividad (BLA) - Anexo IV.
- Baremo de evaluación del desempeño / Restricciones en la Participación (BRP) - Anexo V.
- Baremo de evaluación de los factores contextuales / Barreras Ambientales (BFCA) - Anexo VI.

La **tercera fase es la resolución**, e implica la emisión del dictamen oficial, donde se reconoce el grado de discapacidad, se detallan los baremos utilizados y se establecen posibles revisiones futuras. En los casos en que existe conformidad con la resolución, se da fin al proceso, mientras que en los casos en que no hay conformidad, se pasa a la **cuarta fase, de reclamación**. Esta permite a las personas no conformes presentar alegaciones para revisar y corregir posibles errores o irregularidades en la valoración. Cada fase constituye un eslabón del proceso global, combinando criterios técnicos con la percepción de las personas evaluadas.

Ilustración 1. Fases del proceso de valoración



En caso de que la resolución sea definitiva las personas interesadas que quieran volver a valorarse solo podrán hacerlo pasados dos años. Y en el caso de que la valoración no sea definitiva la propia resolución incluirá el periodo para la revisión del grado y, por tanto, la nueva valoración. La administración competente tiene la obligación de dictar resolución expresa y notificarla en un plazo **máximo de 6 meses** desde la fecha de entrada de la solicitud en el registro.

El Real Decreto establece unas **fases administrativas** que se asemejan a las fases experimentadas por las personas con discapacidad. Primero está la **evaluación y calificación** realizada por el equipo multidisciplinar que, una vez realizada la valoración, emite una **propuesta de dictamen** que contiene, el grado de discapacidad, las puntuaciones de los baremos, los códigos del diagnóstico y, en su caso,

la necesidad de concurso de otra persona o dificultades de movilidad. Después, la administración competente debe dictar la **resolución expresa** en un plazo máximo de seis meses desde la solicitud de la persona interesada.

A continuación, se exponen los principales resultados del estudio articulados a partir de ejes temáticos vinculados con aspectos centrales en la aplicación del Nuevo Baremo de la discapacidad. La selección de estas temáticas se ha hecho a partir de un **proceso metodológico inductivo** que ha permitido ir identificando los temas emergentes para construir este informe fundamentado en la evidencia de las narrativas y los datos recogidos durante el proceso.

A lo largo del informe se pondrá de relieve la importancia de aproximarse al proceso de valoración y reconocimiento de la discapacidad desde un enfoque de derechos. Este marco articula como punto de partida la garantía de los derechos fundamentales y reconoce la importancia de respetar y orientar las políticas públicas de acuerdo con los derechos humanos, tal y como consagra la Convención Internacional sobre los derechos de las personas con discapacidad de la ONU (2006), la Ley General de Derechos de las Personas con Discapacidad y de su Inclusión Social (2013) o la Ley 3/2024 de Discapacidad.

4.1 Alcance de la valoración de la discapacidad

En este capítulo se va a analizar el alcance de la valoración de la discapacidad entendido como un proceso formalizado que cuenta con una cobertura poblacional concreta que delimita las fronteras de quienes logran acceder al proceso y reconocer su discapacidad de manera oficial. De acuerdo con la encuesta EDAD del año 2020 (INE, 2020), **en torno al 50,7% de las personas con discapacidad no disponían del certificado oficial**. Esto implica que existe un gran volumen de población que tiene discapacidad, pero no la tiene reconocida, y por tanto no ha pasado el proceso de solicitud o se la han denegado. Esto indicaría un alcance limitado del procedimiento de valoración de la discapacidad.

Gráfico 2. Porcentaje de personas con discapacidad según si tienen o no certificado de discapacidad, EDAD, 2023

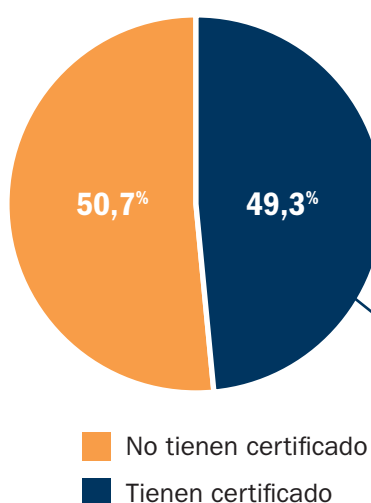
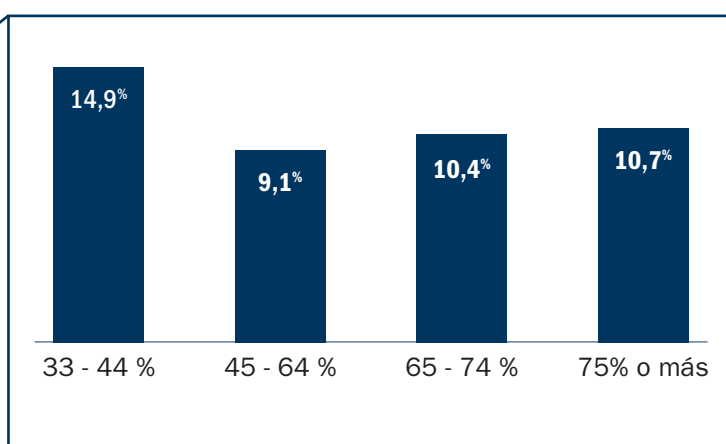


Gráfico 3. Porcentaje de personas con discapacidad según el grado de discapacidad, EDAD, 2023





Por otro lado, la distribución de la población según su grado de discapacidad muestra que el **14,9%** posee un certificado de entre el **33% y el 44%**; un **9,1%** se sitúa en el tramo del **45% al 64%**; el **10,4%** cuenta con un grado del **65% al 74%**, mientras que un **10,7%** presenta una discapacidad **igual o superior al 75%**.

Es fundamental distinguir esta condición de la **situación de dependencia**: mientras que el certificado de discapacidad valora las deficiencias y limitaciones en la actividad de forma global, la dependencia evalúa específicamente la necesidad de ayuda de otra persona para realizar actividades básicas de la vida diaria. Pese a estas valoraciones, destaca que el **75,1%** de las personas con discapacidad física y orgánica no tiene ninguna situación de dependencia reconocida.

Uno de los aspectos que impacta más directamente en el alcance de este procedimiento es la **falta de información**, así como la complejidad del propio procedimiento que, en ambos casos, desincentivan la solicitud de la valoración de la discapacidad.

No tenía ningún conocimiento. Me fui enterando poco a poco me fui informando, pero yo no... Cuando yo empecé no tenía ningún conocimiento". (Caso 1. Mujer, 45-54 años)

Concretamente, el fenómeno de **non take-up o no aprovechamiento (Ubrich, 2023)** hace referencia a las personas que, cumpliendo los requisitos para acceder a una prestación, beneficio o servicio público, no lo hacen.

El **non take-up** puede afectar en dos niveles, primero a las personas que no se valoran por **falta de conocimiento** sobre los beneficios y prestaciones asociados o sobre el propio procedimiento, y segundo para las personas que sí lo conocen, puede estar motivado por la **complejidad administrativa** del proceso. Este fenómeno da cuenta de la brecha que hay entre los derechos en la teoría y los derechos en la práctica, como consecuencia de diferentes barreras (desconocimiento, complejidad, barreras administrativas, etc.). En conclusión, el desaprovechamiento o **non take-up** en materia de discapacidad sugiere un alcance limitado de la cobertura de las políticas sociales dirigidas a personas con discapacidad.

"Bueno, entonces antes de esto no conocía los beneficios ni los derechos que tenía el reconocimiento de la discapacidad. Exacto. No, no tenía. Lo único que sí me dijeron fue que, eh. Digamos que podría optar por lo de lo de cómo fue que me dijeron lo de...cómo se llama esto de aparcamiento...". (Caso 8. Mujer, madre de menor con discapacidad (1))

El alcance está condicionado por la información disponible con la que cuenta la ciudadanía y en las entrevistas telefónicas se observó la **dificultad de algunas personas para contactar con profesionales de los centros de valoración** y recibir información sobre el procedimiento. La imposibilidad de contactar por teléfono y hablar con algún profesional del centro hace que muchas personas se sientan perdidas en esa primera fase antes de la solicitud.



“Es un imposible porque a nivel telefónico es imposible poder hablar. No cogen nunca jamás nadie el teléfono. Entonces, bueno, sí que es verdad que ahora a nivel digital, pidiendo la cita, sí que fue más ágil el trámite”. (Caso 9. Mujer, madre de menor con discapacidad (2))

En principio, cada centro cuenta con personal disponible para brindar esa información, y así lo indicaron en el grupo de discusión, pero a la hora de preguntar a las personas con discapacidad o sus familias, se identifican barreras en el acceso efectivo a esos puntos de información presencial o telefónicos para obtener información sobre el proceso general. Pero, en cualquier caso, las administraciones deben preocuparse por respetar el derecho a comprender³ de los ciudadanos y **avanzar hacia trámites administrativos accesibles para todas las personas**. El derecho a comprender significa que la información sea accesible y esté en un lenguaje comprensible para el conjunto de los ciudadanos. En definitiva, la claridad y accesibilidad de la información son barreras de entrada al disfrute de los derechos.

Frente a esta situación emerge la **importancia de las entidades sociales especializadas** que acompañan, informan y facilitan este procedimiento para muchas personas con discapacidad. Aunque no todas las personas que inician el proceso de valoración están vinculadas con una asociación, aquellas que sí lo están destacan por haber iniciado el procedimiento mejor informadas.

Yo también hice alguna consulta telefónica con COCEMFE. Hay dos trabajadoras sociales, una de ellas se dedica a lo que son los usuarios y usuarias y otra más bien se dedica a entidades. Y sí, me dijeron que bueno, que la opción que me habían dicho en el centro de salud que era la correcta, que como ya estaba todo muy universalizado, muy sencillo, que directamente lo podía tramitar yo y que era mucho más rápido que si me lo tramitaba por ejemplo la trabajadora social del centro de salud o el trabajador social de COCEMFE”. (Caso 2. Mujer, 55 a 64 años)

Aunque brindar **información** es la actividad más notable, estas entidades ofrecen otro tipo de apoyos que pueden ser útiles en situaciones de vulnerabilidad en las que se puedan encontrar las personas con discapacidad.

“Muchísimo, porque cuando yo era pequeño, yo estuve ingresado durante un par de años en el hospital y a mí me han ayudado. También tenían profesores que venían a mi casa y al hospital (...) Pero mis padres... también nos han ayudado económicamente. Han sido muchas cosas, la verdad, la que nos han ayudado”. (Caso 7. Hombre, 25 a 34 años)

³ Costas, E., Ferrer, C., y Ponce, J. (2022). Informe: El impacto de los trámites administrativos en el acceso a las prestaciones sociales. Una perspectiva conductual. KSNET. https://www.ksnet.eu/wp-content/uploads/2022/05/Informe_Impacto-tramites-administrativos_ESP.pdf



Las profesionales consultadas identifican **dos tipologías de personas** que acuden a la valoración, por un lado, aquellas que acuden desde servicios sociales y que han recibido una orientación previa sobre el proceso de valoración, y aquellas que no cuentan con nada de información ni del proceso ni de los beneficios asociados al reconocimiento de la discapacidad, que en muchas ocasiones acuden desde la seguridad social. Además, reconocen que ese trabajo de información previa condiciona las formas en las que posteriormente se va a transitar por las distintas fases de la valoración de la discapacidad, por lo que hay que atender y cuidar esas primeras derivaciones desde otros servicios.

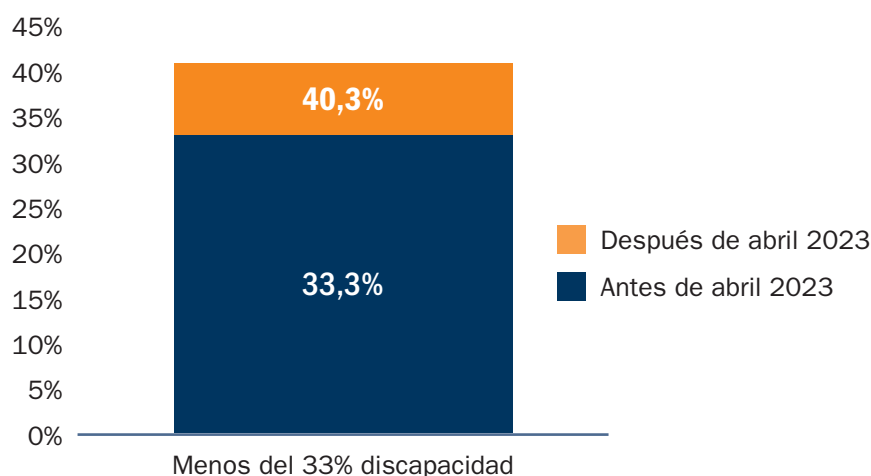
Un aspecto central en el análisis del alcance es la cuestión sobre cómo impacta el Nuevo Baremo en los grados de discapacidad. Con la implantación del Nuevo Baremo han surgido algunos testimonios, de personas con discapacidad que señalan que con la nueva valoración les **ha bajado el grado de discapacidad**.

“Lo que no puede ser, por ejemplo, es que yo antes de operarme tuviese un 45%. Luego, después de tener que operarme un 69% y después un 33%”. (Caso 7. Hombre 25 a 34 años)

La doctora que nos que nos valoró no tuvo en cuenta nada más, que ya no tenía cáncer, no, no quisieron investigar más allá y le bajaron incluso el grado de discapacidad”. Caso 9. Mujer, madre de menor con discapacidad (2)

Esta irregularidad ha sido corroborada por algunos profesionales consultados y por los datos de la encuesta realizada en el marco de este proyecto. El **grado de discapacidad reconocido tiende a ser más bajo con el Nuevo Baremo**. La media desciende de 41,9% a 39,2%, y el porcentaje de personas con valoraciones inferiores al 33% aumenta del 33% al 40%. Esta tendencia, aunque estadísticamente significativa, es de magnitud pequeña, pero podría tener implicaciones relevantes en el acceso a derechos.

Gráfico 4. Porcentaje de personas valoradas por debajo del 33%, 2025





Algunos profesionales identifican estas situaciones como algo anecdótico y poco significativo dentro del gran volumen de valoraciones que se realizan al año. En cambio, el grupo de discusión permitió explorar posibles motivos por los que esto podría estar sucediendo. El conocimiento técnico de los profesionales sobre el Nuevo Baremo identifica que, por ejemplo, las **valoraciones de plurideficiencias podrían haberse visto afectadas** debido a que antiguamente había una sobrevaloración de estos casos debido al propio mecanismo de combinación de patologías que se usaba.

“Las plurideficiencias, las combinaciones por tablas que se hacían antes, (...) era meter las tablas de deficiencias y se hacían combinaciones. Y había unas combinaciones y te decía ocho por la hernia discal, diez por el oído derecho, 20 por la deficiencia visual de un ojo y no se sumaba, se combinaba y en esas combinaciones salían 75 % y 65%. Pero la realidad es que la gravedad de las deficiencias era leve o moderada. Si uno de los ajustes que ha hecho el Nuevo Baremo es ese (...) Entonces pueden ser casos de ajuste, pero la realidad es que no era justo que valoráramos daño corporal porque valoramos la limitación para realizar las actividades de la vida diaria en base a unas deficiencias de salud establecidas. Y hay que valorar la gravedad de cómo esas deficiencias te limitan para la vida diaria”. (Terapeuta Ocupacional, Grupo de discusión profesionales)

En última instancia, la implementación del Nuevo Baremo responde a la necesidad de armonizar nuestro sistema con los estándares internacionales y los paradigmas más avanzados en materia de derechos humanos. Este tránsito desde un modelo predominantemente clínico hacia un enfoque **biopsicosocial** implica que la discapacidad ya no se evalúa como una condición de salud aislada, sino como un fenómeno complejo influido por el entorno y las barreras de participación. Si bien esta transición busca una mayor precisión y justicia en la valoración, es posible que la nueva ponderación de los factores contextuales y los apoyos tecnológicos actuales derive en una **reconfiguración de los porcentajes** en casos específicos. En determinados supuestos, esta reconfiguración puede traducirse en una reducción del grado de discapacidad reconocido, lo que subraya la importancia de analizar sus efectos reales sobre el acceso a derechos, prestaciones y apoyos, desde una perspectiva de equidad y garantía de derechos.

Otra circunstancia que puede estar detrás de bajar el grado es que se hayan producido **cambios sustanciales en el transcurso de su patología** y eso haga que el nuevo grado sea menor. Además, la afectación de las patologías es cambiante debido a los avances médicos que deben integrarse en los baremos de valoración.

*“Si no ha habido cambios sustanciales que lo justifiquen, porque ya os digo, si una hepatitis C fue valorada en el 2000, se le dio un 33 o lo que saliera y ahora ha salido un tratamiento médico que la cura y está curado y las pruebas médicas objetivas dicen está curado, sí que puedes bajarle”.
Terapeuta ocupacional, Grupo de discusión profesionales*

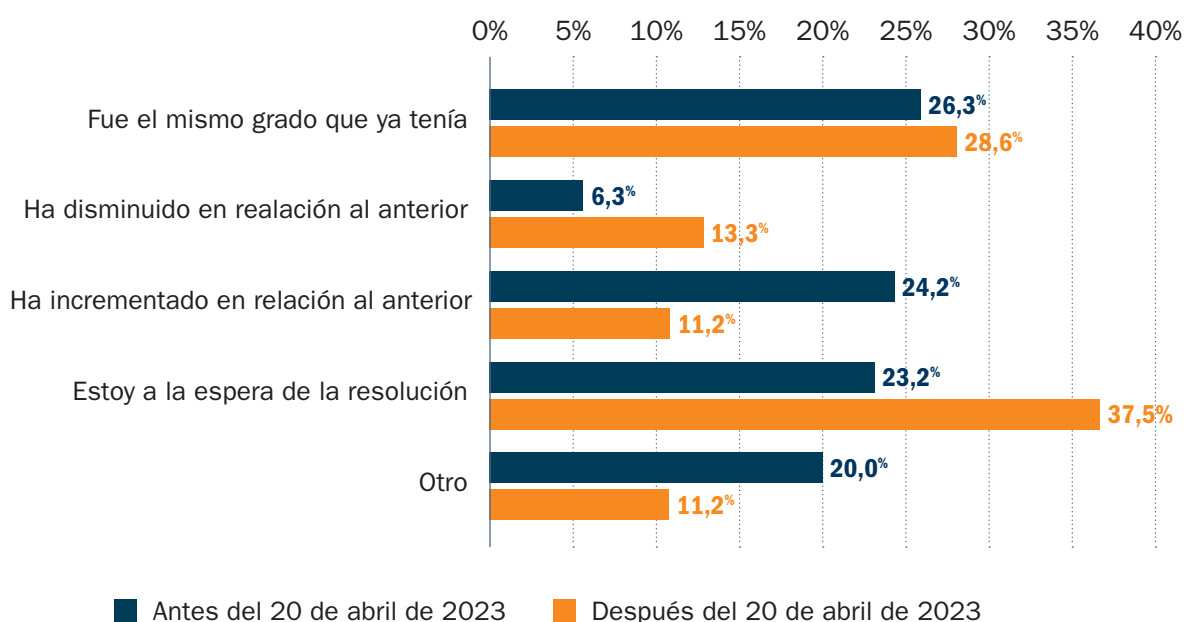
En cualquier caso, la implantación de un **nuevo marco jurídico no puede lesionar los derechos adquiridos antes de su implantación**, por lo que, si se emite una valoración menor, y era una resolución definitiva en



revisión, es necesario mantener el grado anterior. Este marco jurídico sólo se aplica a las valoraciones antiguas que se revisan el grado de manera voluntaria, y no aplica a las personas que, teniéndose que valorar de nuevo la discapacidad, obtienen un grado inferior.

Donde si se observan diferencias significativas es en el porcentaje de personas cuya reclamación resultó en una disminución del grado previamente reconocido, el cual incrementa después del 20 de abril de 2023 (del 6% al 13%). En contraste, **disminuyen significativamente los casos en los que la reclamación llevó a un incremento del grado** (13 puntos porcentuales). Estos datos sugieren que, tras la entrada en vigor del Nuevo Baremo, las reclamaciones parecieran tener menos probabilidades de resultar en una mejora del reconocimiento y más posibilidades de quedar sin resolver o incluso empeorar la situación inicial.

Gráfico 5. Resultado de la nueva valoración tras reclamación según fecha de valoración, 2025



Nota: porcentaje válido para las personas que han realizado alegaciones, n = 193.

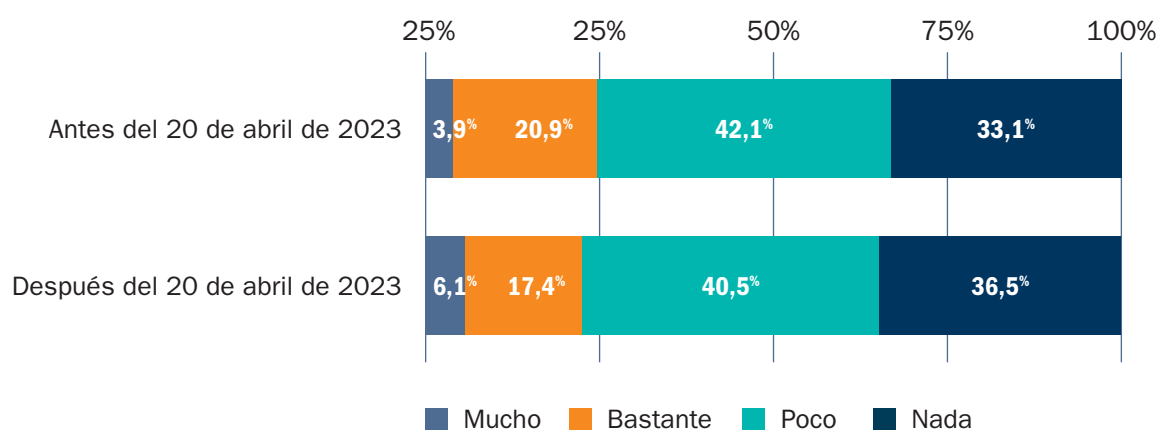
Desde el punto de vista del alcance cabe preguntarse cómo puede afectar estas modificaciones que, aunque pertinentes, podrían limitar el alcance y cobertura del reconocimiento de la discapacidad. En este sentido, debe existir transparencia y claridad respecto a los posibles ajustes del baremo y sus repercusiones en el grado de discapacidad para una mejor comprensión y disposición de las personas afectadas.

Según el RD 888/2022, las **comorbilidades** deben ser consideradas siguiendo un procedimiento concreto que pasa por diferentes fases: primero se hace una evaluación independiente de cada una de las deficiencias, de lo que se obtiene un Grado de Deficiencia Parcial (GDP); segundo, se convierten esos GDP para obtener la Deficiencia Global de la Persona (DGP); y por último, se combinan los valores obtenidos de GDP de acuerdo con las tablas de valores combinados para dar como resultado el Grado de Deficiencia Global de la Persona (GDGP). Además, existen reglas específicas para la evaluación de las deficiencias cuando concurren diferentes condiciones concretas (aparato locomotor, sistema cardiovascular, etc.).

En el cuestionario que se desarrolló para este estudio se identificó que el **70% de las personas con discapacidad física y orgánica declaró tener enfermedades o trastornos adicionales a la condición principal por la que se solicita la valoración**. Estas condiciones adicionales son comorbilidades, y su presencia ha aumentado entre las personas valoradas antes del Nuevo Baremo (68%) y después (73%).

Al preguntar a estas personas por la consideración que se ha tenido de sus comorbilidades en la valoración de la discapacidad se observa que **7 de cada 10 personas considera que no se han tenido en cuenta** (75% quienes fueron valorados con el anterior baremo y 77% con el nuevo). Esto indica cierto aumento en el porcentaje de personas con comorbilidades a las que, según su opinión, no se les considera de cara a la valoración.

Gráfico 6. ¿Consideras que se han tenido en cuenta las múltiples enfermedades o trastornos durante el proceso de valoración? Cuestionario 2025



Nota: porcentaje válido para casos con comorbilidad antes del Nuevo Baremo (n=359) y después del Nuevo Baremo (n=264).

De nuevo, se debe replantear cómo puede afectar la falta de consideración de las comorbilidades en el alcance de la valoración de la discapacidad. De hecho, en las entrevistas se ahondó en esta cuestión y algunas personas expresaron su malestar con la situación. Lo más significativo de los testimonios es la falta de concreción sobre qué se ha tenido en cuenta y cómo se han valorado las comorbilidades que declaran. De nuevo **el proceso no parece ser transparente y claro** para las personas que lo atraviesan, lo que puede generar confusión e insatisfacción.

Por ejemplo, una persona que se le pregunta sobre la consideración de las comorbilidades en su valoración responde que no recuerda estas preguntas. O la madre de un menor que se ha valorado declara que no se tuvieron en cuenta las comorbilidades de su hijo, pero tampoco sabe determinar exactamente por qué no o qué aspectos se consideraron y que otros no. Esta indeterminación con respecto a la valoración se observa en la mayoría de las entrevistas al preguntar por cuestiones más concretas de la cita.

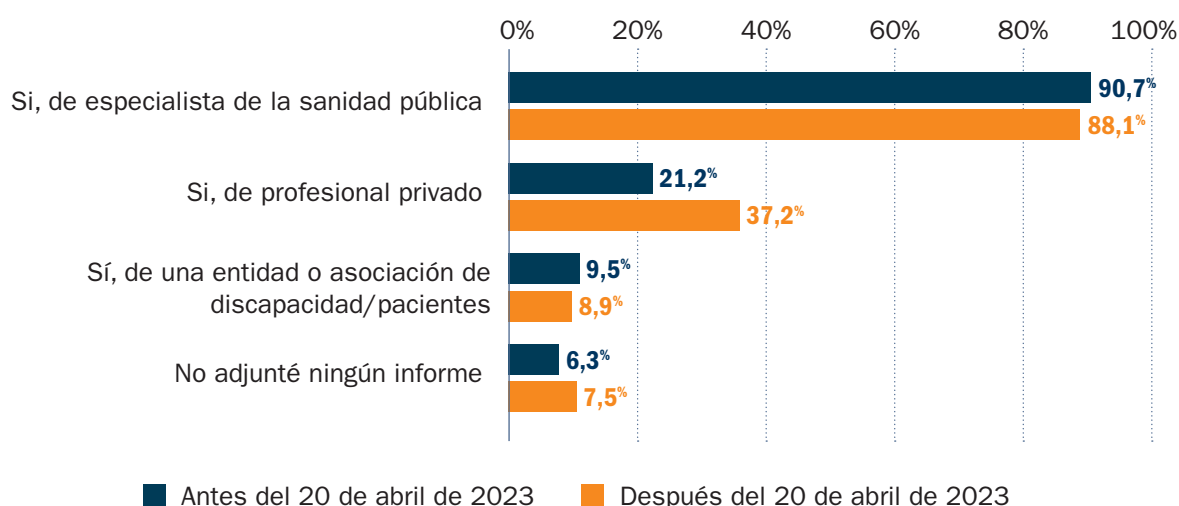
Otro aspecto clave en la valoración es la presentación de **informes** de profesionales públicos o privados. En el RD 888/2022 se establece “la evaluación de las deficiencias se fundamentará, siempre que sea posible, en la evidencia de los hallazgos clínicos específicos asociados a los diagnósticos de las enfermedades, lesiones o trastornos que conforman la condición de salud, y en concreto: en la historia clínica (HC), la exploración clínica (EC) y las pruebas complementarias (PC). Se requiere que estos hallazgos estén documentados y fundamentados mediante los informes clínicos correspondientes”.



Según el cuestionario de 2025, la aportación de informes de especialistas de la sanidad pública sigue siendo mayoritaria, aunque con una ligera disminución: del 91% antes del 20 de abril de 2023 al 88% después. En cambio, se observa un aumento significativo en la presentación de informes de profesionales privados, que pasa del 21% entre quienes se valoraron con el baremo anterior al 37% de las personas valoradas con el Nuevo Baremo. Lo anterior podría reflejar la saturación de los servicios de salud públicos y la necesidad de acudir a profesionales privados para que les evalúen y les hagan informes que puedan complementar su información clínica.

La aportación de informes de entidades o asociaciones de discapacidad/pacientes se mantiene estable (9,5% antes y 9% después), mientras que el porcentaje de personas que no adjuntaron ningún informe también crece ligeramente, del 6% al 7%.

Gráfico 7. Para la valoración ¿adjuntaste algún tipo de informe? Porcentaje de personas según fecha de valoración. Cuestionario 2025



Nota: porcentaje válido para personas valoradas antes del Nuevo Baremo (n=528) y después del Nuevo Baremo (n=360).

Es significativo el aumento del porcentaje de personas que no aporta ningún informe, dada la relevancia que esto tiene en la valoración. Esto puede indicar falta de información de personas que no han sido orientadas sobre el proceso o que no se les ha explicado que la relevancia de aportar informes clínicos y las pruebas objetivas. De hecho, en las entrevistas se hizo evidente el desconocimiento que algunas personas tenían sobre los informes incluso en la propia cita de valoración:

“No, si no estaba en el informe de la médica de cabecera, no se podía valorar. Todo lo que no estuviese (...) Lo que ellos admitían solamente era la información de la médica de cabecera. Todo lo que llevase esa parte no lo admitían. Solo lo de la pública y que llevas a cabo el informe es un informe muy largo que hace la propia médica de cabecera. Es lo único que admitían. (Caso 2. Mujer, 45 a 54 años).



Un aspecto que fue criticado respecto a los informes es que hubo personas que se quejaron de que el **tiempo de espera tan dilatado podía repercutir en posibles cambios del estado de salud**, que no podían ser contrastados porque los informes presentados no estaban actualizados y podían ser de hacía más de un año.

“que te informen que durante ese tiempo que vas a estar esperando vayas aportando...Si la situación cambia, que añada al expediente los últimos informes, porque claro, uno piensa que con los que ha presentado es suficiente”. (Caso 5. Mujer, 45 a 54 años)

Se observa una diferencia significativa según la fecha de valoración en la percepción sobre si los informes aportados fueron considerados adecuadamente por los y las profesionales encargados de la evaluación. **Casi la mitad de las personas valoradas con el Nuevo Baremo (47%) tiene la sensación de que sus informes no fueron tenidos en cuenta**, lo que representa una diferencia de 9 puntos porcentuales respecto al grupo valorado antes del 20 de abril de 2023.

Las entrevistas con personas valoradas permitieron advertir de ciertos problemas en la presentación de informes que podían estar vinculados al tipo de discapacidad o de comorbilidad, que es un aspecto que se tratará más adelante y que tiene que ver con la observabilidad de la patología, y con el conflicto entre la objetividad y subjetividad de los síntomas.

“El del reumatólogo sí, porque es el único así objetivo. Porque...bueno, porque tiene unas analíticas y unas radiografías. Pero bueno, en el caso de salud mental no, y en el caso del médico de cabecera con las bajas. O sea, solamente han tenido en cuenta eh, de diagnóstico se dice, o sea, eh, radiografías y en las que se diga pues esto está bien o mal y nada más”. Caso 5. Mujer, 45 a 54 años

Esto podría estar incidiendo en una **limitación de la cobertura de la discapacidad en casos donde esta aparece asociada a problemas de salud mental** o problemas en las interacciones sociales. Aunque la mayoría de los informes son médicos, también hay quienes adjuntaron informes de psicólogos o trabajadores sociales, pero tampoco fueron tenidos en cuenta.

“Juntamos toda la documentación de sus oncólogas, de su terapeuta, de su psicóloga, de su fisioterapeuta, de su podóloga, todo, (...) ni se molestó en leerlo”. Caso 9. Mujer, madre de menor con discapacidad (2)



BUENA PRÁCTICA

En Navarra a todas las personas que ya tienen reconocida la dependencia se les conceden automáticamente los **beneficios fiscales** oportunos, con independencia de que tengan valorada o no la discapacidad. Esto de nuevo repercute en los tiempos de espera al generar procesos más eficientes por despejar de las listas a todas aquellas personas que normalmente solicitan por este motivo concreto.

Esta práctica es posible debido a que esta comunidad tiene un régimen de hacienda propio. Hace ya un tiempo se llegó a un acuerdo entre la hacienda foral y el departamento de derechos sociales para que existiera esa automatización que repercutía positivamente en las personas con discapacidad y en el proceso de solicitud de la discapacidad.

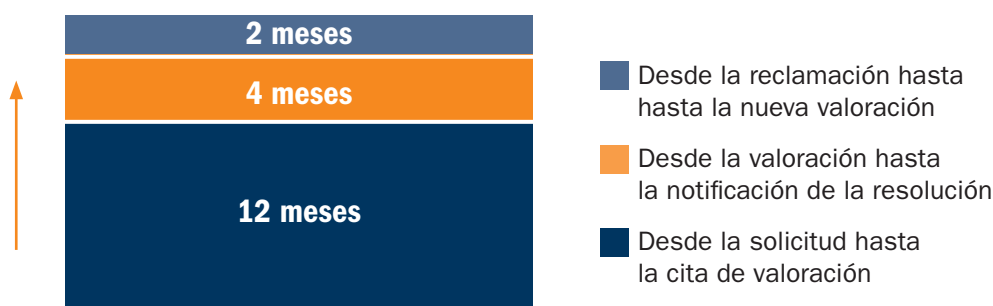
4.2 Tiempos de espera

El marco jurídico español establece que el plazo máximo para emitir una resolución desde el momento de la solicitud es de **6 meses**, pero la realidad dista mucho de lo establecido normativamente. De hecho, los tiempos de espera son uno de los grandes problemas de los servicios públicos en España y, concretamente en el caso de la valoración de la discapacidad, es una barrera clave en las limitaciones del alcance y del disfrute de los derechos de las personas con discapacidad. Los tiempos de espera dilatados forman parte de ese conjunto de factores desincentivadores para el reconocimiento oficial de la discapacidad que ya se han mencionado más arriba.

De acuerdo con los datos de la encuesta realizada en el marco de este proyecto en 2025, se ha observado una mejora general en los tiempos de espera respecto al informe de 2024 -con un aumento del 24% al 35% en las citas obtenidas antes de seis meses- pero **las personas valoradas con el Nuevo Baremo tienden a esperar más tiempo**: el 48% reporta demoras superiores a un año.

De acuerdo con el cuestionario realizado y tomando en cuenta todos los tiempos de espera del proceso de valoración, desde la solicitud de cita hasta la obtención de una nueva valoración luego de la reclamación, encontramos que, mientras que **la espera para la cita se acerca al año (media=3,36)**, **la resolución tarda en promedio cerca de 4 meses (media=1,79)**. Es decir, **el proceso de valoración tiene una duración de 16 meses**. Tras una reclamación, el proceso se resuelve en poco más de 2 meses en promedio, dando lugar a una duración total de 1 año y 6 meses.

Gráfico 8. Tiempos de espera (en meses) del proceso de valoración con el Nuevo Baremo Cuestionario 2025.





El IMSERSO⁴ destacó que en 2022 las listas de espera para la valoración de la discapacidad aumentaron con fuerza en casi todas las comunidades, que fue justo el año en el que entró en vigor el Real Decreto 888/2022. En Madrid y Cantabria crecieron por encima del 30%, y en Navarra, Cataluña y Valencia hubo incrementos superiores al 29, 28 y 27%, respectivamente. El propio organismo achaca esta subida a un posible “efecto postpandemia” (reactivación de trámites administrativos, acumulación de solicitudes de ejercicios anteriores, formación de profesionales, más concienciación, etc.).

Durante el 2023, y según datos del IMSERSO las listas de espera volvieron a crecer en muchas comunidades, aunque con menor intensidad. La tendencia cambia en 2024, cuando se aprecia “un claro patrón de caída o estabilización”. Este aumento de las listas de espera durante 2022 y 2023 puede deberse a los efectos de las disrupciones propias de la transformación que implica el Nuevo Baremo para las administraciones y los equipos valoradores.

Según narraron las profesionales que participaron en el grupo de discusión, frente al gran volumen de solicitudes que hay y las largas listas de espera existen ciertos mecanismos para intentar aliviar esta situación. Por un lado, está el **triaje**, que es un procedimiento de clasificación previo a la valoración que puede facilitar enormemente las listas de espera debido a la optimización del trabajo de los distintos profesionales de los centros de valoración.

“Yo creo que por una cosa que yo llamo el arte del triaje, ¿no? El tener profesionales que manejen muy bien los triajes y a partir de ahí pues ver realmente pues qué casos se tienen que citar sí o sí, qué casos se pueden hacer por expedientes sí o sí”. Médico, Grupo de discusión profesionales.

El RD 888/ 2022 establece que, ante casos de naturaleza homogénea el **criterio para la ordenación del caso** es el orden de incoación (fecha de inicio del caso). Sin embargo, se puede acordar un orden diferente siempre que esté motivado y se den ciertas circunstancias: (1) razones humanitarias, (2) especial necesidad social y (3) circunstancias basadas en la severidad de las consecuencias de la deficiencia.

Además de lo formal, los profesionales consultados declararon que la práctica habitual en todos los centros es priorizar también los casos de menores. El RD 888/2022 establece que la prioridad de los menores se establece mediante un sistema de evaluación que considera el concepto de “demora” en el desarrollo y permite un **reconocimiento provisional de la discapacidad (a menudo con un 33%)** para asegurar la provisión temprana de servicios y apoyos necesarios durante su crecimiento, revisando su situación a lo largo de etapas clave de su desarrollo.

Además, el propio decreto establece los criterios para realizar **tramitaciones de urgencia** que son otro instrumento de ordenación de casos, en este caso, según la urgencia. Esto puede hacerse de oficio o por instancia de la persona interesada. Los perfiles prioritarios que aconsejarían una tramitación urgente son los siguientes:

- Las relacionadas con la **salud** □
- La **violencia de género** □
- La **esperanza de vida** □
- Otras de índole **humanitaria** □

⁴ Servimedia. (2023, 14 de diciembre). *Las listas de espera para la valoración de la discapacidad caen*. [Discapnet, Fundación ONCE].



La aplicación de un procedimiento de urgencia supone que los plazos establecidos para la realización de los trámites se pueden reducir a la mitad, y en casos muy urgentes, la resolución puede darse en 3 o 4 días, según lo indicado por profesionales del grupo de discusión. En general, cada comunidad luego organiza los distintos niveles de prioridad de acuerdo con determinados criterios. Por ejemplo, una persona que necesita entrar en una residencia y para ello debe tener la discapacidad cuanto antes.

Después los **criterios de simplificación son otro mecanismo para aliviar listas de espera** que está recogido en el RD y que cuenta con respaldo jurídico. Estos criterios forman parte de la metodología de la valoración y permiten adaptar la complejidad de la evaluación a las necesidades de cada caso, de acuerdo con la Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud (CIF)⁵. Existen por tanto tres niveles de profundización, el nivel básico, nivel medio u ordinario y nivel exhaustivo. En la práctica esto supone que, en ciertos casos, se pueda hacer una versión resumida del proceso en la que se apliquen solamente algunos baremos y que por tanto no tenga que pasar por todos los profesionales.

“Tú metes los tres diagnósticos, haces el plan, sale 20 y tú lanzas el expediente y estás diciendo ‘Sigo el Real Decreto en este punto de simplificación, con más de tres diagnósticos que no son nada, puedo hacer una valoración y no tiene que pasar por tres profesionales ni por cuatro’. Pasa por uno y rápidamente”. (Terapeuta ocupacional, Grupo de discusión profesionales)

En el grupo de discusión con profesionales detectaron una **infrautilización de este recurso debido a falta de conocimiento y falta de seguridad** en el respaldo jurídico del mismo. Esto pone de manifiesto la necesidad de formar a los profesionales en el real decreto y las herramientas que se disponen en el para aliviar la lista de espera.

En el otro lado, también en el grupo con profesionales, se debatió sobre cómo la **modalidad de valoración no presencial** podía estar siendo instrumentalizada para acortar las listas de espera. El debate en el seno del grupo giró en torno al uso indebido de este recurso, sin que esté contemplado de esa forma en el RD y sin que esté asegurado un impacto positivo en la reducción de las listas de espera.

Según datos del cuestionario 2024⁶ y 2025, **el tipo de cita asignada no se distribuye de forma homogénea entre regiones**. Por ejemplo, mientras en Castilla y León más del 95% de las citas fueron presenciales en ambos periodos, en Comunidad Valenciana menos de la mitad fueron presenciales y más del 30% (antes del Nuevo Baremo) y 45% (después) se resolvieron solo mediante informe facultativo. Estos datos sugieren diferencias relevantes en los criterios o prácticas de valoración entre comunidades.

⁵ Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030. (s. f.). Anexo 2: Procedimiento para el reconocimiento, declaración y clasificación del grado de discapacidad adaptado a la CIF-OMS/2001. [d0f8d0a4-e385-1fec-9ded-479e5eaab65d](https://doi.org/10.1016/j.cif.2001.01.001)

⁶ Este cuestionario fue elaborado en el 2024 por COCEMFE y sirvió de base para elaborar una actualización por R2R en el 2025.



Tabla 14. Tipo de modalidad de cita según la CC.AA por fecha de valoración. Cuestionario 2024 y 2025

CCAA	Modalidad de cita	Baremo 1999	Baremo 2022
Madrid (n=365)	Presencial	88,4%	78,6%
	Telemática	2,2%	6,4%
	Telefónica	2,7%	7,9%
	Resolución obtenida solo por presentación de informe facultativo	6,7%	7,1%
Andalucía (n=179)	Presencial	83,5%	75,9%
	Telemática	3,3%	5,2%
	Telefónica	0,8%	1,7%
	Resolución obtenida solo por presentación de informe facultativo	12,4%	17,2%
Galicia (n=163)	Presencial	86,5%	93,2%
	Telemática	1,9%	0,0%
	Telefónica	5,8%	1,7%
	Resolución obtenida solo por presentación de informe facultativo	5,8%	5,1%
Aragón (n=113)	Presencial	94,8%	89,1%
	Telemática	0,0%	5,5%
	Telefónica	0,0%	1,8%
	Resolución obtenida solo por presentación de informe facultativo	5,2%	3,6%
Cataluña (n=115)	Presencial	92,5%	87,5%
	Telemática	3,0%	6,3%
	Telefónica	1,5%	2,1%
	Resolución obtenida solo por presentación de informe facultativo	3,0%	4,2%
Comunidad Valenciana (n=139)	Presencial	61,1%	45,5%
	Telemática	7,4%	9,1%
	Telefónica	1,1%	0,0%
	Resolución obtenida solo por presentación de informe facultativo	30,5%	45,5%
Castilla y León (n=72)	Presencial	100,0%	96,8%
	Telemática	0,0%	0,0%
	Telefónica	0,0%	0,0%
	Resolución obtenida solo por presentación de informe facultativo	0,0%	3,2%



En la anterior tabla están las CCAA con más casos y se aprecia cómo en todos los territorios baja el porcentaje de valoraciones presenciales entre el baremo antiguo y el nuevo a excepción de **Galicia que aumenta su porcentaje de la modalidad presencial**.

El Real Decreto 888/2022⁷ que regula el baremo de valoración de la discapacidad establece **la valoración no presencial como un instrumento relegado a circunstancias especiales de las personas interesadas** (no de las administraciones). En cambio, esta modalidad de valoración se está implementando sistemáticamente en distintos territorios como Valencia o Castellón como un mecanismo para aliviar las listas de espera. Esta circunstancia parte de la premisa de que la valoración no presencial es más rápida que la presencial, algo que se discutió en el grupo con profesionales debido a las distintas opiniones que tenían.

Mientras algunos profesionales aseguran que hay ciertos casos donde la presencialidad no es necesaria porque los informes podrían arrojar suficiente claridad respecto a la valoración, hay otros que reivindican la necesidad de hacer entrevistas presenciales para escuchar y ver a la persona para dotar al proceso de la humanidad que realmente tiene.

Existen algunos casos, como las **personas valoradas por la vía de la dependencia** (otro procedimiento aparte), que ya han sido vistos por profesionales y, por tanto, puede no ser imprescindible que vuelvan a ser valorados desde la discapacidad si cuentan con informes suficientes. Pero este tipo de casos son excepciones y no deberían servir como recurso para transformar el proceso de valoración en un procedimiento meramente administrativo.

Algunas personas con discapacidad **propusieron** que solo se pudiera hacer la valoración por informes cuando la persona interesada se muestre de acuerdo con ello, una vez se le haya explicado el procedimiento

“Entonces, yo estoy de acuerdo también en que hay una parte que se puede usar esa combinación mixta que ahora mismo no es mixta, y digamos que hay un 75% que se está haciendo de forma no presencial y el resto de forma presencial”. (Dirección centro, Grupo de discusión profesionales)

En general, las valoradoras consensuaron que **la presencialidad debería ser la modalidad más habitual**, aunque existan casos concretos en los que una valoración no presencial pueda ser adecuada. Esto coincide con lo expresado por las personas con discapacidad, pues muchas de ellas destacan la importancia de la presencialidad, aunque haya habido excepciones donde la valoración por informes pueda ser correcta.

⁷ Cuando las especiales circunstancias de las personas interesadas así lo aconsejen, el órgano competente para resolver, de oficio o a instancia de la persona interesada, podrá acordar que el equipo multiprofesional realice la valoración por medios no presenciales o telemáticos, quedando garantizada en todo caso la accesibilidad universal y considerando los factores contextuales y ambientales en el entorno habitual de residencia de la persona conforme al anexo VI.” (RD888/2022)



“Yo hubiera preferido que hubieran visto un tú a tú, cara a cara, no sé, para poder explicarte y comentar”. (Caso 1. Mujer, 45 a 54 años)

“Pues porque yo lo que yo pienso no es lo mismo ver a una persona, eh, físicamente teniendo los papeles en la mano y viéndolo cómo está de verdad a solo tener los informes médicos, que si tú tienes informes médicos, pero si tú no lo ves físicamente no sabes hasta qué punto, tiene dificultades”. (Caso 7. Hombre, 25 a 34 años)

La presencia del equipo valorador humaniza el proceso y permite a las personas valoradas sentir que su caso ha sido tratado por profesionales. En las valoraciones no presenciales puede dar pie a que las personas sientan que no han podido demostrar la realidad de su situación, y que no hay nadie con quien puedas dialogar sobre las dificultades que afectan a la vida diaria.

“Pues a ver, yo es que como no me valoraron en persona, yo no lo sé realmente ni sé quién me ha valorado ni sé, porque realmente no sé quién me valoró ni nada. Y yo pienso que, a ver, viendo todo lo que tengo en mi historial médico a tan corta edad, pues hombre, no veo yo muy bien que haya hecho una valoración. Porque hay gente que yo conozco de mi edad, que tiene una valoración superior y a lo mejor están igual que yo o mejor que yo. Que han pasado por lo mismo y tienen una valoración muchísimo más alta que yo. ¿Por qué? No lo sé. Pero claro, yo pienso que por eso. Pues no creo que haya sido muy buena, muy buen trato, la verdad”. (Caso 7. Hombre, 25 a 34 años)

En definitiva, **la no presencialidad genera inseguridad** y sensación de descontrol sobre el propio proceso de valoración que, en caso de haber irregularidades, sería más difícil detectarlas por no estar presente la persona interesada. En la actualidad se da la circunstancia de que se haga un uso indebido de la no presencialidad y, en cambio, no se esté haciendo uso de un instrumento disponible y seguro como son los criterios de simplificación.

En ningún caso, las listas de espera para la valoración pueden afectar al derecho de las personas con discapacidad a valorarse de manera adecuada pues eso significaría que la falta de **recursos humanos y materiales** está perjudicando un derecho reconocido. El principal cuello de botella que se detecta en cuanto a la dotación de personal, además de la falta de este, es la

La **propuesta** que hacen algunas de las personas valoradas es que haya más dotación de recursos para intentar acortar las listas de espera y que, además, se intente acotar y comunicar mejor el tiempo de espera esperado en cada caso para que las personas puedan estar preparadas psicológicamente



elevada rotación del personal médico que no termina de estabilizarse ni de cubrirse todas las plazas que hay disponibles en cada equipo. Esta falta de profesionales médicos, en muchos casos, tiene que ver con las diferencias en las condiciones de las plazas entre servicios sociales y sanidad, ya que para el primer caso no existen incentivos atractivos para ocupar dichas plazas.

4.3 Organización del proceso de valoración

Tal y como se ha explicado antes, las **solicitudes son el punto de partida** de la organización del trabajo en los centros de valoración. Aunque hay diferencias entre territorios lo más común es que en la web de la comunidad haya un formulario genérico que la persona se tiene que descargar y rellenar para iniciar el trámite de solicitud.

Según lo que expresaron los profesionales del grupo, lo interesante es que, aunque se pueda hacer por iniciativa de la persona interesada, **exista una “gestión de caso”** y que antes de iniciar la solicitud, un profesional de trabajo social que pueda orientar y apoyar a cada persona. Esto, aunque es lo deseable, no es lo más común en todos los territorios debido al tiempo que lleva hacerlo de esta forma y la larga lista de espera que hay. A lo largo del informe se irá viendo la importancia de que exista una gestión de caso por parte de profesionales del trabajo social.

Uno de los aspectos problemáticos que indican los profesionales es la **brecha digital** para hacer la solicitud. En el caso de personas mayores o personas con poco manejo de las tecnologías puede ser una barrera la digitalización de esa solicitud la valoración.

“La gente puede presentar la solicitud de manera telemática con su certificado digital o su clave sin tener otra información que la que pone en la web. En la web está todo bastante claro, pero entiendo que pueda ser que tenga alguna dificultad para gente que tiene problemas con la tecnología”. (Trabajadora social, Grupo de discusión profesionales)

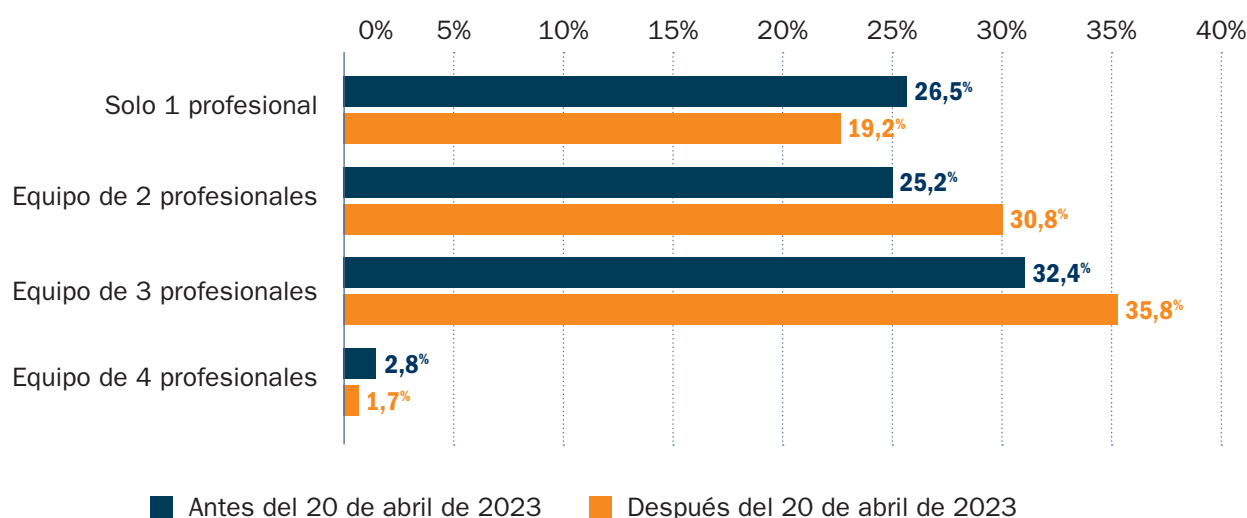
La brecha digital está íntimamente relacionada con la **exclusión administrativa** que se define como la incapacidad de un ciudadano para ejercer sus derechos debido a barreras digitales complejas o impuestas en el diseño digital del servicio.

Otro aspecto que incide en la organización del proceso de valoración es el **tiempo que los lleva a los profesionales el hacer cada valoración**. En el grupo de profesionales surgió el debate sobre si el Nuevo Baremo requería más tiempo de valoración o en cambio era un problema de formación en el BAREDI. En este sentido había quienes defendían la rapidez del Nuevo Baremo y la necesidad de formar a los equipos para que la aplicación de este no lleve más tiempo del necesario. En cambio, había quienes determinaban que la nueva forma de valorar era más lenta y que eso también podía estar favoreciéndola. En cualquier caso, todas las personas del grupo coincidieron en la importancia de la calidad y la profundidad con que se valora ahora, lleve o no más tiempo.



Según datos del cuestionario 2025, el porcentaje de personas valoradas por un equipo conformado por 4 profesionales, que incluye a un profesional médico rehabilitador, sigue siendo bajo con el Nuevo Baremo (2%, correspondiente a 69 casos)⁸. La mayoría de las personas encuestadas y valoradas tanto antes o después de la implementación del Nuevo Baremo, han recibido la atención de 3 profesionales (26% y 32% respectivamente).

Gráfico 9. Número de profesionales del equipo valorador, comparación antes y después implementación Nuevo Baremo



■ Antes del 20 de abril de 2023 ■ Después del 20 de abril de 2023

Nota: porcentaje válido para personas valoradas antes del Nuevo Baremo (n=528) y después del Nuevo Baremo (n=360).

Al comparar los resultados entre los cuestionarios del 2024 y 2025 se muestra una evolución positiva en la valoración multidisciplinar con el Nuevo Baremo:

- El **profesional médico** sigue siendo el más presente, con un aumento del **69,8% en 2024 al 78,1% en 2025**.
- La participación de **trabajadores/as sociales** se mantiene estable, pasando de **63,1% a 65,8%**.
- La presencia de **psicólogos/as** aumenta del **36,5% al 43,6%**, lo que refuerza el enfoque biopsicosocial del nuevo modelo.
- Se incorpora una nueva categoría en 2025: “No sé”, con un **10,3%**, que podría reflejar la falta de información a las personas valoradas sobre la conformación de los equipos o la falta de transparencia en el proceso.
- La participación de profesionales médicos rehabilitadores también crece ligeramente, del **5,4% al 7,5%**.

⁸ En el informe de Irregularidades del año 2024 se reporta 25% había sido valorada por 4 profesionales, pero fue un error de interpretación del gráfico ya que, en realidad, solo 0,5% marca esa opción (1 solo caso). Por lo que estaríamos presenciando una subida sustancial de personas que han sido valoradas por 4 profesionales.



Según datos de la encuesta el **30% de los casos han sido vistos por un médico, trabajador social y psicólogo**, seguidos del 19% de los casos que fueron valorados por médico y trabajador social únicamente. Es significativo que tan solo el 2% de los casos (N=13) fueron valorados por los 4 especialistas: médico, trabajador social, psicólogo y rehabilitador. En cualquier caso, se entrevistó a personas que destacaban la necesidad de trabajar más en la integralidad de la valoración de la discapacidad.

“Hay que cambiar los protocolos para que se valore al paciente de manera global y no a través de unas tablas que no recogen en absoluto el día a día de esa persona y sobre todo que si precisa de una valoración psicológica se busquen las maneras de que no sea, no se tomen decisiones tan drásticas en cinco minutos, porque es imposible conocer a una persona en ese tiempo y hacer ningún tipo de detección”. (Caso 9. Mujer, Madre menor con discapacidad)

Además de la variabilidad en los perfiles también la hay en el **orden de esas intervenciones**, según el territorio. Esto implica que, en algunos casos, el protocolo indica que la primera valoración será por parte de médicos y psicólogos, mientras que en otros territorios es el área de trabajo social. Esta variabilidad entre territorios responde a la flexibilidad que permite el Real Decreto y a las propias necesidades del centro. Pero se desconoce el impacto que tiene hacerlo de uno u otro modo en relación con la calidad de la valoración o la eficiencia del proceso. **En cualquier caso, la gran variabilidad territorial y la baja transparencia e información previa sobre el procedimiento no permite conocer, en muchos casos, cómo será el itinerario concreto de una persona antes de iniciarlo.**

A raíz del Real Decreto cada comunidad autónoma ha elegido cómo hacer esa entrada de la persona con discapacidad al servicio. No está establecido porque depende mucho de la cantidad de profesionales que tenemos, de los perfiles profesionales que tenemos en los equipos. Entonces, cierto es que cada comunidad se está organizando en base a sus pues sus recursos y sus necesidades”. (Terapeuta ocupacional, Grupo de discusión profesionales)

Por ejemplo, en Asturias las personas que se van a valorar primero son vistas por un/a trabajador/a social, que le explica el procedimiento y le aplica el baremo de factores contextuales.

Otro aspecto relacionado con la organización del proceso tiene que ver con la **accesibilidad** de este. Como se ha relatado más arriba, hay problemas de accesibilidad informativa debido a las dificultades para comunicarse directamente con los centros, pero también existe falta de accesibilidad debido a la brecha digital. Luego hubo alguna persona que señaló las dificultades de acceso al propio centro de valoración, que se encontraba alejado del centro urbano y con dificultades para llegar en transporte.

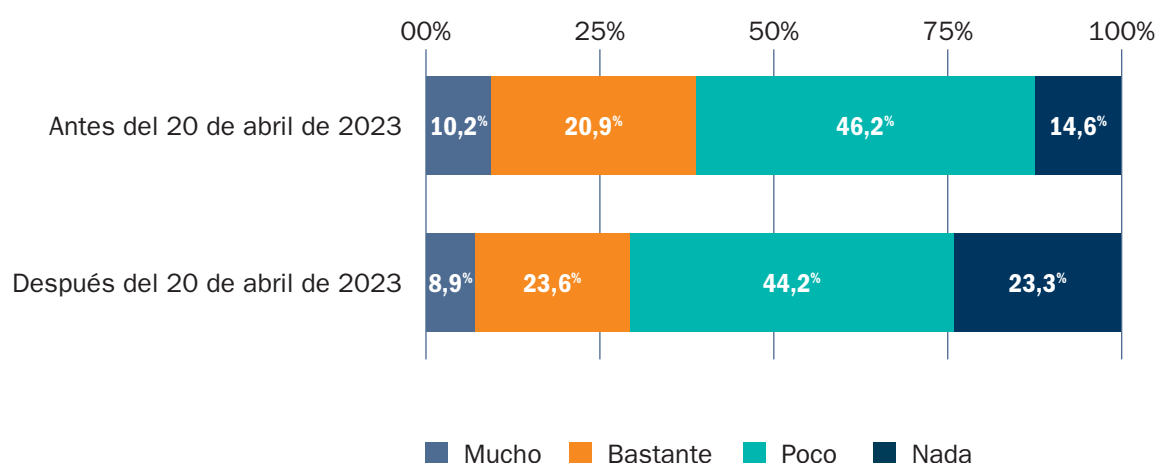
4.4 Formación de los equipos valoradores

De acuerdo con el Real Decreto 888/2022 los equipos de valoración habilitados para reconocer el grado de discapacidad deben contar con **profesionales del área sanitaria y del área social** con una titulación mínima de grado universitario o equivalente.

En general, se observa una **percepción negativa respecto al nivel de conocimiento del equipo de valoración**, independientemente de la fecha en que se realizó la evaluación. El 64% de las personas con discapacidad encuestadas considera que la persona que les valoró tenía poco o ningún conocimiento sobre su situación. Este porcentaje **aumenta al 68% entre quienes fueron valoradas con el Nuevo Baremo**, lo que representa 7 puntos porcentuales más que el grupo valorado antes de su implementación.

Esta percepción también se refleja en los cuestionarios dirigidos a técnicos de entidades asociadas, donde un 30% (11 personas) **reportan como irregularidad la falta de formación específica del equipo de valoración** sobre determinadas patologías y tipos de discapacidad.

Gráfico 10. ¿Consideras que la persona que te valoró tenía suficientes conocimientos sobre tu discapacidad o recursos para ello? Porcentaje de personas según fecha de valoración. Cuestionario 2025



Nota: porcentajes válidos solo para personas valoradas antes del Nuevo Baremo (n=528) y después del Nuevo Baremo (n=360).

Un análisis multivariado del cuestionario de 2025 indica que la percepción sobre los conocimientos que tienen los y las profesionales valoradoras es la variable que más peso explicativo tiene sobre la inconformidad. Esto quiere decir que **cuanto menos conocimiento consideran que tiene quién les valoró, más inconformes están con la valoración obtenida**. En este sentido, es realmente importante prestar atención a la formación de los equipos y la forma en la que esta cristaliza durante las valoraciones, desde el punto de vista de las personas con discapacidad.

La formación se puede entender en dos sentidos, por un lado, la información y conocimientos que tienen los profesionales sobre el caso que estén valorando y por otro los conocimientos técnicos que tienen respecto a patologías, enfermedades o síntomas. Respecto al conocimiento sobre los casos, lo habitual es que las personas sí consideren que los profesionales conocen su situación.



“A la hora de la valoración, la doctora que hacía la valoración se había leído todos esos informes. A ver, claro, yo aportaba, yo aporté los informes, pues desde el neurólogo, desde el 2010 cuando se diagnosticó la enfermedad y luego los avances que había habido. Pues los distintos informes que tenía, sobre todo el último, era el que estaba ahí puesto, el primero para la situación actual. (...) Pero a mí la impresión que me dio es que cuando yo entré en la salita de citas con ella, conocía un poco el proceso de decir bueno, pues en 2010 te han diagnosticado, te ha ido avanzando con tatata, te están viendo esto, te están viendo, aquello tal. O sea que eso lo conocía. O sea que bien, Yo muy positivo”. (Caso 6. Hombre, 45 a 54 años)

De manera complementaria también surgieron comentarios que indicaban cierta insatisfacción, no con la información o conocimiento sobre el caso sino con la formación que tenían los profesionales. Algunos testimonios telefónicos que intentaron ahondar en esta cuestión detectaron la falta de formación debido al **tipo de diagnóstico o pruebas** realizadas durante la valoración y la falta de correspondencia con su situación personal o la de su familiar.

“Casi le diagnostica de algún problema en el desarrollo que mi hijo tiene altas capacidades, o sea, es completamente lo opuesto a lo que esa señora consideró en diez minutos, que era lo que le pasaba a XXX porque no quiso hacer un dibujo en ese momento con cuatro añitos que tenía”. (Caso 9. Mujer, Madre menor con discapacidad)

“‘Uy, no, yo no tenía ni idea. Es una enfermedad rara’. Me pusieron una cara como si estuviese hablando en japonés. O sea, fue como... no tenían ni idea de lo que le estaba diciendo”. (Caso 4. Mujer, 18 a 24 años)

Es significativo que la **formación sobre el baremo y su marco legal no es obligatoria en todas las comunidades autónomas**, lo que puede dar lugar a grandes asimetrías en la aplicación del baremo entre distintos territorios, algo que se aborda en el siguiente capítulo sobre la equidad. Mientras en algunos territorios existen formaciones periódicas sobre el baremo y otras temáticas transversales, hay territorios donde la dinámica en los equipos de valoración es que unos compañeros aprendan de otros de manera informal dejando esto relegado a la disposición personal de ciertos profesionales y al tiempo disponible.



“En nuestro caso no hay obligatoriedad, es decir, hay un listado de te tocó trabajar en un centro de valoración y trabajas en centro de evaluación. Sí que es verdad que luego bueno, entre unos y otros pues vamos aprendiendo, enseñando y ya”. (Directora de centro, Grupo de discusión profesionales)

En definitiva, la **heterogeneidad en los planes de formación** de los equipos puede tener un gran impacto en la calidad de las valoraciones debido a desviaciones y asimetrías en la aplicación del baremo. De hecho, en el grupo de discusión comentaron la necesidad de implementar más formación específica tanto dentro de los equipos de valoración como en equipos externos desde donde se pueden realizar derivaciones.

Además, la preparación de los equipos de valoración también se ha relacionado con la **dimensión más emocional de los profesionales** y su capacidad para empatizar, escuchar y recoger la experiencia de las personas que valora. Los testimonios sobre falta de empatía o sensibilidad a la hora de valorar ponen de manifiesto la importancia que tiene para las personas que acuden a un centro de valoración el sentir que la otra persona le está comprendiendo y que es capaz de entender su situación, es decir, de humanizar el proceso.

“Me sentí como si tuviera que justificar todo el rato las secuelas que le habían generado a mi hijo el tratamiento, la quimioterapia. En este caso no me sentí escuchada en ningún momento, en nada de lo que yo intenté aportar”. (Caso 9. Mujer, Madre menor con discapacidad)

La necesidad de formación trasciende los equipos valoradores y alcanza al personal externo de otros servicios públicos. La importancia de **formar a equipos externos** repercute en una mejor calidad de las derivaciones y en una buena información previa que incide en el posterior manejo de las expectativas. Hay casos en los que equipos externos han informado sobre el proceso de valoración sin conocimientos suficientes generando expectativas irreales. Por su parte, una buena formación permite una mejor detección y un acompañamiento más satisfactorio para las personas con discapacidad que pueden sentirse perdidas y desubicadas desde el principio.

“Es muy importante que para el resto de los profesionales que están implicados en otras esferas que no sean los centros de valoración, se empiece a dar formación específica solamente del decreto, porque lo desconocen. Y ese desconocimiento del decreto en los profesionales lo transmiten a la ciudadanía”. (Dirección centro, Grupo de discusión profesionales)



En el grupo de discusión se compartieron testimonios en primera persona de personal médico que, antes de entrar al equipo de valoración y trabajando en otras áreas sanitarias, desconocía el procedimiento de discapacidad, aunque tratase con gente que podía ser susceptible de valorarse. Esta falta de formación y conocimiento repercute en que no se hagan derivaciones a los servicios oportunos con el impacto en términos de derechos humanos que esto tiene en las personas con discapacidad. La importancia de formarse y formar a otros profesionales es una de las reivindicaciones que más consenso reunieron por parte de las profesionales en el grupo.

La poca formación de equipos externos también impacta en las listas de espera y así lo reconocen las profesionales que participaron en el grupo. Esto es muy evidente en el caso de las incapacidades laborales. Debido a los sucesivos cambios en la normativa, existe bastante confusión con la relación entre el reconocimiento de la discapacidad y la incapacidad laboral.

“Yo me estoy encontrando a muchas compañeras que me llaman porque desconocen completamente cual es el actual baremo y siguen informando conforme al anterior baremo. Y también creo que es muy importante todo el tema de la seguridad social porque las incapacidades nos están generando muchas listas de espera. El tema de homologación”. (Trabajo social, Grupo de discusión profesionales)

Actualmente se homologa, **solo a nivel de efectos laborales y fiscales**, a aquellas personas que ya tienen una incapacidad laboral permanente o una absoluta invalidez. Esto implica que, las personas en esta situación no tienen derecho a todos los beneficios que da la discapacidad. Este tipo de casos acuden a los servicios de valoración de la discapacidad y no cuentan con toda la información o incluso con la información correcta y por ello es importante que exista una gestión de caso desde trabajo social para que puedan ser informados adecuadamente.



BUENA PRÁCTICA

En la Comunitat Valenciana se desarrollan acciones formativas impulsadas desde los centros de valoración dirigidas a profesionales del ámbito sanitario -especialmente trabajo social de atención primaria- así como a asociaciones y entidades sociales vinculadas a la discapacidad. Estas formaciones tienen como objetivo trasladar de manera clara y actualizada las modificaciones introducidas por el nuevo Real Decreto en el procedimiento de valoración de la discapacidad, reforzando el conocimiento del marco legal, los nuevos baremos y el enfoque biopsicosocial que sustenta la norma.

Esta estrategia formativa permite dotar a los y las profesionales externos que participan en la detección, acompañamiento y derivación de casos de herramientas homogéneas y actualizadas, mejorando la calidad de la información que llega a las personas que inician el procedimiento. Al mismo tiempo, contribuye a una mayor coherencia en las derivaciones, una identificación más temprana de situaciones de especial necesidad y una mejor coordinación entre el sistema sanitario, los servicios sociales y el tejido asociativo, favoreciendo así un acceso más ágil y garantista al reconocimiento del grado de discapacidad.

4.5 Equidad del Nuevo Baremo

En la introducción del Real Decreto 888/2022 que regula la valoración de la discapacidad, se especifica que dicho instrumento jurídico tiene la finalidad de que “la evaluación del grado de discapacidad que afecte a la persona sea uniforme en todo el territorio del Estado, garantizando con ello la igualdad de condiciones en el acceso de la ciudadanía a los derechos previstos en la legislación”. En cambio, este estudio pone de relieve las limitaciones que encuentra esa voluntad de homogeneizar en la implementación práctica del baremo.

La principal inequidad identificada en la aplicación del Nuevo Baremo es la que tiene que ver con la **desigualdad territorial**. A partir de los discursos recogidos en las entrevistas telefónicas, así como en el grupo focal con profesionales se han podido detectar determinadas diferencias entre territorios. En capítulos anteriores ya se han mencionado algunas como por ejemplo las **formaciones** a los equipos valoradores, que no son iguales en contenidos e intensidad en todos los territorios además de que en ciertos lugares son obligatorias y en otros no.

Otra diferencia es la generalización o no de la **modalidad de valoración por informes**, ya que en muchos territorios es la norma mientras que en otros es la excepción. Realizar las valoraciones de manera no presencial es un elemento que afecta a todo el proceso y toda la organización del procedimiento incluyendo a los perfiles profesionales. Mientras hay territorios como Asturias donde parece que lo más extendido es que la valoración por informes se reserve para las urgencias, hay otros como Valencia, cuya dinámica de trabajo implica que las valoraciones se hagan mayoritariamente por informes.

En definitiva, la equidad del procedimiento de valoración encuentra ciertas barreras debido a que existen **formas muy diferentes de proceder dependiendo del territorio** y eso podría dar lugar a desigualdades en la calidad de la atención y de la valoración, así como en el acceso.

Un elemento que ya se ha señalado y que afecta a la equidad territorial son los criterios de ordenación de casos. Estos no son homogéneos y aunque el principal criterio es el orden de entrada, el desarrollo legal de la norma prevé una serie de casos y, luego, cada comunidad autónoma tiene sus propios criterios de ordenación de casos. Independientemente de esto, los criterios de ordenación de casos deberían ser transparentes y conocidos para que toda la ciudadanía conozca las especificidades de su territorio.

Las profesionales **proponen** la generación de conocimiento sobre la valoración de la discapacidad por lo que se deben impulsar más estudios a nivel nacional en esta materia. Esto puede favorecer una toma de decisiones basada en la evidencia y una gestión eficiente de los servicios públicos.

De hecho, desde el punto de vista de los derechos, la **equidad en el acceso al servicio de valoración** debería estar garantizada y en cambio hay ciertas barreras que limitan ese acceso; las listas de espera o la falta de información (*non take-up*) son las principales.

Hay otro elemento que puede afectar a la equidad del baremo y es el posible prejuicio de los profesionales valoradores que ponen en duda la necesidad que motiva la solicitud de la valoración. En ocasiones, como explicación a la sobrecarga y el gran volumen de solicitudes que hay, emerge el argumento de “pedir por pedir” que viene a interrogar por la legitimidad de la necesidad de apoyos que arrastra el reconocimiento de la discapacidad. Estas creencias y prejuicios podrían llegar a lesionar los derechos porque, tal y como señala el RD, se debe garantizar la igualdad de acceso de toda la ciudadanía a este procedimiento.



“Es que yo creo que con el volumen de entrada de solicitudes que hay, que es un volumen, piensa que ahora también desde la pandemia la gente tiene más acceso o más facilidad a la hora de solicitar las cosas telemáticamente. Entonces no hay un filtro ahí. La gente muchas veces solicita telemáticamente sin estar informada. El pre cribado este que decíamos sin saber si esto que estoy pidiendo realmente lo tengo que pedir ya es pedir por pedir”. (Trabajadora social, Grupo de discusión profesionales)

Esta idea emergió en ambos espacios, tanto en el grupo de discusión con profesionales (aunque no era el sentir de la mayoría) como en las entrevistas telefónicas con personas valoradas. En el primer caso surgió como explicación a las largas listas de espera y su relación con la “sencillez” del procedimiento de solicitud que puede invitar a interesarse por el procedimiento a personas que no lo necesitan realmente.

Algunas personas con discapacidad manifestaron cómo durante la valoración habían sentido que algunos **profesionales ponían en cuestión los motivos o las condiciones médicas que les empujaban a valorarse.**

“Que no sea todo tan frío como si estuviesen juzgando tu salud al final. Que sí, que están mirando. Pero te sientes como si estuvieses en un juicio por haber matado 30.000 personas en vez de que te puedan ayudar a mejorar tu calidad de vida”. (Caso 4. Mujer, 18 a 24 años)

Hubo otras personas que, aunque tuvieron una buena experiencia, reconocen tener prejuicios sobre cómo creían que sería el proceso de valoración. Esto indica que el imaginario colectivo de lo que es una valoración se construye sobre una premisa: **la persona debe “demostrar” su discapacidad.**

“Sí que es verdad que cuando llegas allí te sientas, no sabes qué va a pasar. O sea, no sabes si van a abrir una puerta y estás en una sala que yo te digo, a lo mejor tontería mía, pero que yo me lo imaginaba como un tribunal de una oposición. Entonces me imaginaba pues una sala grande con una mesa grande, con ahí varios especialistas y tal y cual”. (Caso 6. Hombre, 45 a 54 años)

En conclusión, la equidad del Nuevo Baremo está mediada por las limitaciones derivadas de su implementación heterogénea en los distintos territorios. En términos de equidad, las dificultades en el alcance se materializan en inequidades territoriales. Esta desigualdad que afecta a todas las fases del proceso puede generar situaciones de inequidad que impacten negativamente en el disfrute de derechos de las personas con discapacidad.

Otra inequidad, que se ha detectado y que está algo relacionada con la anterior, la desigualdad por tipo de discapacidad. Hay personas que manifiestan la sensación de **invisibilidad de ciertas patologías que no tienen un reflejo físico objetivo** y que no permiten una “confirmación” por parte de médicos y especialistas



Esa ambivalencia entre lo visible y lo invisible aparece en los testimonios de varias personas que han sentido que su valoración no obtenía el resultado que esperaban debido a una minusvaloración de su situación.

“O sea, no hay ninguna, ninguna exploración física que corrobore lo que yo digo. Yo digo que no puedo hacer tal cosa. Pero claro, ¿por qué no la puede hacer usted, si puede caminar, si puede ver si tiene movilidad? No hay ningún informe que diga que estás mal. Al contrario. Te haces una radiografía y está todo bien. Entonces es como esa discapacidad, por así decirlo, más invisible que siempre te complica más el comprenderla al no verla”. (Caso 5. Mujer, 45 a 54 años).

El cuestionario impulsado por este proyecto identificó que la mitad de las personas (53%) tenían una **discapacidad física**, es decir, una disminución o ausencia de funciones motoras. Este tipo de discapacidades son las más visibles, pero en la encuesta también había personas que tenían una **discapacidad orgánica** (9,9%), que son aquellas que implican una pérdida o ausencia de funcionalidad de órganos internos. El tipo de discapacidades que no puede ser clasificado en ninguna de las categorías anteriores se consideró como “otro” e incluía principalmente problemas psicológicos o intelectuales o cáncer. El resto de las personas (30%) consideran que su discapacidad es una combinación de alguna de las categorías anteriores.

Tabla 15. Distribución por tipo de discapacidad. Cuestionario 2025.

Tipo de discapacidad	2025	
	N	%
Solo física (disminución o ausencia de funciones motoras)	471	53,04%
Física y orgánica	127	14,30%
Física y otro	102	11,49%
Solo orgánica (pérdida o ausencia de funcionalidades de órganos internos)	88	9,91%
Solo otro	63	7,09%
Física, orgánica y otro	26	2,93%
Orgánica y otro	11	1,24%
TOTAL PCDFYO	888	

En las entrevistas con personas que tenían alguna patología categorizada como orgánica u “otro” coincidían en que este tipo de enfermedades genera más conflicto desde el punto de vista de “visibilidad” o “invisibilidad” a la hora de valorarlas. Manifestaron preocupación por la posibilidad de que la subjetividad y los prejuicios de las personas valoradoras afectasen a la resolución como consecuencia del carácter invisible de su condición de salud.



“Nada más empezar a hablar con el doctor ya tenía él una idea de lo puntos que iba a tener por...o sea, antes de la entrevista ¿no? Entonces me pareció innecesaria porque sí, con los informes que yo he aportado, consideráis que voy a tener X puntos. Y lo que yo voy a decir, dado que no tengo una cojera o una ceguera o algo así, que es evidente, no va a servir para nada. Pues no entiendo la razón de ser de ir allí. Y en concreto de la fibromialgia, que me dijese directamente bueno... es que tu enfermedad pues claro, bueno, esas cosas son un poco subjetivas, (...), que no te va a dar para el 33%”. (Caso 5. Mujer, 45 a 54 años)

La aparente invisibilidad y la posibilidad de que interfieran las creencias de los profesionales invitan a las personas afectadas a reclamar una mayor **formación transversal sobre este tipo de enfermedades “invisibles”**. En definitiva, el alcance del reconocimiento formal de la discapacidad no puede estar condicionado por el tipo de discapacidad o sus manifestaciones más visibles.



BUENA PRÁCTICA

En Navarra desde hace ya años en la solicitud de discapacidad se recogen los motivos por los que se solicita la discapacidad y el tipo de prestación por el que hace la solicitud. Esta práctica es interesante desde el punto de vista de la organización de los recursos públicos y del propio proceso de valoración.

En la propia solicitud de valoración colgada en la web del gobierno de Navarra aparece un apartado con el motivo de la valoración, el profesional de orientación o derivación y la ocupación actual. Entre los motivos que se indican está:

- Orientación laboral.
- Beneficios fiscales (IRPF).
- Baremo de movilidad.
- Pensiones no contributivas.
- Prestación familiar por hijo a cargo.
- Recursos de Salud Mental.
- Recursos residenciales.
- Otros: Indicar motivo.

En el caso de Navarra, los datos indican que el 95% de las personas acuden a la valoración para obtener la tarjeta de aparcamiento. Este tipo de información permite hacer estudios sobre la valoración de discapacidad y generar así un conocimiento valioso para el monitoreo y seguimiento del proceso de valoración de las administraciones competentes.

4.6 Afectación e impacto de la valoración de las personas con discapacidad

La aproximación al sentir de las personas con discapacidad valoradas se ha hecho desde lo cualitativo y lo cuantitativo. Estas dos miradas complementarias permiten profundizar en las implicaciones y afectaciones que tiene este proceso, y cómo son las narrativas que rodean la valoración de la discapacidad desde el punto de vista de sus protagonistas.

Aunque el descontento con el proceso de valoración es multicausal, una idea que atraviesa todos los discursos de las personas con discapacidad es la falta de información y la sensación de que **transitan el proceso “a ciegas”** y con poca información sobre los próximos pasos o la documentación que es relevante presentar.

“Bueno, eh, sí, efectivamente, poca información. Tampoco te especifican qué documentación debes de presentar, unos informes, pero sin saber si esos los tienen en cuenta o qué tipo de documento es el que ellos más tienen en cuenta. O sea, presentas papeles a ciegas. Porque realmente nadie te informa”. (Caso 5. Mujer, 45 a 54 años)

Muchas de las personas que ya han atravesado este proceso no conocen con exactitud sus fases, los baremos que se les han aplicado o incluso qué profesionales le han valorado. Esta **falta de autoconsciencia sobre el proceso** puede estar influenciada por su situación personal y emocional al transitarla, así como por la falta de información y acompañamiento, pero, en cualquier caso, es significativo como muchas personas no se apropian del proceso.

Gran parte de las **propuestas** de las personas valoradas van en la línea de favorecer la información y la escucha de los profesionales.

Esta falta de claridad sobre el proceso también se refleja cuando se pregunta a las personas si se les aplicaron los baremos específicos del nuevo modelo. El Nuevo Baremo de Discapacidad incorpora el Baremo de Restricción en la Participación (BRP) y, de forma complementaria, el Baremo de Limitaciones en la Actividad (BLA), que evalúan tanto las dificultades para implicarse en situaciones vitales como el esfuerzo y el dolor asociados a las actividades básicas de la vida diaria. Sin embargo, muchos usuarios no identifican haber pasado por estos instrumentos, pese a que el BRP se administra mediante un cuestionario autocumplimentado y el BLA a través de una entrevista personal.

Los datos cuantitativos muestran que un **49% de quienes fueron valorados antes del 20 de abril de 2023 afirma que no se les preguntó por el esfuerzo que implica realizar actividades básicas**; y aunque este porcentaje desciende entre quienes ya fueron valorados con el nuevo baremo, sigue siendo elevado (42%). Por otro lado, un 58% sí recuerda haber sido consultado sobre cómo la discapacidad afecta su vida diaria, especialmente durante la entrevista (34%). Solo un 17% que fue valorado con el nuevo baremo, afirma que se le preguntó sobre este tema tanto en la entrevista como en el cuestionario autocumplimentado. Esta situación perpetúa la **falta de participación** de las personas con discapacidad en el proceso de valoración al sentirlo como algo ajeno que están obligadas a transitar. En el caso de familias, la solicitud además se ve atravesada por el **“duelo” que está atravesando la familia** respecto a la situación de su hijo/a algo que dificulta aún más el proceso.

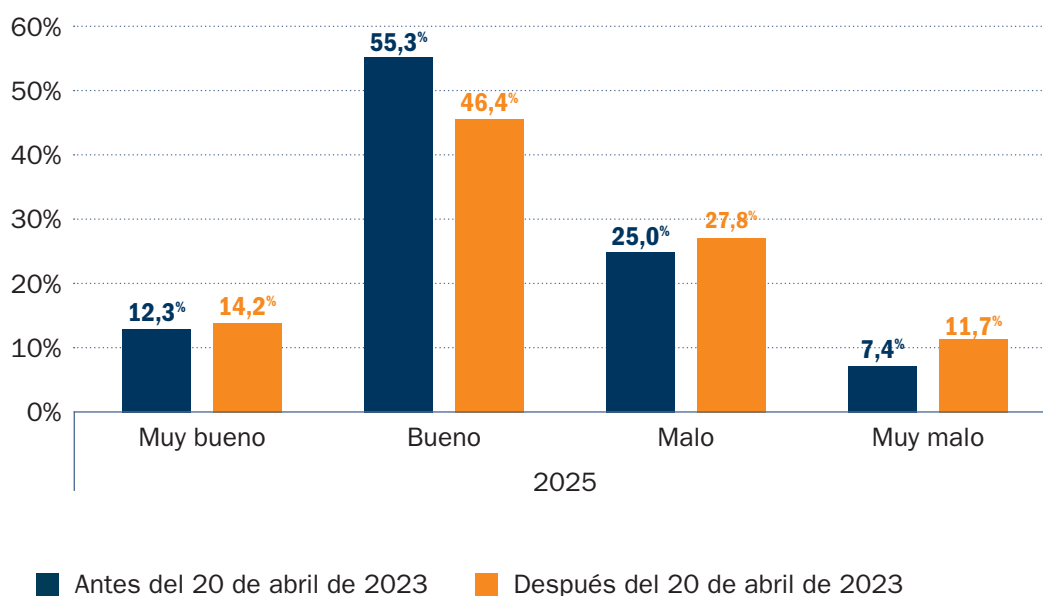


“No, la verdad no, porque pues a mí me dijeron te vamos a hacer una solicitud para que le den la discapacidad a la niña, porque con eso puedes obtener algunas ayudas. Y yo pues vale, pero en ese momento pues la verdad me importaba la salud de la niña. Entonces no tenía tiempo para ir a hablar, ni a preguntar ni nada”. (Caso 8. Mujer, Madre de un menor con discapacidad (1))

Otro malestar identificado en las entrevistas es el **trato por parte de los equipos valoradores**. Aunque esto no es generalizado, es cierto que, en el caso de las personas insatisfechas sí tiene mucho peso el trato recibido y la interacción que tuvieron con los profesionales. Si bien es cierto que en estas situaciones hay un elemento clave que configura el descontento que es la resolución obtenida, en muchos casos este malestar se materializa en profesionales con tratos poco adecuados, falta de empatía o formación. En definitiva, es importante que existan **mecanismos de control que den cuenta del trato y la profesionalidad de los equipos**, aunque siempre pueda existir el malestar, la queja y el desacuerdo con resoluciones desfavorables.

En el cuestionario se les pidió a las personas con discapacidad física y orgánica que **valorasen globalmente el trato recibido por parte del equipo de valoración**. La mayoría lo califica como muy bueno y bueno, durante el 2025, aunque la valoración positiva del trato recibido disminuye cuando se segmenta a personas valoradas con el Nuevo Baremo, especialmente entre quienes lo consideran “bueno”: de 55% de las personas valoradas antes del Nuevo Baremo, a 46% después.

Gráfico 11. Valoración del trato recibido por parte del equipo de valoración. Cuestionario 2025



Nota: porcentaje válido para personas valoradas antes del Nuevo Baremo (n=528) y después del Nuevo Baremo (n=360).



En los análisis multivariantes realizados con el cuestionario de 2025 se confirma que a mayor puntuación en la **valoración global del trato**⁹ recibido ($B=0,218$; $\beta=0,184$; $p<0,001$), más aumenta la inconformidad de las personas valoradas, siendo esta la segunda variable que más explica el grado de inconformidad.

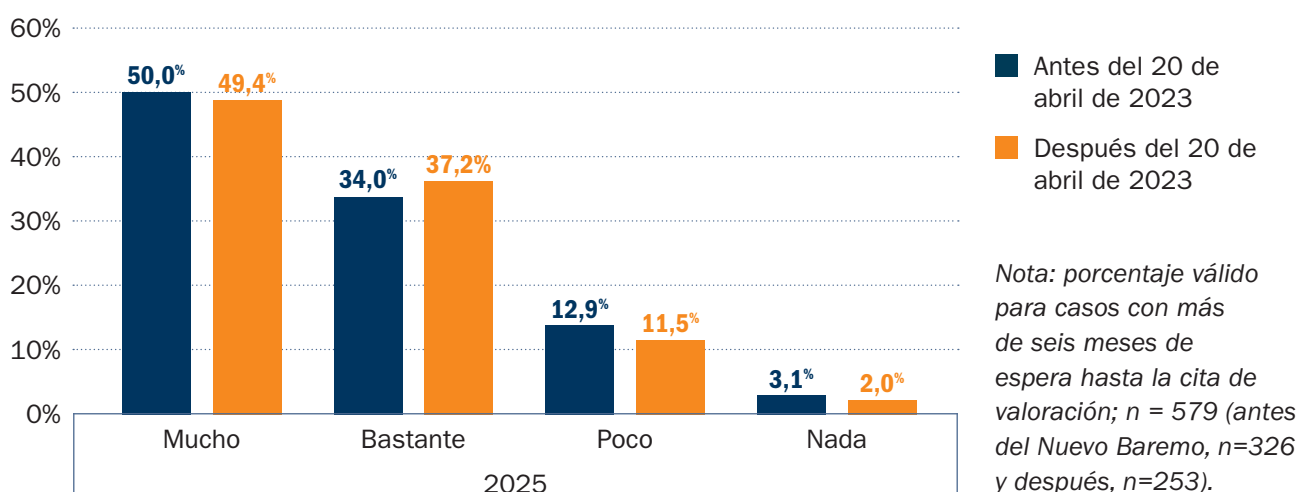
Como resulta lógico, la atmósfera que se genera en la valoración es clave en la experiencia vivida por las personas con discapacidad, y por ello, **la sensación de las personas de haber sido escuchadas y bien tratadas es un aspecto central** por su impacto en el proceso y también en la posterior recepción de la resolución.

“Si ya te digo que fue una conversación muy tranquila. O sea, no me acuerdo en detalle, pero si tuve alguna duda seguro que la hablé o la comenté sin ningún tipo de problema y o sea... yo mi impresión todo el rato era muy positiva, muy tranquilo, hablando, contestando a lo que me estaban comentando.” (Caso 6. Hombre, 45 a 54 años)

Además de la información y del trato recibido hay otro espacio de malestar que ya se ha mencionado más arriba que es el **tiempo de espera**. Esta prolongación en los plazos afecta directamente al **ejercicio de derechos** y de hecho, más del 85% de las personas encuestadas consideran que la espera ha tenido un impacto alto o moderado en su acceso a prestaciones y apoyos. Esto se midió en el cuestionario gracias a una pregunta sobre la percepción de las personas sobre cómo esa espera había afectado a sus derechos y también se profundizó en las entrevistas telefónicas.

A las personas que han esperado más de seis meses para ser valoradas, se les consultó en qué medida consideraban que el ejercicio de sus derechos se había visto afectado por dicha demora. **En general, estas personas consideran que la espera ha afectado “mucho” sus derechos**. La diferencia entre las personas que esperan más de seis meses, antes y después del Nuevo Baremo, no es apreciable, aunque se observa un ligero descenso.

Gráfico 12. Percepción de afectación en el ejercicio de derechos. Cuestionario 2024 y 2025



⁹ Con categorías de respuesta del 1 al 4, donde 1 es Muy bueno y 4 Muy malo.



Algunas de las personas que declararon haberse visto afectadas fueron entrevistadas telefónicamente para intentar profundizar en las circunstancias por las que la espera le afectó. Aunque la casuística es grande, lo cierto es que la **valoración de la discapacidad es la puerta de acceso a distintos beneficios sociales** y esa dilatación temporal impide su disfrute, aunque posteriormente se te reconozca la discapacidad.

“Afectaba porque yo estaba pendiente de perder el puesto de trabajo que tenía y yo dependía de ese informe para mantenerme en ese puesto de trabajo. O sea que sí me creó angustia”. (Caso 2. Mujer, 55 a 64 años)

“Pues en el ámbito de que, por ejemplo, yo voy en silla de ruedas para poder aparcar y poder bajar la silla de ruedas. Yo no he podido solicitar la tarjeta de movilidad porque no tenía lo de la discapacidad y no podía. Pues para poder aparcar bien y para solicitar ciertas adaptaciones a la hora de los estudios o del transporte, dado que no tenía nada que pusiera que tenía un grado de discapacidad o de ayuda, entonces todo ese tema que era necesario para que yo me pudiera mover, pues con el coche o para estudiar, me incapacitaba por ese tiempo de espera”. (Caso 4. Mujer, 18 a 24 años)

Además de la afectación de sus derechos, la espera puede tener un **impacto emocional** en las personas con discapacidad que muchas veces expresan como nerviosismo o enfado. Este impacto emocional previsiblemente es mayor cuanto peor es la situación y más vulnerable se encuentra la persona que espera. Es esperable que la falta de redes de apoyo, la carencia material e inseguridad económica o el estado de salud puedan incidir negativamente en la gestión emocional que hacen las personas que se encuentran esperando.

El reconocimiento de la valoración, una vez se ha obtenido, obviamente tiene **impactos positivos** en la vida de las personas con discapacidad y sus familias. En muchos casos esos impactos tienen que ver con su sostenibilidad económica y con determinados apoyos técnicos en su vida cotidiana como la tarjeta de aparcamiento. También existen otras circunstancias como el reconocimiento de la discapacidad por motivos laborales.

Esto refleja la diversidad de situaciones y experiencias que hay detrás de cada solicitud y que pueden estar dificultando el acceso de esa persona o familia a ciertos beneficios sociales que les corresponderían. Todo esto pone de relieve la importancia de **humanizar el proceso de valoración** en todo su recorrido, entendiendo que además de un procedimiento administrativo es también una experiencia vital con carga emocional para sus protagonistas.

Tanto es así que **el propio proceso de valoración puede tener un impacto emocional** en la vida de las personas, y algunas de ellas se encuentran más ajustadas emocionalmente a su situación, pero hay otras que pueden llegar muy vulnerables a las contingencias del propio proceso y que este tenga



impactos negativos en su vida. Respecto a las preguntas que se realizan durante la valoración, puede ser que sea la primera vez que las responden o incluso la primera vez que piensan en los impactos que tiene la enfermedad en su vida. En definitiva, pueden estar atravesando la aceptación del diagnóstico y el propio duelo que implica en su trayectoria vital.

“O sea, también hasta desde el punto de vista psicológico, para mí el enfrentarme a una situación en la que tú digas bueno, es que no es solo que tengas esclerosis múltiple y todas esas cositas, sino que esto conlleva un cierto hándicap para según qué cosas. Entonces, bueno, pues sí que el proceso me ha servido primero para reflexionar sobre todos esos puntos, ¿no? De cómo me afectaba. Y luego también, bueno, pues para asumirlo también psicológicamente, porque también hay veces que no sé que no es... No está todo tan claro, sabes. No lo asumes todo como luego lo puedes ir viendo”. (Caso 6. Hombre, 45 a 54 años)

Las dos experiencias de **familias** que participaron en las entrevistas telefónicas fueron negativas y poco satisfactorias, en ambos casos por la sensación de falta de empatía, rapidez y poca profesionalidad de los equipos de valoración. En estos casos su experiencia está mediada por la urgencia por proteger y cuidar a un menor con discapacidad y lo complicado y frío del entramado burocrático que hay que atravesar para lograrlo.

4.7 Satisfacción con el Nuevo Baremo

La satisfacción con el Nuevo Baremo se puede abordar desde dos perspectivas, la de los profesionales y la de las personas con discapacidad. La **valoración general** de profesionales sobre el Nuevo Baremo es muy positiva, especialmente en lo referente a la incorporación del baremo de factores contextuales que incluye preguntas relativas a la situación personal y contextual de la persona. En concreto, se pone en valor esta dimensión social de la valoración debido a la novedad que supone en relación con el anterior baremo de valoración.

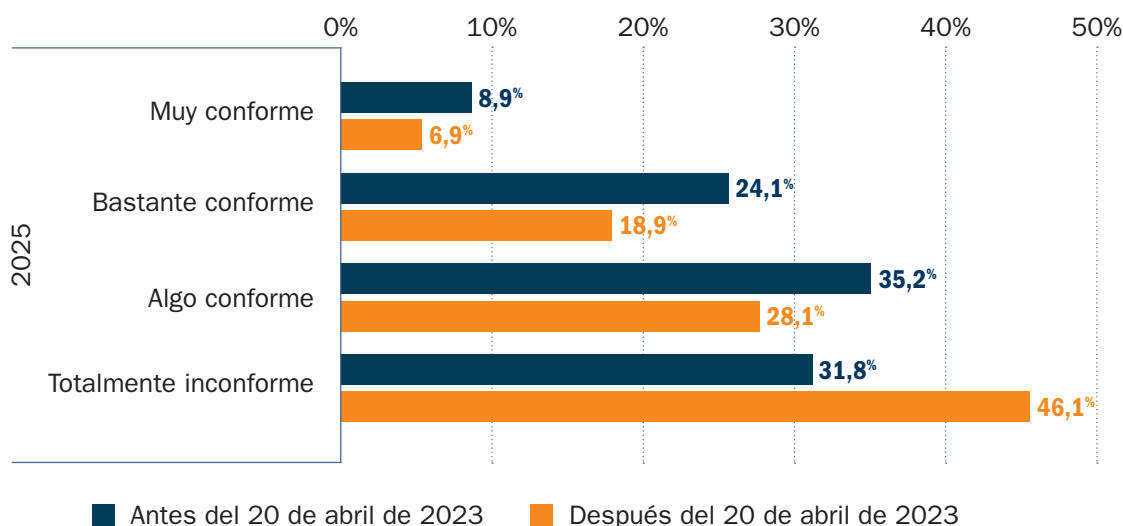
Aunque los profesionales se muestren satisfechos con el Nuevo Baremo también detectan cierta distancia entre las bondades de este Nuevo Baremo y la aparente recepción negativa que parece estar teniendo entre la población. Esto puede indicar que hace falta más sensibilización y transparencia sobre el Nuevo Baremo y sobre los cambios que introduce, que no siempre tienen por qué estar alineados con los deseos de las personas que solicitan la valoración.

El cuestionario preguntó a la población valorada por el grado de conformidad con la resolución recibida y los resultados muestran una tendencia preocupante: **la mayoría de las personas valoradas expresa algún grado de inconformidad**.

Las diferencias según la fecha de valoración son estadísticamente significativas para el 2025: **antes del 20 de abril de 2023, el 67% de las personas se mostraban algo o totalmente inconformes** con la valoración, mientras que **después de esa fecha aumenta hasta el 74%**. En particular, la proporción de personas totalmente inconformes crece de forma notable, pasando del 32% al 46%. Esta evolución sugiere un incremento en el descontento tras la implementación del nuevo sistema de valoración, lo que podría estar relacionado con las diferencias en cuanto al trato recibido o el grado de discapacidad.



Gráfico 13. Grado de conformidad según fecha de valoración. Cuestionario 2025



Nota: porcentaje válido para personas valoradas antes del Nuevo Baremo (n=528) y después del Nuevo Baremo (n=360).

A lo largo del informe se han ido analizando aspectos que pueden dar pistas sobre los posibles **malestares que movilizan esa inconformidad**: información escasa, disminución del grado, largas esperas, trato incorrecto por parte de profesionales, falta de recursos o dificultad en los trámites entre otros muchos.

Como ya se ha mencionado más arriba, los conocimientos de los equipos de valoración y el trato recibido son las dos variables que más explican la inconformidad y por ello deben ser cuidadas y consideradas adecuadamente. En cualquier caso, sabiendo que la inconformidad y el malestar con el proceso de valoración es multicausal y compleja, el modelo de regresión realizado también indica la relación entre la inconformidad y el grado obtenido, dado que a **mayor grado de discapacidad reconocido disminuye el grado de inconformidad**.

En contraposición, se recogen testimonios comparativos de una persona que se había valorado con el anterior y con el Nuevo Baremo, y que se mostraba satisfecha con el nivel de profundidad y detalle con el que le habían valorado la última vez.

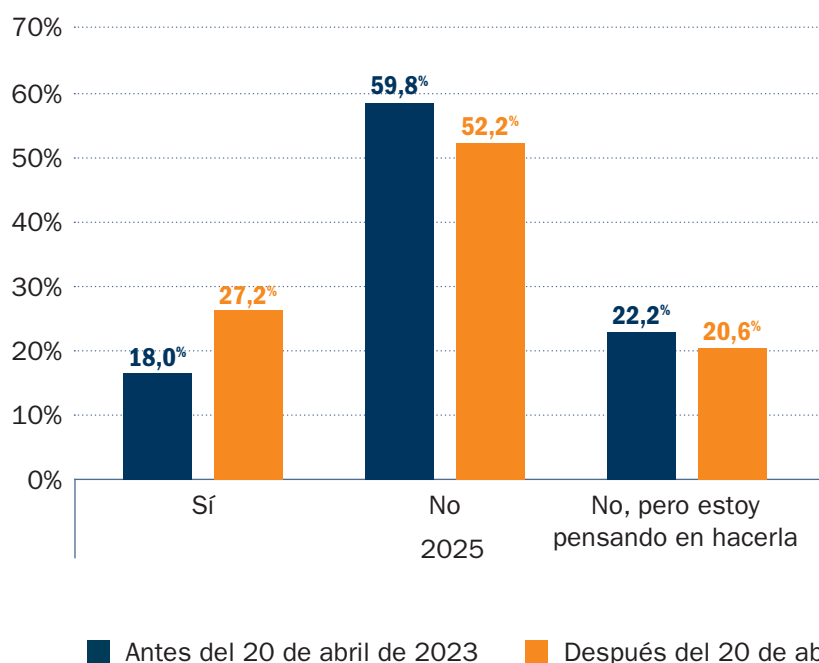
“Yo la última si me ha gustado más la última técnica, porque los demás bueno, tanto la de la primera como los de las revisiones posteriores que he tenido pues era como pues bueno, un ejemplo. Pues venga, levanta una pierna o levanta los brazos, así como cosas muy superfluas, muy que no, no ahondaban más a preguntarme cosas de cómo yo me sentía de mi día a día. (...) Y está última, si esta última si me ha preguntado más cosas y vamos”. (Caso 3. Mujer, 45 a 54 años)

A partir de las personas con discapacidad física y orgánica que comentan haber realizado una alegación o reclamación, se observa un **cambio en la intención de reclamar por parte de las personas con discapacidad tras el 20 de abril de 2023**. Antes de esa fecha, solo el **18%** había presentado una reclamación, mientras que después el porcentaje aumenta a **27%**.

Aunque la proporción de personas que están considerando hacerlo se mantiene relativamente estable (22% antes y 21% después), se observa una **disminución en quienes no tienen intención de reclamar, pasando del 60% al 52%**. Esta evolución sugiere un incremento en la movilización de las personas afectadas, posiblemente motivado por un mayor descontento con las valoraciones realizadas tras la entrada en vigor del Nuevo Baremo.

Aunque la proporción de personas que están considerando hacerlo se mantiene relativamente estable (22% antes y 21% después), se observa una **disminución en quienes no tienen intención de reclamar, pasando del 60% al 52%**. Esta evolución sugiere un incremento en la movilización de las personas afectadas, posiblemente motivado por un mayor descontento con las valoraciones realizadas tras la entrada en vigor del Nuevo Baremo.

Gráfico 14. ¿Has realizado alegaciones/reclamaciones a la resolución obtenida? Según fecha de valoración



Nota: porcentaje válido para personas valoradas antes del Nuevo Baremo (n=528) y después del Nuevo Baremo (n=360).

4 Conclusiones





A través del desarrollo de los capítulos anteriores se han identificado las siguientes conclusiones presentadas a continuación en torno a seis ejes temáticos:

1. Alcance y cobertura: La barrera del desconocimiento y el acceso

El análisis del alcance de la valoración revela que existe una **brecha significativa entre los derechos teóricos y el acceso real a los mismos**. Se ha identificado el fenómeno de *non take-up* (no aprovechamiento), donde personas con discapacidad no acceden al sistema debido a la complejidad administrativa y el desconocimiento.

La evidencia muestra que muchas personas inician el trámite “a ciegas”, sin saber qué documentación aportar o incluso las fases del proceso. Además, la dificultad para contactar telefónicamente con los centros agrava esta desprotección. Por tanto, es urgente garantizar canales de información claros y accesibles para evitar la exclusión administrativa. Ante la falta de orientación oficial, las entidades del Movimiento Asociativo de la discapacidad cumplen un rol central informando y acompañando a las personas solicitantes. Aquellas personas vinculadas a asociaciones inician el proceso mejor informadas, lo que justifica la demanda **de una participación estable y multinivel del tejido asociativo como un agente estructural dentro de la toma de decisiones del sistema de valoración**.

2. Tiempos de espera: La vulneración sistemática de plazos

El estudio de los tiempos de espera arroja una realidad preocupante y es que, aunque la norma establece un máximo de 6 meses, el proceso completo de valoración con el Nuevo Baremo tiene una duración media de 16 meses (más de un año para la cita y cerca de 4 meses para la resolución). El **incumplimiento de los tiempos es generalizado y tiene consecuencias graves**: el 85% de las personas encuestadas considera que estas demoras han impactado moderada o altamente en el ejercicio de sus derechos, impidiendo el acceso a empleo, tarjetas de aparcamiento o prestaciones económicas. Esto fundamenta la exigencia de cumplir con los plazos legales para garantizar la protección y los derechos recogidos en la normativa nacional e internacional.

Se detecta una infrautilización de herramientas legales como los “criterios de simplificación” debido a la inseguridad jurídica que genera en los profesionales. Una gestión eficiente no debe implicar recortes en la calidad, sino el **uso inteligente del triaje y la simplificación administrativa previstos en la norma**, junto con medidas estructurales para aumentar los recursos.

3. Organización del proceso: La calidad de la valoración en juego

La organización del proceso presenta dificultades estructurales, especialmente en la composición de los equipos y la modalidad de las citas. Se observa un aumento del uso de valoraciones no presenciales, algo que puede desvirtuar el carácter excepcional que la ley otorga a esta modalidad.



La presencialidad es fundamental para humanizar el proceso y permitir que la persona exponga su caso y la afectación de la vida diaria, algo imposible en la revisión documental. Además, la multidisciplinariedad es deficiente dado que solo el 2% de los casos fueron valorados por un equipo completo de cuatro profesionales (médico, psicólogo, trabajador social y rehabilitador). Otro aspecto relevante en la organización es la falta de homogeneidad en el funcionamiento de cada centro y cada territorio.

4. Formación de los profesionales: El impacto de la capacitación en la equidad

Sobre la percepción sobre la competencia técnica de los equipos destaca que el 68% de las personas valoradas con el Nuevo Baremo considera **que el equipo tenía pocos o nulos conocimientos sobre su situación**. Y es preocupante que esta variable es la que más influye en la inconformidad final.

Se detecta falta de **formación específica sobre enfermedades raras, discapacidades orgánicas y patologías “invisibles”**, algo que preocupa si ello conduce a minimizar síntomas considerados como subjetivos. Además, la formación sobre el nuevo marco legal no es obligatoria en todas las comunidades ni existe una homogeneidad en los planes de formación.

5. Equidad Territorial: La desigualdad según el código postal

El análisis de equidad revela una **implementación heterogénea del Nuevo Baremo que podría romper el principio de igualdad**. Las diferencias son notables en las modalidades de cita presencial frente a la modalidad telemática, así como en los criterios de organización.

Estas disparidades justifican la necesidad de garantizar que el acceso a derechos no dependa de la comunidad autónoma de residencia. Además, la inequidad pone también de relieve la importancia de cumplir con el principio de transparencia para que las personas conozcan el procedimiento concreto en su territorio.

6. Satisfacción y garantías: Un sistema que desincentiva la reclamación

El **nivel de inconformidad ha crecido con la implementación del Nuevo Baremo**, alcanzando al 74% de las personas valoradas. Además, se observa una reducción en los grados de discapacidad reconocidos: se redujo en 2,74 puntos porcentuales con el Nuevo Baremo (41,9% al 39,2%). En paralelo los datos indican que las personas reconocidas con una discapacidad inferior al 33% pasó del 33,3% al 40,3%. Junto a todo ello se aprecia una invisibilización de las comorbilidades en el 77% de los casos.

Aunque la intención de reclamar ha aumentado (27%), las probabilidades de éxito han disminuido: los casos en los que la reclamación mejora el grado han caído 13 puntos, mientras que aumentan aquellos en los que el grado baja aún más tras la revisión²⁵. Esto evidencia un sistema de garantías ineficaz y punitivo. Se reivindica un mecanismo de reclamación seguro, objetivo y ágil que no penalice a la ciudadanía por ejercer su derecho a revisión.

La **presencialidad es fundamental para humanizar el proceso y permitir que la persona explique su día a día**, algo imposible en la revisión documental. Además, la multidisciplinariedad es deficiente dado que solo el 2% de los casos fueron valorados por un equipo completo de cuatro profesionales (médico, psicólogo, trabajador social y rehabilitador).

5 Reivindicaciones





Las siguientes reivindicaciones emergen de los anteriores capítulos y por tanto se basan en conclusiones y hallazgos clave que deben ser tomados en consideración por las administraciones para una correcta implementación del baremo de valoración. Cada una de estas reivindicaciones está integrada dentro de una conclusión general vinculada con los análisis por ejes temáticos.

Aumentar el alcance y cobertura de la valoración de la discapacidad

01. Facilitar información de calidad a las personas que quieran iniciar el proceso y apoyarlas en la elaboración de la solicitud cuando sea necesario.
 - Mediante la elaboración de guías comprensibles, vídeos explicativos y materiales accesibles que detallen las fases del proceso de valoración, la documentación necesaria, los criterios aplicados y los tiempos estimados, con el fin de que las personas afronten el procedimiento con mayores certezas y garantías.
02. Mejorar los canales de información y orientación sobre cómo iniciar el procedimiento de valoración.
 - Por medio de la creación de protocolos claros y compartidos entre el sistema sanitario y social además de entidades sociales asociadas, para garantizar que las personas reciban información homogénea, accesible y actualizada.
03. Garantizar accesibilidad universal del procedimiento (física, informativa y digital).
 - Gracias a formularios adaptados y plataformas digitales accesibles, pero manteniendo la atención presencial en puntos de información.
04. Promover las formaciones específicas sobre el baremo de valoración y el RD 888/2022 para mejorar la calidad del proceso de valoración en su conjunto.
 - Formación obligatoria y especializada para el personal valorador (EVO) Mediante la implantación de planes formativos obligatorios, continuados y actualizados que aborden el RD 888/2022, el Baremo, la entrevista clínica estandarizada y el enfoque biopsicosocial, con el fin de garantizar criterios homogéneos y una práctica valoradora de calidad en todas las Comunidades Autónomas.
 - Formación básica para profesionales externos (sanitarios y sociales) y canales de información disponibles para consulta de cualquier profesional. A través de materiales didácticos y webinars dirigidos a profesionales, para que dispongan de conocimientos mínimos y puedan trasladar información correcta y homogénea a las personas usuarias.

Agilizar las listas de espera para la valoración de la discapacidad

05. Reducir listas de espera en los distintos territorios.
 - Mediante el refuerzo del personal valorador y la formación sobre el RD y el BAREDI entre los equipos profesionales.
 - A través del refuerzo de las partidas presupuestarias específicas para poder ampliar los equipos de valoración y mejorar las condiciones laborales para hacerlas más atractivas, especialmente en el caso de los perfiles sanitarios.



06. Extender las buenas prácticas en la gestión de las citas sin perjuicio en la calidad de la valoración.
- A través de la sensibilización entre el personal valorador sobre los instrumentos jurídicos orientados a agilizar el proceso (criterios de simplificación), así como la generación de espacios de encuentro (físicos o digitales) para poner en común buenas prácticas entre equipos de toda España.
07. Garantizar una gestión de tiempos eficaz, equitativa y transparente que permita atender con rapidez y calidad a todas las personas.
- Mediante la mejora de la organización interna de los equipos de valoración y la definición de criterios técnicos mínimos, claros y homogéneos entre todos los territorios en lo relativo a la gestión de agendas, incorporando solo mecanismos de priorización basados en criterios objetivos de urgencia, complejidad o deterioro funcional acuciante, y evitando cualquier práctica que pueda generar discriminaciones.

Asegurar una correcta organización del proceso de valoración

08. Garantizar la presencialidad de la valoración como modalidad general del procedimiento, con la preferencia de la persona como criterio central.
- Mediante el establecimiento de criterios claros y transparentes para el uso de modalidades no presenciales -siendo la voluntad de la persona como elemento central- y asegurando que estas modalidades solo se utilicen cuando aporten garantías equivalentes y no limiten los derechos de quienes solicitan la valoración.
09. Asegurar valoraciones plenamente multidisciplinarias en todas las solicitudes, asegurando la participación efectiva de los perfiles profesionales previstos en el procedimiento.
- Mediante la dotación de recursos suficientes para constituir equipos completos, la contratación de perfiles diversos conforme al marco jurídico y el refuerzo del enfoque biopsicosocial en todas las valoraciones, integrando de manera efectiva las perspectivas médica, psicológica y social.
10. Establecer mecanismos de seguimiento y transparencia para detectar ineficiencias y desigualdades del proceso de valoración.
- Incluyendo la recogida y publicación en formatos abiertos de datos sobre tiempos, cargas de trabajo, incidencias y resultados, como herramienta de gobierno abierto y mejora continua del sistema.
11. Mejorar la coordinación entre comunidades autónomas mediante interoperabilidad de información.
- A través del establecimiento de sistemas interoperables que permitan a los equipos valoradores consultar información clínica y social existente, evitando duplicidades, retrasos y derivaciones innecesarias.



Proporcionar una formación de calidad a los equipos valoradores

12. Implementar planes de formación obligatoria y especializada en discapacidad para profesionales de reciente incorporación.
 - Gracias al diseño de itinerarios específicos con materias comunes y otras específicas dependiendo del perfil profesional obligatorio para todos los profesionales que se incorporen al servicio de valoración.
13. Promover formaciones transversales sobre la valoración desde la perspectiva de la discapacidad física u orgánica.
 - Mediante la creación de campañas formativas entre el personal valorador sobre enfermedades de baja prevalencia, consideración de comorbilidades, la invisibilidad de ciertas patologías, particularidades de menores de edad con discapacidad y/o los determinantes sociales de la salud.
14. Promover entre los equipos valoradores dinámicas y prácticas para favorecer el buen trato basado en la empatía y la escucha activa.
 - A través de la elaboración de protocolos, guías y/o talleres de comunicación empática y escucha activa y buen trato.

Garantizar la equidad en el proceso de valoración de la discapacidad

15. Favorecer la equidad territorial en todas las fases del proceso de valoración de la discapacidad con independencia del territorio, el centro de valoración o el profesional concreto.
 - Mediante la realización de auditorías interterritoriales y la garantía de interoperabilidad entre sistemas de gestión autonómicos -incluida la integración del BAREDI- para evitar desigualdades y mejorar la eficiencia del proceso en todo el Estado.
16. Sensibilizar a la población española sobre la discapacidad y fomentar el conocimiento del proceso mejorar la equidad en términos de acceso al procedimiento.
 - Por medio de campañas de sensibilización y la divulgación de información relativa a la discapacidad poniendo de relieve la importancia del procedimiento de valoración.

Asegurar una adecuada calidad de la atención y valoración de la discapacidad en todo el territorio

17. Medir la satisfacción de las personas valoradas con el proceso de valoración de la discapacidad.
 - A partir de la generalización de encuestas post-valoración en todo el territorio español que permitan generar conocimiento útil.
18. Garantizar la consideración efectiva de los informes sociales, psicológicos y clínicos aportados.
19. Mediante la obligatoriedad de incorporar en el expediente los informes elaborados por profesionales colegiados -especialmente de Trabajo Social y Psicología- y asegurar la trazabilidad de su análisis e impacto.



20. Implantar mecanismos eficaces para detectar y corregir irregularidades en el proceso de valoración de la discapacidad, garantizando la trazabilidad y el tratamiento adecuado de todas las incidencias comunicadas por la ciudadanía.
 - Mediante la divulgación clara de los mecanismos existentes para quejas y sugerencias, así como los buzones asegurando que cada comunicación cuente con garantías de seguimiento, respuesta y consideración efectiva, evitando que las aportaciones queden sin análisis o sin resolver.
21. Reforzar la coordinación entre los servicios de valoración y educación, para proteger derechos educativos de menores y adolescentes con discapacidad.
 - Mediante la creación de circuitos de comunicación y protocolos de intercambio de información que permitan agilizar trámites y evitar retrasos que afecten a la continuidad educativa.

Fortalecer y ampliar la participación del Movimiento Asociativo en el sistema de valoración

22. Establecer canales de comunicación directa con las entidades del Movimiento Asociativo en torno a las mediciones sobre calidad, equidad y afectación en el proceso de valoración, tanto a nivel estatal como a nivel territorial.
 - A través de mesas de diálogo permanentes entre administración y el Movimiento Asociativo representativo de la discapacidad que sirva también como mecanismo de comunicación y transparencia sobre el propio proceso de valoración.
23. Garantizar una participación efectiva y multinivel del Movimiento Asociativo en el sistema de valoración con influencia real en la toma de decisiones.
 - Mecanismos de gobierno abierto para formular propuestas, seguir su implementación y asegurar que la participación estatal se traslade de forma coherente a los niveles autonómicos y locales.
24. Reforzar la co-gobernanza y la rendición de cuentas del sistema favoreciendo la transparencia.
 - Gracias a la creación y difusión periódica de informes sobre el proceso de valoración (tiempos de espera, criterios, resultados, etc.) a través de un observatorio que coordine y publique la información.

6

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS



- COCEMFE. (2024). *Informe preliminar: Irregularidades en la aplicación del baremo de discapacidad*. [informe-irregularidades-baremo-discapacidad-avance.pdf](#)
- Costas, E., Ferrer, C., y Ponce, J. (2022). *Informe: El impacto de los trámites administrativos en el acceso a las prestaciones sociales. Una perspectiva conductual*. KSNET. https://www.ksnet.eu/wp-content/uploads/2022/05/Infome_Impacto-tramites-administrativos_ESP.pdf
- Instituto Nacional de Estadística. (2020). *Encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y Situaciones de Dependencia (EDAD)*. INE.
- Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030. (s. f.). *Anexo 2: Procedimiento para el reconocimiento, declaración y clasificación del grado de discapacidad adaptado a la CIF-OMS/2001*.
- Organización Mundial de la Salud. (2001). *Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud: CIF*. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- Servimedia. (2023, 14 de diciembre). *Las listas de espera para la valoración de la discapacidad caen*. [Discapnet, Fundación ONCE].
- Ubrich, T. (2023). *Non take-up o desaprovechamiento de los derechos: La brecha entre las prestaciones sociales sobre el papel y en la práctica*. *Documentación Social*, (13). <https://documentacionsocial.es/13/documentacion/non-take-up-o-desaprovechamiento-de-los-derechos-la-brecha-entre-las-prestaciones-sociales-sobre-el-papel-y-en-la-practica/>

7 Anexos





Anexo 1. Análisis multivariable (cuestionario)

Se realizó una regresión lineal múltiple con el objetivo de identificar las variables que más influyen en el grado de conformidad con la valoración de discapacidad obtenida. Previamente, se corrió una matriz de correlaciones bivariadas, a partir de la cual se seleccionaron las variables que mostraron asociaciones estadísticamente significativas con la variable dependiente para incluirlas en el modelo.

El modelo global resultó estadísticamente significativo ($F(5, 882)=137,847$; $p<0,001$), explicando el 43,5% de la varianza en el grado de conformidad (R^2 ajustado=0,435), lo que indica un buen ajuste para datos sociales.

La variable dependiente se entiende como grado de inconformidad (categorías de 1 a 4, donde 1 es muy conforme y 4 es totalmente inconforme). En cuanto a las variables independientes, los resultados indican que las que tienen mayor peso explicativo sobre la inconformidad son la percepción de que la **persona que hizo la valoración no tiene conocimientos sobre la discapacidad** ($B=0,304$; $\beta=0,276$; $p<0,001$) y la **valoración global del trato**¹⁰ recibido ($B=0,218$; $\beta=0,184$; $p<0,001$), ambas con coeficientes positivos, lo que implica que **a mayor puntuación en estas variables aumenta la inconformidad con la valoración**.

En otras palabras, entre menos conocimiento considera la persona que tenía el/la profesional sobre su discapacidad, y entre peor trato siente que recibió, mayor es su inconformidad con todo el proceso de valoración.

También influyen positivamente, aunque con menor magnitud, el tiempo de espera entre la solicitud y la cita ($B=0,065$; $p=0,001$) y la percepción de que no tomaron en cuenta la afectación en la vida diaria ($B=0,062$; $p=0,002$), sugiriendo que las personas que no fueron consultadas por sus dificultades en la vida diaria y que esperan más tiempo tienden a valorar más negativamente la resolución cuando finalmente son atendidas. Por el contrario, el **grado de discapacidad obtenido presenta un coeficiente negativo** ($B=-0,017$; $\beta=-0,327$; $p<0,001$), indicando que **a mayor grado de discapacidad reconocido disminuye el grado de inconformidad**. Las estadísticas de colinealidad ($VIF<2$) descartan problemas de multicolinealidad entre predictores.

¹⁰ Con categorías de respuesta del 1 al 4, donde 1 es Muy bueno y 4 Muy malo.



• Matriz de correlación

		P. 33	P. 34	P. 36	P.43	P. 44
P33 Género	Coeficiente	1,000	-0,004	0,006	-0,024	-,115**
P34 Edad	Coeficiente	-0,004	1,000	-0,057	-0,004	-0,028
P36 Y el municipio en el que resides es...?	Coef. de correlación	0,006	-0,057	1,000	0,037	0,025
P43 Tipo de valoración obtenida	Coef. de correlación	-0,024	-0,004	0,037	1,000	,083*
P44 Modalidad de cita que recibiste	Coef. de correlación	-,115**	-0,028	0,025	,083*	1,000
P46 Señala si la valoración fue	Coef. de correlación	0,061	-,114**	-0,014	0,033	0,019
P47 Tiempo de espera entre la solicitud y la cita	Coef. de correlación	0,038	-0,026	0,011	-0,055	0,047
P51 ¿Crees que se tuvo en cuenta tus informes?	Coef. de correlación	0,016	-0,054	-0,009	0,023	,150**
P54 Afectación en la vida diaria	Coef. de correlación	0,043	-0,064	0,019	0,024	,156**
P55 Conocimientos sobre tu discapacidad	Coef. de correlación	,074*	-,079*	-,067*	0,046	,121**
P57 Valora globalmente el trato recibido	Coef. de correlación	0,023	-,068*	-0,030	,088**	,191**
P60 Tiempo de espera hasta la resolución	Coef. de correlación	-0,042	0,028	0,006	-0,009	,265**
P62 Tu resolución fue...	Coeficiente	0,015	,133**	-0,052	-0,013	-0,038
P61 Grado de discapacidad	Coeficiente	-0,060	,146**	0,017	,208**	-0,019
P63 Grado de conformidad	Coeficiente	,080*	-0,024	0,006	0,006	,082*
P64 Alegaciones/reclamaciones	Coeficiente	-0,004	0,062	0,038	0,043	-,087**
Comunidades Autónomas	Coeficiente	-0,047	0,029	-,110**	0,054	-0,007

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral)

* . La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral)



P. 46	P. 47	P. 51	P. 54	P. 55	P. 57	P. 60	P. 62	P. 61	P. 63	P. 64	CC.AA
0,061	0,038	0,016	0,043	,074*	0,023	-0,042	0,015	-0,060	,080*	-0,004	-0,047
-,114**	-0,026	-0,054	-0,064	-,079*	-,068*	0,028	,133**	,146**	-0,024	0,062	0,029
-0,014	0,011	-0,009	0,019	-,067*	-0,030	0,006	-0,052	0,017	0,006	0,038	-,110**
0,033	-0,055	0,023	0,024	0,046	,088**	-0,009	-0,013	,208**	0,006	0,043	0,054
0,019	0,047	,150**	,156**	,121**	,191**	,265**	-0,038	-0,019	,082*	-,087**	-0,007
1,000	,143**	,078*	0,002	,099**	0,054	-,263**	-,108**	-,067*	,129**	-,095**	-0,023
,143**	1,000	,172**	,121**	,232**	,190**	,257**	-0,040	-,108**	,232**	-,196**	-,154**
,078*	,172**	1,000	,330**	,432**	,455**	,104**	0,010	-,207**	,391**	-,211**	0,009
0,002	,121**	,330**	1,000	,452**	,451**	,135**	-0,054	-,175**	,364**	-,200**	-,076*
,099**	,232**	,432**	,452**	1,000	,629**	,150**	-0,059	-,221**	,528**	-,333**	-0,057
0,054	,190**	,455**	,451**	,629**	1,000	,201**	-0,015	-,234**	,508**	-,352**	-0,020
-,263**	,257**	,104**	,135**	,150**	,201**	1,000	-0,059	-0,012	,110**	-0,064	-0,040
-,108**	-0,040	0,010	-0,054	-0,059	-0,015	-0,059	1,000	,145**	-,108**	0,034	0,066
-,067*	-,108**	-,207**	-,175**	-,221**	-,234**	-0,012	,145**	1,000	-,446**	,266**	0,062
,129**	,232**	,391**	,364**	,528**	,508**	,110**	-,108**	-,446**	1,000	-,483**	-0,007
-,095**	-,196**	-,211**	-,200**	-,333**	-,352**	-0,064	0,034	,266**	-,483**	1,000	-0,037
-0,023	-,154**	0,009	-,076*	-0,057	-0,020	-0,040	0,066	0,062	-0,007	-0,037	1,000

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral)

* . La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral)



• Resumen del modelo

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado ajustado	Error estándar de la estimación	Estadísticos de cambio				
						Cambio en F	gl1	gl2	Sig. Cambio en F
1	,662 ^a	,439	,435	,72108	,439	137,847	5	882	,000

• Anova

	Modelo	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
1	Regresión	358,371	5	71,674	137,847	,000b
	Residuo	458,601	882	,520		
	Total	816,972	887			

a. Variable dependiente: Señala el grado de conformidad con tu valoración

• Coeficientes de regresión

Modelo		Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados			95,0% intervalo de confianza para B		Estadísticas de colinealidad	
		B	Desv. Error	Beta	t	Sig.	Límite inferior	Límite superior	Tolerancia	VIF
1	(Constante)	1,994	,123		16,252	,000	1,753	2,235		
	P47 Tiempo de espera entre la solicitud y la cita	,065	,019	,090	3,449	,001	,028	,103	,939	1,065
	P54 Afectación en la vida diaria	,062	,020	,089	3,104	,002	,023	,100	,772	1,295
	P55 Conocimientos sobre tu discapacidad	,304	,037	,276	8,144	,000	,231	,378	,554	1,806
	P57 Valora globalmente el trato recibido	,218	,040	,184	5,476	,000	,140	,296	,563	1,776
	P61 Grado de discapacidad obtenido	-,017	,001	-,327	-12,497	,000	-,020	-,014	,928	1,078

a. Variable dependiente: Señala el grado de conformidad con tu valoración

Anexo 2. Análisis territorial por Comunidad Autónoma (Cuestionario)

Para explorar la posible influencia del territorio en distintas variables de la fase de la valoración de discapacidad, se realizó un análisis bivariado entre la variable de comunidad autónoma y diversas variables de interés. Utilizando la matriz de correlaciones anterior, se realizaron cruces entre la variable de Comunidad Autónoma y aquellas variables con correlación significativa.

Las tablas a continuación corresponden al cruce con los casos del grupo de personas valoradas con el Nuevo Baremo, donde las diferencias observadas entre comunidades no alcanzaron significación estadística, a diferencia de lo que ocurre en la muestra total, donde sí se identifican diferencias relevantes. No olvidar que el diseño del muestreo no es representativo, por lo que no garantiza representatividad a nivel de comunidad autónoma. Esto significa que el número de respuestas recogidas en cada CCAA puede no reflejar adecuadamente la composición real de su población. Por tanto, cualquier diferencia observada entre comunidades podría no responder a patrones reales, sino a variaciones aleatorias propias del proceso de muestreo.

Por este motivo, los resultados se presentan de forma principalmente descriptiva, mostrando medias, frecuencias y tendencias generales por comunidad autónoma. Es importante interpretar estos hallazgos con cautela, ya que podrían deberse más al azar que a factores estructurales o contextuales, además que en varias comunidades el número de casos es muy reducido, lo que limita la potencia estadística de las pruebas y puede influir en la estabilidad de las estimaciones.

7.1.1 Valoración de la afectación en la vida diaria

	Me preguntaron durante la entrevista		He rellenado un cuestionario		En la entrevista y en el cuestionario		No		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Andalucía	9	25,0%	0	0,0%	5	13,9%	22	61,1%	36	100%
Aragón	16	35,6%	2	4,4%	8	17,8%	19	42,2%	45	100%
Principado de Asturias	1	100%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	100%
Islas Baleares	12	66,7%	0	0,0%	0	0,0%	6	33,3%	18	100%
Cantabria	5	38,5%	0	0,0%	4	30,8%	4	30,8%	13	100%
Islas Canarias	0	0,0%	1	20,0%	1	20,0%	3	60,0%	5	100%
Castilla-La Mancha	4	30,8%	4	30,8%	2	15,4%	3	23,1%	13	100%
Castilla y León	12	50,0%	1	4,2%	3	12,5%	8	33,3%	24	100%
Cataluña	8	30,8%	5	19,2%	4	15,4%	9	34,6%	26	100%
Comunidad Valenciana	4	12,5%	3	9,4%	1	3,1%	24	75,0%	32	100%
Extremadura	0	0,0%	0	0,0%	2	50,0%	2	50,0%	4	100%
Galicia	13	27,1%	3	6,3%	15	31,3%	17	35,4%	48	100%
Comunidad de Madrid	30	40,5%	5	6,8%	10	13,5%	29	39,2%	74	100%
Región de Murcia	1	50,0%	0	0,0%	1	50,0%	0	0,0%	2	100%
Comunidad Foral de Navarra	5	50,0%	1	10,0%	2	20,0%	2	20,0%	10	100%
País Vasco	3	42,9%	0	0,0%	2	28,6%	2	28,6%	7	100%
La Rioja	1	100%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	100%
Ceuta y Melilla	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	100%	1	100%
TOTAL	124	34,4%	25	6,9%	60	16,7%	151	41,9%	360	100%



7.1.2 Valoración del trato recibido por parte del equipo de valoración

	Muy bueno		Bueno		Malo		Muy malo		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Andalucía	4	11,1%	18	50,0%	10	27,8%	4	11,1%	36	100%
Aragón	5	11,1%	22	48,9%	11	24,4%	7	15,6%	45	100%
Principado de Asturias	1	100%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	100%
Islas Baleares	2	11,1%	9	50,0%	6	33,3%	1	5,6%	18	100%
Cantabria	2	15,4%	7	53,8%	4	30,8%	0	0,0%	13	100%
Islas Canarias	1	20,0%	1	20,0%	1	20,0%	2	40,0%	5	100%
Castilla-La Mancha	2	15,4%	6	46,2%	4	30,8%	1	7,7%	13	100%
Castilla y León	4	16,7%	17	70,8%	2	8,3%	1	4,2%	24	100%
Cataluña	2	7,7%	14	53,8%	7	26,9%	3	11,5%	26	100%
Comunidad Valenciana	1	3,1%	9	28,1%	13	40,6%	9	28,1%	32	100%
Extremadura	1	25,0%	2	50,0%	1	25,0%	0	0,0%	4	100%
Galicia	10	20,8%	22	45,8%	10	20,8%	6	12,5%	48	100%
Comunidad de Madrid	11	14,9%	31	41,9%	25	33,8%	7	9,5%	74	100%
Región de Murcia	0	0,0%	2	100%	0	0,0%	0	0,0%	2	100%
Comunidad Foral de Navarra	3	30,0%	3	30,0%	3	30,0%	1	10,0%	10	100%
País Vasco	2	28,6%	3	42,9%	2	28,6%	0	0,0%	7	100%
La Rioja	0	0,0%	1	100%	0	0,0%	0	0,0%	1	100%
Ceuta y Melilla	0	0,0%	0	0,0%	1	100%	0	0,0%	1	100%
TOTAL	51	14,2%	167	46,4%	100	27,8%	42	11,7%	360	100%

7.1.3 Tipo de resolución

	Temporal		Definitiva		Total	
	N	%	N	%	N	%
Andalucía	21	58,3%	15	41,7%	36	100,0%
Aragón	10	22,2%	35	77,8%	45	100,0%
Principado de Asturias	0	0,0%	1	100,0%	1	100,0%
Islas Baleares	5	27,8%	13	72,2%	18	100,0%
Cantabria	2	15,4%	11	84,6%	13	100,0%
Islas Canarias	1	20,0%	4	80,0%	5	100,0%
Castilla-La Mancha	1	7,7%	12	92,3%	13	100,0%
Castilla y León	6	25,0%	18	75,0%	24	100,0%
Cataluña	5	19,2%	21	80,8%	26	100,0%
Comunidad Valenciana	12	37,5%	20	62,5%	32	100,0%
Extremadura	0	0,0%	4	100,0%	4	100,0%
Galicia	20	41,7%	28	58,3%	48	100,0%
Comunidad de Madrid	18	24,3%	56	75,7%	74	100,0%
Región de Murcia	1	50,0%	1	50,0%	2	100,0%
Comunidad Foral de Navarra	3	30,0%	7	70,0%	10	100,0%
País Vasco	3	42,9%	4	57,1%	7	100,0%
La Rioja	1	100,0%	0	0,0%	1	100,0%
Ceuta y Melilla	1	100,0%	0	0,0%	1	100,0%
TOTAL	110	30,6%	250	69,4%	360	100,0%



7.1.4 ¿Has realizado alegaciones/reclamaciones?

	Sí		No, pero estoy pensándolo		No		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Andalucía	10	27,8%	5	13,9%	21	58,3%	36	100%
Aragón	13	28,9%	8	17,8%	24	53,3%	45	100%
Principado de Asturias	0	0,0%	0	0,0%	1	100,0%	1	100%
Islas Baleares	7	38,9%	2	11,1%	9	50,0%	18	100%
Cantabria	2	15,4%	5	38,5%	6	46,2%	13	100%
Islas Canarias	3	60,0%	2	40,0%	0	0,0%	5	100%
Castilla-La Mancha	2	15,4%	2	15,4%	9	69,2%	13	100%
Castilla y León	3	12,5%	6	25,0%	15	62,5%	24	100%
Cataluña	6	23,1%	7	26,9%	13	50,0%	26	100%
Comunidad Valenciana	15	46,9%	8	25,0%	9	28,1%	32	100%
Extremadura	2	50,0%	0	0,0%	2	50,0%	4	100%
Galicia	13	27,1%	6	12,5%	29	60,4%	48	100%
Comunidad de Madrid	18	24,3%	17	23,0%	39	52,7%	74	100%
Región de Murcia	0	0,0%	0	0,0%	2	100,0%	2	100%
Comunidad Foral de Navarra	2	20,0%	4	40,0%	4	40,0%	10	100%
País Vasco	1	14,3%	2	28,6%	4	57,1%	7	100%
La Rioja	1	100,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	100%
Ceuta y Melilla	0	0,0%	0	0,0%	1	100,0%	1	100%
TOTAL	98	27,2%	74	20,6%	188	52,2%	360	100,0%



Anexo 3. Guión acompañamiento telefónico

Los guiones se personalizaron de acuerdo con las respuestas a los cuestionarios y por ello se realizó un guion base sobre el que se fueron implementando los cambios pertinentes para adaptarlo a cada caso.

Las preguntas marcadas **en azul** en este documento son aquellas que deben ser adaptadas según las respuestas del cuestionario; debajo de cada una, en cursiva, se indica la pregunta de referencia en el cuestionario. Las preguntas **en marrón** son preguntas filtradas según una respuesta concreta, es decir, sólo deben formularse a aquellas personas que hayan respondido algo específico en el cuestionario. En estos casos, también se indica en debajo, *en cursiva*, el filtro correspondiente a la pregunta del cuestionario.

El guion se estructura en cuatro bloques:

1) solicitud

2) valoración

3) resolución

4) reclamación

Los bloques de preguntas sobre solicitud y valoración son generales para las 10 personas entrevistadas a excepción de algunas preguntas filtradas señaladas en marrón. Las preguntas del último bloque de reclamación se aplicarán únicamente a quienes se encuentren esa fase del proceso de valoración.

SOLICITUD

01. ¿Podría contar como llegaste a iniciar el proceso de solicitud y qué personas o profesionales influyeron en tu decisión? (no leer: de qué forma se enteró de que podía solicitar el reconocimiento).
02. Qué información previa tenía sobre el proceso de valoración de la discapacidad y cómo se informó.
03. Podría comentar brevemente el papel que tuvo la entidad XXX a la que pertenece en estos momentos iniciales y más adelante.
04. Antes de iniciar el proceso de valoración, qué grado de conocimiento tenía sobre los servicios y recursos asociados al reconocimiento de la discapacidad. (No leer: *catálogo de servicios y recursos para la discapacidad*).
05. ¿Podría comentar qué le motivó finalmente a comenzar el proceso de reconocimiento?

Hay que tener en cuenta el perfil y guiarse por la pregunta 39.

06. ¿Qué dificultades ha encontrado en el proceso de solicitud de cita para la valoración de la discapacidad? (no leer: Accesibilidad, digitalización de los procedimientos...).
07. Según lo indicado en el cuestionario usted tardó ____ meses en conseguir la cita para la valoración. ¿Cómo afectó en su vida el tiempo de espera hasta la cita? ¿Siente que tuvo necesidades que se quedaron sin cubrir durante este periodo? ¿cuáles?

Esta pregunta deberá ser redactada tomando como referencia la respuesta al cuestionario de la pregunta 47 y 48



08. Qué propuestas haría para mejorar el proceso de solicitud de cita para la valoración de discapacidad.

VALORACIÓN

09. Podría comentar si usted antes de acudir a la cita contaba con información sobre cómo se desarrolla la valoración, qué preguntas le harían, qué profesionales intervendrían etc.
10. Podría comentar brevemente cómo se sintió durante la entrevista de valoración. ¿Cumplió sus expectativas?

11. ¿Cómo valoras la capacidad del profesional para entender tu situación y necesidades durante la valoración?

Hay que tener en cuenta la pregunta 55, 56 y 57, pero no hace falta reformularla.

12. Usted señaló en el cuestionario que tuvo ciertos problemas en el proceso de valoración debido a que la cita no fue presencial, ¿podría ahondar en estos problemas y su relación con la falta de presencialidad?

Esta pregunta solamente se formulará a personas que hayan contestado “telemática y telefónica” en la pregunta 44. Además, debe orientarse tomando como referencia la respuesta al cuestionario de la pregunta 45.

13. Además de los tiempos de espera o la modalidad de la cita, ¿qué dificultades encontraste en la entrevista de valoración que le hicieron? (no leer: accesibilidad, ubicación del centro, lenguaje incomprensible, discriminación...).

Esta pregunta deberá ser redactada tomando como referencia las respuestas al cuestionario de la pregunta 45, 47, 48 y 58.

14. Según consta en el cuestionario, usted fue valorado/a también antes de la implantación del Nuevo Baremo (abril de 2023), ¿qué diferencias percibes entre el proceso de valoración anterior y el actual? ¿qué aspectos destacarías como mejoras o retrocesos?

Sólo se preguntará a personas que hayan respondido que sí han sido valoradas antes de abril de 2023 en la pregunta 46.

15. Podría comentar su opinión acerca del equipo de profesionales que le valoraron. ¿Cómo fue el trato que recibió?

Esta pregunta deberá ser redactada tomando como referencia las respuestas al cuestionario de la pregunta 57 y teniendo en cuenta la pregunta 49.

16. ¿Usted sabe si en la valoración se le aplicó el BRP (Baremo de Restricciones a la Participación)?



17. En cuanto al BLAM (Baremo de Limitaciones en las Actividades de Movilidad), ¿sabe si se le aplicó y se tuvo en cuenta en su valoración?
18. Podrías comentar si la información proporcionada por el equipo de profesionales durante la valoración considera que suficiente, comprensible y accesible.

19. Durante la entrevista de valoración, usted percibió que el equipo profesional no tenía conocimientos suficientes sobre la discapacidad. ¿Podría profundizar en esta cuestión? ¿Qué elementos le llevaron a pensar eso?

Esta pregunta solamente se realizará a aquellas personas que haya contestado en pregunta 55 los ítems 3 y 4. Además, deberá ser redactada tomando como referencia la respuesta a la pregunta 56.

20. Según lo que indicó en el cuestionario usted adjuntó algún informe como complemento a esa valoración. ¿Qué tipo informes aportaste en la valoración y cómo percibiste que fueron considerados por el equipo profesional?

Esta pregunta solamente se realizará en aquellos casos en que la pregunta 50 haya sido contestada positivamente (ítems 1, 2 y 3). Además, la pregunta debe ser redactada tomando como referencia el emisor de estos informes según la pregunta 50.

21. Qué explicación le dieron, si la hubo, sobre por qué no se consideraron los informes que habías aportado?

Esta pregunta solamente se realizará en aquellos casos en que la pregunta 51 haya sido contestada de manera negativa (ítems 2, 3 y 4,).

22. Durante la entrevista de valoración, podría comentar de qué manera se tuvieron en cuenta otras enfermedades o trastornos que usted padece.

Esta pregunta sólo se realizará esta pregunta a quienes en la pregunta 52 indiquen “sí”. Además, esta pregunta deberá ser redactada tomando como referencia las respuestas al cuestionario de la pregunta 53.

23. Podría mencionar el tipo de preguntas que le hicieron durante el proceso de valoración, por ejemplo, sobre su vida cotidiana o su condición de salud.

Esta pregunta deberá ser redactada tomando como referencia las respuestas al cuestionario de la pregunta 54.

24. Usted señaló haber recibido apoyo de _____ durante el proceso de valoración ¿podría comentar en cómo se concretaron esos apoyos? ¿hubiera deseado recibir otro tipo de apoyos que no recibió?

Esta pregunta deberá ser redactada tomando como referencia las respuestas al cuestionario de la pregunta 59.

25. Podría comentar qué propuestas haría para mejorar el proceso de valoración de la discapacidad. ¿Qué aspectos cree que deberían hacerse de otra forma?



RESOLUCIÓN

En este bloque de preguntas vinculado a la resolución del grado de discapacidad se realizará a las 10 personas, excepto la pregunta 24, que tan sólo se les hará a personas que hayan declarado no estar conformes con su resolución.

26. Podría valorar el tiempo de espera desde que usted se realizó la valoración hasta que ha recibido la resolución. ¿De qué forma esa espera ha impactado en su vida? ¿qué cosas no ha podido hacer o ha hecho con dificultades debido a que no tenía la discapacidad reconocida?

Esta pregunta deberá ser redactada tomando como referencia las respuestas al cuestionario de la pregunta 60.

27. Podría comentar de qué forma se le notificó la resolución y si fue sencillo o no comprender la información que contenía.

28. Usted recibió un grado de discapacidad del _____. ¿Qué opinión tiene sobre el grado de discapacidad que se le ha reconocido? ¿Cree que refleja su situación real?

Esta pregunta deberá ser redactada tomando como referencia las respuestas al cuestionario de la pregunta 61, 62 y 63.

29. Me gustaría que comentaras más en detalle los motivos por los que declaraste no estar conforme con la resolución. (No leer: hay que preguntar por su situación respecto a las alegaciones, y en caso de que no haya alegado, preguntar motivos).

Esta pregunta sólo se realizará esta pregunta a quienes en la pregunta 63 indiquen no estar conformes. Además, hay que comprobar su respuesta en la pregunta 64.

30. ¿Se le han ofrecido soluciones o alternativas después de conocer el grado de discapacidad con el que no está conforme? (no leer: hay que comprobar si es conocedor de su derecho a hacer alegaciones a la resolución).

Esta pregunta sólo se realizará esta pregunta a quienes en la pregunta 63 indiquen no estar conformes.

31. Podría comentar qué impactos he tenido en su vida obtener el grado de discapacidad.

Esta pregunta sólo se realizará a quienes en la pregunta 61 hayan obtenido el grado de discapacidad superior al 33%.



RECLAMACIÓN

32. Me gustaría que comentara el proceso de alegaciones y las dificultades que se ha encontrado y el resultado que ha obtenido si ya se resolvió.

Tener en cuenta la pregunta 69, 68, 70 y 71. En general hay que conocer el estado de su reclamación de acuerdo con las respuestas a todo el bloque.

33. ¿Cómo se informó acerca de los procedimientos necesarios para realizar la reclamación? ¿Recibió apoyo de alguien?

Esta pregunta deberá ser redactada tomando como referencia las respuestas al cuestionario de la pregunta 67.

34. ¿Cómo afectó a su vida diaria no contar con el reconocimiento de la discapacidad durante este tiempo mientras se resuelve su nueva valoración?

Esta pregunta solamente se hará a aquellas personas que contesten el ítem 6 en la pregunta 68.

35. ¿Podría comentar su satisfacción con el grado de discapacidad obtenido después de la alegación?

Esta pregunta deberá ser redactada tomando como referencia las respuestas a las preguntas 70 y 71.

36. ¿Hay algo más que querría comentar y que considere que no hemos abordado en esta entrevista?



Anexo 4. Guión grupo de discusión con profesionales

El grupo de discusión tenía como objetivo ahondar en el conocimiento sobre el Nuevo Baremo y su implementación desde diferentes perfiles profesionales y centros de valoración del territorio español.



Introducción (10 minutos)

- Presentación del **equipo investigador** y objetivos del estudio. *(Conocer el funcionamiento del Nuevo Baremo y la perspectiva de las personas profesionales que intervienen // Escuchar y atender todas las voces // Compartir experiencias e identificar buenas prácticas y propuestas de mejora).*
- Acordar las **normas** del grupo *(respeto, confidencialidad, participación voluntaria y turnos de palabra).*
- Breve **presentación** de las personas participantes *(nombre, rol, lugar de trabajo, años de experiencia...).*



Bloque 1: Solicitud y acceso al proceso (20 minutos)

01. Si tuvierais que explicar el **proceso de valoración** a una persona que nunca ha trabajado en un Centro Base ¿cómo se lo contarías? ¿podríais describir los pasos que conforman el proceso? ¿Qué perfiles y tareas están involucradas en cada paso? *(Si no sale: todas aquellas tareas asociadas a los perfiles profesionales valoradores y que exceden el momento concreto de la valoración con la persona).*
02. *Si no sale:* ¿Cómo se decide **qué profesional valora qué caso**? ¿Hay criterios formales que orienten esta decisión?
03. Valorad el **nivel de información y conocimiento** de las personas que acuden a valoración. ¿consideráis que están bien informadas? ¿a través de qué tipo de canales se informan?
04. ¿De qué forma se **ordenan los casos** a valorar? ¿existe algún marco de prioridades que ponga por delante a los casos más urgentes?
05. ¿Cómo se **gestionan los tiempos** cuando hay picos de trabajo o hay listas de espera? ¿Existen estrategias o protocolos específicos?



Bloque 2: Valoración (30 minutos)

06. Comentar brevemente qué **tareas** implica para cada uno de los perfiles el proceso de valoración. ¿Cuál es vuestro papel y cómo os coordináis con otros profesionales?
 1. Particularidades del ámbito médico.
 2. Particularidades del ámbito social (TS).
 3. Particularidades de la dirección de centro.

**Bloque 2: Valoración (30 minutos)**

07. *Si no ha salido:* ¿Qué papel juega cada uno de los **perfiles profesionales** en la propuesta de dictamen con el grado de discapacidad? Según el RD este dictamen está compuesto de un conjunto de elementos; puntuaciones de baremos, códigos de diagnóstico, deficiencia, restricciones, barreras ambientales y necesidad de concurso de otra persona etc. ¿De qué forma el equipo multidisciplinar integra todos estos elementos?
08. ¿Encontráis alguna **dificultad técnica o metodológica** en la aplicación de los baremos?
09. Si no sale: ¿Podrían especificar en qué casos se aplican los baremos **BRP - QD, BLAM y BFCA** y cuál es el procedimiento?
10. ¿Qué **formación** habéis recibido sobre el RD 888/2022 y su aplicación? ¿Ha sido suficiente?
11. *Profundizar en:* ¿Existen formaciones sobre **patologías orgánicas y enfermedades raras**?
12. ¿De qué forma se valora a una persona que presenta **diferentes discapacidades** (física, psíquica, sensorial, orgánica, etc.)?
13. ¿Podrían comentar de qué forma se consideran las situaciones de comorbilidad en la valoración?
Si no sale: ¿Ha habido cambios en este sentido con la aplicación del Nuevo Baremo?
14. Muchas personas que se valoran adjuntan **informes médicos o informes sociales**. ¿Cómo se suele tratar este tipo de documentación? ¿Cómo de importante es que faciliten esta información?

Recapitular lo anterior y centrar el foco en:

15. Desde un punto de vista general del proceso, ¿cómo ha **cambiado** la valoración de la discapacidad con el Nuevo Baremo? ¿Qué cambios directos habéis experimentado en **vuestro trabajo**?
16. Si hacemos el ejercicio de ponernos en el lugar de las personas con discapacidad, ¿cómo pensáis que **ha cambiado el proceso de valoración para ellas**?

**Bloque 3: Reclamaciones y revisión (15 minutos)**

17. *Si no ha salido:* ¿En el proceso de reclamación ha habido **cambios significativos** con el nuevo RD?
18. ¿El proceso de revisión de grado por reclamación tiene un **procedimiento** diferente a una valoración habitual? ¿Qué particularidades tiene?
19. Si tenéis conocimiento de ello, ¿qué situaciones son las más **habituales** en el proceso de reclamación? ¿Cuáles son las quejas más habituales?

**Bloque 4: Valoración y propuestas (15 minutos)**

20. Desde vuestro punto de vista, ¿qué aspectos del Nuevo Baremo consideráis **positivos**?
21. Según lo que ha ido saliendo en esta charla ¿qué elementos creéis que deberían **revisarse o mejorarse**?
22. ¿Qué **propuestas** concretas haríais para mejorar el proceso de valoración en los Centros Base?
23. ¿Conocéis innovaciones tecnológicas (como IA) que estén aplicándose en el ámbito de la valoración de la discapacidad?
- Si hay alguna cuestión que no hayamos abordado y que no queréis que se quede sin mencionar...

**Despedida y agradecimientos**



C/ Luis Cabrera, 63, 28002 Madrid
+34 91 744 36 00 - cocemfe@cocemfe.es
www.cocemfe.es



POR SOLIDARIDAD
OTROS FINES DE INTERÉS SOCIAL