

NÚMERO  
ESPECIAL

# Minusval

MINISTERIO  
DE TRABAJO Y  
ASUNTOS SOCIALES  
Secretaría de Estado  
de Servicios Sociales,  
Familias y Discapacidad  
**Agosto 2005**



Protección  
a las **personas**  
en situación  
de **dependencia**

# Convocados los Premios **IMSERO** INFANTA CRISTINA **05**

Premios  
Imsero

**05**

## PREMIOS

- Premio Honorífico
- Premios al Mérito Social
- Premios a las Experiencias Innovadoras
- Premio a Estudios e Investigaciones Sociales
- Premio I+D+i en Nuevas Tecnologías y Ayudas Técnicas
- Premio a la Calidad
- Premios de Comunicación (Prensa, Radio, Televisión, Página WEB y Fotografía)

## BASES

Publicadas en el BOE núm. 137 (9 de junio de 2005)

## CANDIDATOS

Personas físicas o jurídicas, públicas o privadas, españolas, o legalmente establecidas en España, o de nacionalidad de cualquiera de los Estados de Iberoamérica.

## PLAZO DE ADMISIÓN

30 de septiembre de 2005

Avda. de la Ilustración, s/n  
con vuelta a Ginzo de Limia, 58  
28029 Madrid  
Tels.: +34 913 638 909 / 17 / 16  
[www.seg-social.es/imsero](http://www.seg-social.es/imsero)



SECRETARÍA DE ESTADO DE  
SERVICIOS SOCIALES, FAMILIAS Y  
DISCAPACIDAD



# MinusVal

# Sumario

NUMERO ESPECIAL AGOSTO 2005 / AÑO XXXI



**EDITA:**  
Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO)

**CONSEJO EDITORIAL:**  
Francisco Alfonso Berlanga Reyes  
Ángel Rodríguez Castedo  
Myrian Valle López  
Pablo Cobo Gálvez  
M.ª Ángeles Aguado Sánchez  
José María García Martín  
José Carlos Fdez. Arahuetes  
Jesús Zamarro Cuesta

**DIRECTOR:**  
Jesús Zamarro Cuesta

**REALIZACIÓN:**  
Servicios de Comunicación CD/ON

**REDACCION:**  
M.ª Cristina Fariñas Lapeña  
Mabel Pérez-Polo Gil  
Rosa López Moraleda

**SECRETARIAS DE REDACCION:**  
M.ª Dolores Del Real Ballesteros  
Concha Largo Rodríguez

**DISEÑO Y DIAGRAMACION:**  
Juan Ramón Aguirre Artigas

**FOTOGRAFÍA:**  
M.ª Ángeles Tirado Cubas

**CORRESPONSALES EN ESPAÑA:**

M.ª del Mar Vega (Andalucía)  
Sergio Andreu (Aragón)  
Yolanda Giraldo (Asturias)  
Charo Martín (Balears)  
Carmen Delia Santana Ravelo (Canarias)  
M.ª Angeles Samperio (Cantabria)  
Javier Rodríguez Rodeño (C.-La Mancha)  
Enrique García Romero (C. y León)  
José M.ª Puig de la Bellacasa (Cataluña)  
Carmen Sánchez Trenado (Extremadura)  
Pelayo Martínez Teixeira (Galicia)  
José Barbero Rodríguez (Madrid)  
Fernando Peral (Murcia)  
Yolanda Zubillaga (Navarra)  
Elvira Alava (País Vasco)  
Manuel López de la Reina (Valencia)

**CORRESPONSALES EN IBEROAMÉRICA:**

Víctor Greppi (Argentina)  
Lourdes B. Canziani (Brasil)  
Alonso Corredor (Colombia)  
Carolina Guzmán (Chile)  
F. Bolívar San Lucas Cazares (Ecuador)  
Sylvia G. Escamilla (México)  
Juan Torres Manrique (Perú)  
Luis W. Meseguer (Uruguay)  
Wallis Vázquez de Gómez  
Juan Kujawal (Venezuela)

**REDACCION:**  
Avda. de la Ilustración, s/n. (con vuelta a Ginzo de Limia, 58). 28029 MADRID  
Tel.: 91 363 86 28

**FOTOMECANICA:** ESPACIO Y PUNTO

**IMPRIME:** ALTAIR QUEBECOR

**DISTRIBUYE:** MECAPOST

**DEPOSITO LEGAL:** M. 39.883-1973

ISSN: 0210-0622

NIPO: 216-05-005-8

**TIRADA:** 3.000 ejemplares

**DIRECCION IMSERSO INTERNET**  
<http://www.seg-social.es/imserso>

**EDICION INTEGRADA EN PDF**  
<http://sid.usal.es>



**NUESTRA PORTADA**

La atención a quienes se encuentran en situación de dependencia –las personas mayores, las personas con grandes discapacidades– es una exigencia para avanzar en la sociedad del bienestar. Completar entre todos el cuarto pilar del Estado de Bienestar supondrá ampliar derechos sociales de ciudadanía y universalizar servicios para contribuir a lograr una sociedad más justa y más digna.

**4/5**

**Editorial**

*Un reto de todos*

**6/63**

**Libro Blanco: Cap. XII**

*Consideraciones en torno a la protección de las personas en situación de dependencia*



**64/78**

**La autonomía personal y atención a sus limitaciones**



**79/98**

**Tribunas de opinión**

**79/81**

*El Sistema Nacional de Protección a la Dependencia, el cuarto pilar del Estado del Bienestar*

**82/83**

*La Dependencia como problema social*

**84/88**

*14 puntos esenciales para una Ley Básica de atención a la Dependencia*



**89/92**

*La edad no es sinónimo de dependencia.*

**93/95**

*Hacia un sistema nacional para la autonomía personal*

**96/98**

*Empresarios y Ley de Dependencia*

Las colaboraciones publicadas con firma en MINUSVAL expresan la opinión de sus autores. Dentro del respeto a las ideas de los demás, éstas no suponen identidad con nuestra línea de pensamiento. Nuestro Copyright autoriza la reproducción parcial y/o total de artículos, reportajes, informes, etc., de MINUSVAL Y gracias por citarnos.

**DIRECCIÓN GENERAL DE COORDINACIÓN DE POLÍTICAS SECTORIALES SOBRE LA DISCAPACIDAD**  
Pº de la Castellana, 67 (Planta 6ª del Ministerio de Fomento). 28071 Madrid. Teléfono: +34 913 635 090.  
Fax: +34 913 637 245. Correo-e: [dgdiscapacidad@mtas.es](mailto:dgdiscapacidad@mtas.es)

**TELÉFONOS DEL IMSERSO PARA CUALQUIER INFORMACIÓN. CENTRALITA: 91 363 88 88 INFORMACIÓN: 91 363 89 16/17/09**

## Editorial

**Jesús Caldera** Ministro de Trabajo y Asuntos Sociales

**U**no de los objetivos fundamentales del Gobierno en esta legislatura es el de establecer un sistema nacional para la autonomía personal y de atención a la dependencia que dé verdaderas soluciones a las demandas actuales de los ciudadanos.

Son muchas las familias españolas afectadas por el problema. En 1.125.000 hogares españoles se cuida a personas que no se pueden valer por sí mismas para llevar a cabo la mayoría de actividades básicas de la vida

# UN RETO DE TODOS

diaria (levantarse de la cama, asearse, comer,...). Debido a la estructura demográfica, esta cifra se incrementará significativamente en los próximos años.

Además, las familias españolas, que han asumido la mayoría de los cuidados que precisan las personas dependientes casi en solitario, tienen actualmente serias dificultades para prestarlos. Las mujeres, principales cuidadoras, se han incorporado progresivamente al mundo laboral.

Ante esta situación, la sociedad española demanda a los poderes públicos respuestas eficaces que faciliten la atención a las personas que no pueden valerse por sí mismas y que contribuyan a construir una sociedad más digna y más igual. Es una obligación social y ética.

Por ello, desde el Gobierno, estamos configurando un elemento central del cuarto pilar del Estado del bienestar, como es implantar un sistema nacional de protección a las situaciones de dependencia. Queremos hacer posible que las personas que no pueden valerse por sí mismas perciban una serie de servicios (ayuda a domicilio, teleasistencia, ayudas técnicas, plazas residenciales,...) que potencien su autonomía y posibiliten el acceso al mercado laboral de sus cuidadores familiares.

Los países de nuestro entorno ya han dado pasos importantes para ofrecer a sus ciudadanos dependientes una atención adecuada. Si los pioneros fueron los Países Escandinavos y Holanda, países como Austria, Alemania, Francia o Luxemburgo, en la década de los noventa, han adoptado medidas que han supuesto una ampliación de los derechos sociales de sus ciudadanos.

Es el momento de hacerlo ahora en España. Hace ya más de dos décadas logramos hacer efectivo en nuestro país el reconocimiento del derecho a la educación, la universalización de la sanidad y la extensión de las pensiones a las personas que no habían tenido posibilidad de cotizar. Es el momento, pues, de ampliar los derechos de ciudadanía, reconociendo el derecho de las personas en situación de dependencia a ser atendidas por medio de prestaciones que se ajusten a sus necesidades.

Y lo estamos haciendo con diálogo. En estos momentos estamos negociando con los agentes sociales las líneas básicas del Sistema de la Autonomía Personal y Atención a las Personas Dependientes. Además, estamos dialogando con las comunidades autónomas y el movimiento asociativo de las personas mayores y de las personas con discapacidad, así como con la comunidad científica. Queremos, también, contar con las corporaciones locales, que al ser las instituciones más próximas a los ciudadanos, son quienes deben realizar



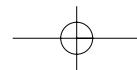
los mayores esfuerzos para atender sus demandas, a las que en la actualidad no pueden dar respuesta satisfactoria. Y, por supuesto, es nuestra intención recoger las reflexiones, opiniones y puntos de vista del sector privado sociosanitario y asegurador. Además, nuestro objetivo es que esta ley obtenga el máximo

consenso en su futura tramitación parlamentaria.

Éste es un objetivo de país. Por ello, la financiación debe ser compartida entre la Administración General del Estado, las Comunidades Autónomas y las corporaciones locales, pero también tenemos que contar con la participación de los beneficiarios del sistema que, de forma equilibrada y justa, contribuirán en función de sus rentas y patrimonio.

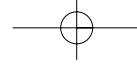
No debemos temer posibles consecuencias de esta apuesta social y ética, y no debemos entender este esfuerzo económico como un gasto, sino como una inversión. Hay que tener en cuenta que el desarrollo de la infraestructura de servicios para la dependencia producirá importantes retornos económicos. Según el Libro Blanco de la Dependencia, la puesta en marcha del sistema generaría, en ocho años, unos 300.000 puestos de trabajo. Además, el ahorro en gasto sanitario y farmacéutico, el incremento de cuotas de Seguridad Social, los ingresos procedentes de IVA y del Impuesto de Sociedades o el incremento de la recaudación por I.R.P.F. contribuirán también a la dinamización de la economía.

En definitiva, la puesta en marcha de la ley de promoción de la vida autónoma y atención a las personas en situación de dependencia, en definitiva, supondrá ampliar la cobertura de atención hasta los niveles que reclaman los ciudadanos de este país. Y ello significa un gran esfuerzo. Un esfuerzo que debemos abordar entre todos. Porque va a ser un logro, de todos, configurar en nuestro país el cuarto pilar del Estado del bienestar.



La dependencia es el estado en que se encuentran las personas que necesitan ayuda para su vida diaria

# CONSIDERACIONES EN TORNO A LA PROTECCIÓN DE LAS PERSONAS EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA



## Sumario

### Concepto y grados de dependencia

- Concepto
- Grados de dependencia

### Estimación del número de personas dependientes

### Modelos de protección social de la dependencia

- Sistema de protección universal
- Sistema de protección a través de la Seguridad Social
  - Sistema asistencial
- Los debates en relación con el modelo de protección de la dependencia en España
  - Hacia un Sistema Nacional de Dependencia

### Fundamentación jurídica de una Ley que regule el Sistema Nacional de Dependencia.

### Valoración de la dependencia

### Beneficiarios, servicios y prestaciones de atención a la dependencia:

- Beneficiarios de la prestación de dependencia
- Naturaleza de la prestación de dependencia

- Cuantías
  - Catálogo de servicios
- Desarrollo de la atención sanitaria a personas en situación de dependencia
  - Coordinación sociosanitaria

### Financiación del Sistema

### Organización y gestión del Sistema

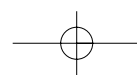
### La red de servicios de la dependencia y sus proveedores.

### La calidad en el sistema nacional de protección a la dependencia

- Calidad de los recursos
- Calidad en la prestación de los servicios
- Seguimiento y evaluación de los servicios.
  - Calidad en la gestión del sistema

### Necesidades de formación de los profesionales de atención a personas con dependencia.

- Cuidadores Informales
- Cuidadores Profesionales de atención directa
- Profesionales especializados con cualificación específica
  - Alcance de la formación



La existencia de una limitación física, psíquica o intelectual que merma determinadas capacidades de la persona, incapacidad para realizar las actividades de la vida diaria por uno mismo y la necesidad de asistencia o cuidados por parte de un tercero son los tres factores que deben concurrir para que podamos hablar de una situación de dependencia.

## CONCEPTO Y GRADOS DE DEPENDENCIA

La Dependencia es “aquel estado en que se encuentran las personas que, por razones ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual, tienen necesidad de asistencia y/o ayudas importantes a fin de realizar los actos corrientes de la vida”.

### CONCEPTO

Se asume como concepto válido de la dependencia la definición del Consejo de Europa “aquel estado en que se encuentran las personas que, por razones ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual, tienen necesidad de asistencia y/o ayudas importantes a fin de realizar los actos corrientes de la vida diaria”.

Existe consenso en aceptar esta definición del Consejo de Europa como referencia válida para acercarse al concepto de dependencia. Esta definición, que ha sido ampliamente aceptada, plantea la concurrencia de tres factores para que podamos hablar de una situación de dependencia: en primer lugar, la exis-

tencia de una limitación física, psíquica o intelectual que merma determinadas capacidades de la persona; en segundo lugar, la incapacidad de la persona para realizar por sí mismo las actividades de la vida diaria; en tercer lugar, la necesidad de asistencia o cuidados por parte de un tercero. En el Capítulo I sobre Bases demográficas se realiza un análisis más detallado, sin embargo, a los efectos de determinar las personas que deben de ser protegidas por el Sistema, conviene delimitar de forma más precisa qué actividades concretas de la vida diaria, que la persona no puede o tiene dificultades de realizar, dan lugar a una dependencia que ha de ser objeto de protección.

Las “actividades de la vida diaria” se han especificado en la Encuesta sobre Discapacidades,

## La concurrencia de la imposibilidad o dificultad grave para realizar las tareas básicas llevaría consigo el reconocimiento de la prestación de dependencia

Deficiencias y Estado de Salud, EDES 1999 (INE, IMSERSO, Fundación ONCE, 2001) de la siguiente forma:

### ACTIVIDADES RELATIVAS AL CUIDADO PERSONAL, DENTRO DE LAS CUALES SE INCLUYEN LAS SIGUIENTES:

- Asearse solo, lavarse y cuidarse de su aspecto.
- Controlar las necesidades y utilizar solo el servicio.
- Vestirse, desvestirse y arreglarse.
- Comer y beber.

### MOVILIDAD EN EL HOGAR, QUE INCLUYE:

- Cambiar y mantener las diversas posiciones del cuerpo.
- Levantarse, acostarse y permanecer de pie o sentado.
- Desplazarse dentro del hogar.

### TAREAS DOMÉSTICAS, QUE COMPRENDE:

- Cuidarse de las compras y del control de los suministros y servicios.
- Cuidarse de las comidas.
- Cuidarse de la limpieza y del planchado de la ropa.
- Cuidarse de la limpieza y el mantenimiento de la casa.
- Cuidarse del bienestar de los demás miembros de la familia.

### MOVILIDAD EXTRADOMÉSTICA:

- Deambular sin medio de transporte.

Junto a estas trece actividades, cabe incluir otras dos, estudiadas en la encuesta dentro del grupo “aprender, aplicar conocimientos y desarrollar tareas”, que aunque no se incluyeron inicialmente entre las actividades de la vida diaria, son suficientemente significativas para el desempeño coti-

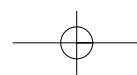
diano como para tenerlas en cuenta dentro de ellas. Nos referimos en concreto a:

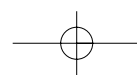
- Reconocer personas y objetos y orientarse.
- Entender y ejecutar órdenes y/o tareas sencillas.

La mayor o menor dificultad para desarrollar algunas de estas actividades de la vida diaria requerirá sin duda de la atención de los servicios sociales, pero sólo la concurrencia de la imposibilidad o dificultad grave para realizar aquellas que se consideran básicas llevaría consigo el reconocimiento de la prestación de dependencia.

Cualquiera que sea el modelo de protección, es preciso definir claramente el “umbral de entrada” en el sistema y la forma de graduar el nivel de dependencia y, como consecuencia, la cuantía de las prestaciones o la intensidad y frecuencia de los servicios de atención.

El modelo alemán establece el “umbral de entrada” en función de la ayuda que precisan, considerando que se da una situación de dependencia cuando la persona necesita como mínimo 90 minutos al día de atención, la mitad de este tiempo para cuidados personales. Así, quienes necesitan ayuda, al menos una vez al día, para su higiene corporal, para alimentarse y para realizar algún despla-





miento y, además, necesitan ayuda para realizar las tareas domésticas varias veces por semana, estarían en el Grado I de dependencia, el menos grave de los tres contemplados en el sistema alemán.

El modelo francés establece el “umbral de entrada” en función del tipo de ayuda, considerando que existe dependencia cuando la persona necesita ayuda para asearse y vestirse, para realizar acti-

vidades personales o para alimentarse, y también cuando necesita ayuda para levantarse de la cama o de una silla, aunque pueda desplazarse sola en el interior del domicilio. Quienes se encuentran en esta situación estarían en el Grupo 4 de dependencia, que es el menos grave de los que dan derecho a protección en Francia.

El criterio de umbral de entrada que se estima adecuado, esta-

ría en función de la ayuda que la persona necesita. Se considera que una persona es dependiente, a los efectos de tener derecho a protección de dependencia, cuando no puede realizar sin ayuda algunas de las actividades básicas de la vida diaria relacionadas con el cuidado personal, la movilidad dentro del hogar o las funciones mentales básicas: lavarse y asearse, mantener la higiene personal relacionada con los procesos de excreción, vestirse y desvestirse, comer y beber, cambiar las posiciones del cuerpo, levantarse y acostarse, desplazarse dentro del hogar, reconocer personas y objetos y orientarse y entender y ejecutar órdenes y/o tareas sencillas.

### GRADOS DE DEPENDENCIA

Existe acuerdo de que la protección de la dependencia debe graduarse en función de la menor o mayor intensidad de la ayuda necesaria para realizar las actividades de la vida diaria.

Con el fin de ofrecer una información sistematizada de la distribución de la dependencia por grados y sin perjuicio del análisis detallado que de los distintos países se realiza en el Capítulo del Libro correspondiente, se incluyen a continuación los criterios para la determinación del grado en Alemania y en Francia.

El modelo alemán contempla tres grados, mientras que el francés establece cuatro.

En el modelo francés, a diferencia del alemán, el subsidio personalizado de autonomía francés sólo cubre a las personas mayores de 60 años. Para evaluar los grados de pérdida de autonomía, en Francia se aplica una escala que contempla cuatro grados que dan derecho a protección, y dos adicionales, de menor gravedad, que aunque no dan derecho a la cobertura por el subsidio personalizado de autonomía, pueden dar lugar a beneficiarse de servicios de ayuda a domicilio o de la ayuda social departamental. (Nótese que los grados se ordenan inversamente a la pérdida de autonomía, de manera que en el grado 6 se clasifican las personas que no tienen pérdidas significativas de su autonomía personal y en el 1 quienes han perdido totalmente su autonomía mental, corporal, locomotriz y social, y necesitan la presencia indispensable y continua de otra persona).

Tanto el criterio de umbral de entrada que se establezca en el futuro Sistema Nacional de Dependencia español como los grados o niveles de dependencia que gozarán de protección habrán de fijarse, al igual que se ha hecho en los países de nuestro entorno, en función de la cantidad y del tipo de ayuda que la persona necesite. La valoración de la exis-

## NO DAN DERECHO AL SUBSIDIO PERSONALIZADO DE AUTONOMÍA

- Grupo 6.** Personas que no han perdido su autonomía para las actividades de la vida diaria.
- Grupo 5.** Personas que se desplazan solas en el interior de su domicilio, se alimentan y se visten solas. Necesitan ayuda puntual para el aseo personal, la preparación de las comidas y las tareas domésticas.

## DAN DERECHO AL SUBSIDIO PERSONALIZADO DE AUTONOMÍA

- Grupo 4.** Personas que necesitan ayuda para levantarse de la cama o de una silla —aunque pueden desplazarse solas en el interior del domicilio—, para asearse y para vestirse; y personas que no tienen problemas para andar pero que necesitan ayuda para sus actividades personales y para alimentarse.
- Grupo 3.** Personas que conservan sus funciones mentales y, parcialmente, su autonomía motriz, pero que necesitan ayuda para sus actividades personales cotidianamente y varias veces al día.
- Grupo 2.** Personas encamadas o en silla de ruedas cuyas funciones mentales no están totalmente alteradas y que necesitan ayuda para la mayor parte de las actividades cotidianas, así como personas cuyas funciones mentales están alteradas pero conservan su capacidad motriz, pueden desplazarse en el interior de su domicilio pero necesitan ayuda parcial o total para vestirse y asearse.
- Grupo 1.** Personas encamadas o en silla de ruedas que han perdido su autonomía mental, corporal, locomotriz y social, que necesitan la presencia indispensable y continua de otra persona.

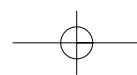
## GRADOS DE DEPENDENCIA EN EL SISTEMA ALEMÁN

**Grado I.** Incluye a aquellas personas que presentan una necesidad considerable de asistencia (90 minutos al día, la mitad de este tiempo, para cuidados personales). Estas personas requieren, al menos una vez al día, ayuda para realizar su higiene corporal, para alimentarse y para realizar algún desplazamiento; además, necesitan ayuda para realizar las tareas domésticas varias veces por semana.

**Grado II.** Necesidad de ayuda muy importante (como mínimo tres horas diarias, dos de las cuales dedicadas a cuidados personales). Las personas clasificadas en esta categoría requieren ayuda para realizar

su higiene corporal, para alimentarse y para moverse, al menos tres veces al día en diferentes momentos; además, necesitan ayuda para realizar las tareas domésticas varias veces por semana.

**Grado III.** Necesidad extrema de ayuda (como mínimo cinco horas diarias, cuatro de las cuales dedicadas a cuidados personales). Son personas que requieren ayuda para realizar su higiene corporal, para alimentarse y para moverse, todos los días y durante las 24 horas; además, necesitan ayuda para realizar las tareas domésticas varias veces por semana.



tencia o no de una situación de dependencia protegible y la determinación del grado o nivel de dependencia requerirán de la aplicación de un baremo mediante el cual sea posible discriminar, con criterios objetivos, si una persona se encuentra en situación de dependencia y en qué grado corresponde encuadrarla. Sobre el baremo, en el Capítulo correspondiente de valoración de la dependencia se analizan en profundidad las distintas alternativas posibles.

Se considera que la clasificación de la dependencia debería establecerse en tres grados. Ello permite graduar la dependencia,

discriminando las situaciones de menor a mayor intensidad, facilitando a la vez la valoración y la gestión de la prestación. La incorporación de un cuarto grado, aunque pudiera parecer que discrimina mejor, entendemos que plantearía más problemas de frontera en el momento de la valoración y, como consecuencia, un mayor número de reclamaciones, además de una mayor complejidad en la gestión. No obstante, cabe estudiar la incorporación de niveles dentro de un mismo grado con el fin de facilitar la asignación de recursos de una forma más ajustada a las necesidades.

● **Dependencia moderada:**

Cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria, al menos una vez al día.

● **Dependencia severa:** Cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria dos o tres veces al día, pero no requiere la presencia permanente de un cuidador.

● **Gran dependencia:** Cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria varias veces al día y, por su pérdida total de autonomía mental o física, necesita la presencia indispensable y continua de otra persona.

## ESTIMACIÓN DEL NÚMERO DE PERSONAS DEPENDIENTES

**P**ara las estimaciones que se presentan a continuación, partimos de la hipótesis de que se considerará que una persona es dependiente, a los efectos de tener derecho a protección con cargo al Sistema Nacional de Dependencia, cuando no pueda realizar, sin ayuda, alguna de las

actividades básicas de la vida diaria relacionadas con el cuidado personal, la movilidad dentro del hogar o las funciones mentales básicas.

La mejor forma de estimar la población dependiente a proteger, según estos criterios, a partir de la información que proporciona la EDDDES 99, es centrarse en

las personas que tienen una discapacidad severa o total para alguna de las actividades básicas de la vida diaria, que señalábamos en el apartado anterior. Puede así cifrarse, con referencia a 1999, el número de personas con dependencia severa y total para realizar alguna de estas nueve actividades básicas de la vida diaria (lo que constituye el "núcleo duro"

PERSONAS CON DISCAPACIDAD PARA LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA (ESPAÑA, 1999) distribución por grados de necesidad de cuidados				
Grado	Domic. familiares (EDDES 99)	Residencias (estimación)	Total	Proporciones
<b>PERSONAS DEPENDIENTES</b>				
3 (Gran depend.)	121.109	20.300	141.409	14,7
2 (Depend. severa)	262.485	41.600	304.085	31,7
1 (Depend. moderada)	476.296	38.100	514.396	53,6
<b>Total</b>	<b>859.890</b>	<b>100.000</b>	<b>959.890</b>	<b>100</b>
<b>PERSONAS CON NECESIDAD DE AYUDA PARA REALIZAR TAREAS DOMESTICAS Y/O DISCAPACIDAD MODERADA ALGUNA ABVD</b>				
A (Disc. moderada para alguna ABVD)	679.565	45.000	724.565	47,5
B (Disc. para alguna AIVD)	746.867	55.000	801.867	52,5
<b>Total</b>	<b>1.426.432</b>	<b>100.000</b>	<b>1.526.432</b>	<b>100</b>
<b>TOTAL PERSONAS CON DISCAPACIDAD PARA LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA</b>				
<b>Total</b>	<b>2.286.322</b>	<b>200.000</b>	<b>2.486.322</b>	

Cuadro 1

Fuente: Elaboración propia

de las situaciones de dependencia, que cualquier sistema de atención de la dependencia debería priorizar) en unas novecientas cincuenta y nueve mil ochocientas noventa.

Junto a ese "núcleo duro", constituido por las personas que, sin una ayuda y cuidado permanente, verían seriamente comprometida su supervivencia, hay que considerar también a quienes tienen necesidad de ayuda para salir del hogar o realizar tareas domésticas y/o quienes tienen alguna discapacidad moderada en áreas de autocuidado, movilidad, alimentación y funcionamiento mental básico. Sin lle-

gar a los altos niveles de dependencia que caracterizan al grupo anteriormente considerado, las necesidades de estas personas han de ser también objeto de atención.

Las personas que, sin tener una discapacidad en grado severo o total para las actividades básicas de la vida diaria, tienen necesidad de ayuda para realizar tareas domésticas y/o discapacidad moderada en áreas de autocuidado, movilidad, alimentación y funcionamiento mental básico, se han distribuido en dos grupos, de las siguientes características:

● **Grupo A:** Personas con discapacidad moderada para alguna actividad básica de la vida diaria que no necesitan ayuda diariamente.

● **Grupo B:** Personas con discapacidad para alguna actividad instrumental de la vida diaria (movilidad fuera del hogar y tareas domésticas) que no tienen discapacidad para ninguna actividad básica.

La ayuda que necesitan estas personas es, normalmente, de menor intensidad y frecuencia que la que necesitan quienes no pueden realizar las actividades

ENSAYO DE COHERENCIA DE LA DISTRIBUCION POR GRADOS DE DEPENDENCIA Comparación con la población protegida con el sistema alemán de dependencia				
Grado	Estimación España Personas	%	Alemania (2003) Personas	%
3 (Gran depend.)	141.409	14,7	244.651	12,9
2 (Depend. severa)	304.085	31,7	678.267	35,8
1 (Depend. moderada)	514.396	53,6	970.263	51,3
<b>Total</b>	<b>959.890</b>	<b>100</b>	<b>1.893.181</b>	<b>100</b>

Cuadro 2

Fuente: Elaboración propia



## La presión sobre el sistema de provisión de cuidados para personas dependientes no descenderá, pero surgirán con fuerza muchas otras demandas que competirán por los recursos, siempre escasos en relación con las necesidades, del sistema de protección social

básicas de la vida diaria, pero resulta igualmente imprescindible para vivir una vida digna. Al igual que ocurre en el sistema francés, estas personas, aunque no recibieran las prestaciones del Sistema Nacional de Dependencia por no superar el umbral de entrada establecido para tener derecho a las mismas, podrían beneficiarse de otros servicios sociales de provisión pública.

### RESULTADOS DE LA ESTIMACIÓN POR GRADOS

Los resultados de la estimación son coherentes con los datos relativos a la población protegida por el sistema alemán de dependencia. Cuando han transcurrido ya más de nueve años desde su puesta en marcha, el número de personas que reciben prestaciones de este sistema se acerca al millón novecientas mil, un 2,3 por ciento de la población total. La población dependiente estimada para España supone, en compara-

ción con la población total en 1999, un 2,4 por ciento. La estructura interna por grados de dependencia de la población protegida por el sistema alemán también es bastante similar a la obtenida en esta estimación para España. (Cuadro 1 y 2).

### PREVISIONES DE EVOLUCIÓN FUTURA

La evolución futura de la población dependiente estará determinada por el proceso de envejecimiento demográfico. Contra lo que a veces se suele pensar, ese proceso no es lineal y uniforme en el tiempo, pues su dinámica está condicionado por la estructura de la población.

Basta observar la pirámide de la población española (en la que todavía se aprecian los efectos de nuestra historia demográfica, y, en particular, el descenso de nacimientos que se produjo durante la guerra civil y en los primeros años de la postguerra, la recuperación de la

natalidad que se produjo unos años después y el “baby-boom” de los primeros sesenta), para darse cuenta de que durante la década actual se producirá un incremento muy importante del número de personas de edad avanzada (por encima de los 75 años) debido al “envejecimiento sobre el envejecimiento” y al mismo tiempo un descenso suave en el número de personas de entre 65 y 75 años, debido a que en estos momentos están comenzando a llegar a la edad de jubilación un grupo de cohortes que son, en términos relativos, poco numerosas (las personas que nacieron entre 1935 y 1945).

El resultado es que, en estos primeros diez años del siglo XXI, asistiremos a un notabilísimo aumento de la demanda de cuidados de larga duración. A partir de 2011 se producirá un cambio de importancia en esta tendencia: la población seguirá envejeciendo, pero el aumento de las personas de entre 65 y 75 años de edad será muy superior al que experi-

### PROYECCION DEL NUMERO DE PERSONAS DEPENDIENTES PARA LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA (ESPAÑA, 2005-2020)

Grados de necesidad de cuidados

	2005	2010	2015	2020
<b>PERSONAS DEPENDIENTES</b>				
3 (Gran depend.)	194.508	223.457	252.345	277.884
2 (Depend. severa)	370.603	420.336	472.461	521.065
1 (Depend. moderada)	560.080	602.636	648.442	697.277
<b>Total</b>	<b>1.125.190</b>	<b>1.246.429</b>	<b>1.373.248</b>	<b>1.496.226</b>

### PROYECCION DEL NUMERO DE PERSONAS CON DEPENDENCIA PARA LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA (ESPAÑA, 2005)

Grados de necesidad de cuidados y grandes grupos de edad

	6 a 64	65 a 79	80 y más	Total
<b>PERSONAS DEPENDIENTES</b>				
3 (Gran depend.)	31.174	47.300	116.034	194.508
2 (Depend. severa)	78.498	110.090	182.015	370.603
1 (Depend. moderada)	188.967	216.034	155.078	560.080
<b>Total</b>	<b>298.639</b>	<b>373.425</b>	<b>453.126</b>	<b>1.125.190</b>

### PROYECCION DEL NUMERO DE PERSONAS CON DEPENDENCIA PARA LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA (ESPAÑA, 2010)

Grados de necesidad de cuidados y grandes grupos de edad

	6 a 64	65 a 79	80 y más	Total
<b>PERSONAS DEPENDIENTES</b>				
3 (Gran depend.)	31.652	47.655	144.149	223.457
2 (Depend. severa)	82.956	110.841	226.539	420.336
1 (Depend. moderada)	200.052	213.839	188.745	602.636
<b>Total</b>	<b>314.660</b>	<b>372.335</b>	<b>559.434</b>	<b>1.246.429</b>

Cuadro 3

Fuente: Elaboración propia

mentará el grupo de mayores de 75 años.

La razón es que de nuevo comenzarán a llegar a la edad de jubilación generaciones con un número de efectivos muy grande. La presión sobre el sistema de provisión de cuidados para personas dependientes no descenderá, pero surgirán con fuerza muchas otras demandas que competirán por los recursos, siempre escasos en relación con las necesidades, del sistema de protección social. De ahí que sea tan urgente afrontar el desarrollo de un sistema de atención de las necesidades de las personas dependientes, creando las infraestructuras, los equipamientos y los medios financieros, técnicos y personales necesarios para hacer frente a esas demandas.

Junto al envejecimiento demográfico, que impulsará al alza las cifras de personas dependientes, es previsible que se produzca una cierta reducción de la prevalencia de las situaciones de dependencia por grupos de edad, como consecuencia de la mejora de los niveles de salud, la mayor conciencia de la población sobre la conveniencia de desarrollar hábitos de vida saludables y las actuaciones preventivas. Para elaborar las proyecciones que se incluyen en las páginas siguientes, hemos partido de la hipótesis de que esa reducción de la prevalencia se producirá de forma paulatina y será más perceptible en los niveles de menor gravedad. (Cuadro 3)

# MODELOS DE PROTECCIÓN SOCIAL DE LA DEPENDENCIA

La protección social de la dependencia está, desde hace tiempo, en la agenda política de la mayoría de los gobiernos, al menos desde los primeros años de la década de los noventa del siglo XX. Incluso la Comisión Europea, desde

hace varios años, está estimulando el debate político entre los Gobiernos de cara a profundizar en la acción protectora en este campo. En este sentido hay que recordar, entre otras, tres iniciativas importantes. La primera, es la publicación (Pacolet 1998) del informe "Social Protection for

dependency in old age in the 15 EU Member States and Norway", primer estudio comparativo europeo de la acción protectora de los gobiernos en este campo.

La segunda iniciativa, la promoción de la estrategia europea contra la exclusión social a través de los Planes Nacionales de Acción de los países miembros, en la que la dependencia es considerada como una situación a resolver. La tercera iniciativa es de marzo de 2003, un informe conjunto de la Comisión y el Consejo bajo el título "Apoyar las estrategias nacionales para el futuro de la asistencia sanitaria y los cuidados a las personas mayores" en el que se plantean tres objetivos: el acceso de todos los ciudadanos a las prestaciones y servicios sociosanitarios "con independencia de los ingresos o el patrimonio", el logro de un alto nivel de calidad de la asistencia y la sostenibilidad de los sistemas de asistencia.

En un capítulo específico del Libro se analizan con detenimiento

los modelos de protección social de la dependencia de los países más significativos. No obstante, a los efectos de reflexionar sobre el modelo que puede interesar a nuestro país se pueden agrupar en tres sistemas claramente diferenciados, que de alguna forma se corresponden con los distintos modelos de Estado de Bienestar:

- De protección universal para todos los ciudadanos y financiación mediante impuestos. Es el modelo de los países nórdicos y de Holanda.

- De protección a través del Sistema de la Seguridad Social, mediante prestaciones que tiene su origen en cotizaciones. Es el modelo bismarkiano de los países centroeuropeos, vigente en Alemania, Austria y Luxemburgo.

- Asistencial, dirigido fundamentalmente a los ciudadanos carentes de recursos. Es el modelo más implantado en los países del sur de Europa.

La tendencia general dominante en los países de la UE, respecto de la protección social de la dependencia, se orienta hacia modelos de naturaleza universal de carácter impositivo o de Seguridad Social, si bien son modelos topados, que prestan servicios o conceden prestaciones monetarias que cubren sólo una parte del coste de los cuidados de larga duración. La participación, en

mayor o menor medida, de los usuarios en la financiación es una característica común de todos los países.

El modelo asistencial está en retroceso a favor de la universalización del derecho social, lo que supone que el acceso a las prestaciones no depende de los recursos de la persona dependiente, sino de la necesidad sociosanitaria evaluada. El criterio para ser beneficiario de la prestación social pública es la necesidad de cuidados. La prestación, como ya se ha indicado, cubre una parte sustantiva del coste, siendo el beneficiario quien asume el resto.

## SISTEMA DE PROTECCIÓN UNIVERSAL

Los llamados modelos de protección universal atienden la dependencia como una extensión lógica de la concepción de que el Estado debe cubrir las necesidades básicas de los ciudadanos por razones de ciudadanía, de la misma forma que se atiende cualquier otra de las necesidades sanitarias o educativas.

Presentan los siguientes rasgos comunes:

- La protección a la dependencia es una extensión de las

El modelo asistencial está en retroceso a favor de la universalización del derecho social. El acceso a las prestaciones depende de la necesidad sociosanitaria

prestaciones y servicios sociales y sanitarios ya existentes, que se ha ido incorporando progresivamente a partir de los primeros años ochenta del siglo XX, como consecuencia del envejecimiento de la población, en los países que disfrutan de este sistema.

- La cobertura es universal, de modo que la prueba de recursos no existe, excepto para determinar la participación del beneficiario en el pago de los servicios en función del nivel de renta.

- Es un sistema fundamentalmente de prestación de servicios, ya que la tradición familiar de cuidados informales es menos intensa que en los modelos de los países del sur.



- Se trata de un modelo de servicios que, hasta muy recientemente, ha sido predominantemente público pero que lentamente ha ido introduciendo la prestación de servicios de tipo privado.

- La financiación es de carácter impositivo, compartida entre el Estado y las Administraciones Territoriales.

- Se trata de un modelo municipalizado, en el que los municipios son los responsables de la prestación de los servicios.

- Es un modelo de alto coste: De hecho, los países que han implantado este modelo, como son los Países Nórdicos, dedican a los cuidados de larga duración un porcentaje de gasto entre el 2,6% y el 3% del PIB.

### SISTEMA DE PROTECCIÓN A TRAVÉS DE LA SEGURIDAD SOCIAL

En este modelo la protección social a la dependencia se sitúa, al igual que las pensiones, el seguro de desempleo y la protección a la familia, en el ámbito de la Seguridad Social y es, por lo tanto, financiado y gestionado en este marco.

- Todos los países que han optado por este modelo recono-



cen la naturaleza de derecho subjetivo de la protección de la dependencia, independientemente de la situación económica, superando la tradición asistencialista y de responsabilidad de la familia en este campo.

- Esta forma de aseguramiento de la dependencia pretende cubrir las necesidades de servicios de la persona que en su momento puedan presentarse. La prestación puede servir para apoyar a la familia cuidadora o para sustituirla.

- La situación de dependencia se evalúa en grados o niveles de gravedad, de los que se derivan prestaciones monetarias de diferente cuantía o servicios de distinta intensidad o duración.

- En general en estos sistemas se da un amplio margen de elección a la persona dependiente o su familia, que puede optar entre prestaciones monetarias y servicios. Esta libertad de elección, basada en el respeto a las tradiciones y preferencias fami-

liares y culturales, no obsta para que se tienda a favorecer la prestación de servicios, bien sea duplicando la cuantía de éstos, cuando se recurre a entidades prestadoras respecto de la familia (Alemania), bien sea reduciendo la libertad de elección de la persona en situación de dependencia a medida que aumenta la gravedad de la dependencia, lo que pone de manifiesto la importancia que se da a que la atención más especializada sea cubierta por profesionales (Luxemburgo).

- Estos sistemas se financian fundamentalmente con cotizaciones a la Seguridad Social de los trabajadores en activo y en algunos países también con las de empresarios y de los propios pensionistas. También suele haber financiación vía impuestos, para cubrir las prestaciones no contributivas y/o equilibrar financieramente el sistema.

- La gestión de las prestaciones económicas suele ser centralizada, mientras que la de los ser-

vicios está descentralizada en las administraciones territoriales.

- Las prestaciones están topadas, cubren una parte importante del coste, aunque no la totalidad, lo que obliga al beneficiario a participar en la financiación de los servicios. Ello tiene como finalidad no sólo contribuir a la financiación, sino también introducir un freno o contención del gasto.

- Se contemplan también ayudas al cuidador, tanto en excedencias del trabajo para los cuidadores informales, como en la cobertura de las cotizaciones de la carrera de seguro, así como el desarrollo de servicios de respiro y de apoyo para períodos de vacaciones o necesidades especiales.

- La evaluación de este sistema después de varios años de existencia (once en el caso de Austria, nueve en el de Alemania) nos permite constatar que la incorporación de los beneficiarios al Sistema se ha producido de forma más lenta de lo previsto y que el coste es menor que el de los sistemas universales financiados vía impuestos, pues en los países que lo han implantado el gasto alcanza valores de entre el 1,2% y el 1,5% del PIB. A ello hay que añadir que existe una opción importante por las prestaciones informales a través de la familia en el servicio de ayuda a domicilio, en detrimento de los servicios profesionalizados.

### SISTEMA ASISTENCIAL

Esto último no revela sino dos hechos: que la oferta de servicios es baja y que la tradición de cuidados familiares es aún muy sólida, por lo que habrá que tenerla muy en consideración en el diseño de cualquier política pública.

Se configura como un sistema público, financiado mediante impuestos, de cobertura limitada, destinado a satisfacer las necesidades básicas de los ciudadanos en situación de dependencia con insuficiencia de recursos económicos y, por tanto, de alcance y extensión también limitada.

- En este sistema de atención el mayor peso de los cuidados de la dependencia recae sobre la familia, particularmente sobre la mujer.

- Los cuidados de larga duración se dirigen a las personas con insuficiencia de recursos. Como consecuencia, existe un importante déficit de servicios, sobre todo de los comunitarios, y notables desequilibrios territoriales.

- Los países con este sistema presentan un importante retraso en comparación con la mayoría de los países con sistemas de protección universal, debido a la menor exigencia de gasto público.

## La gestión de las prestaciones económicas suele ser centralizada

- Este sistema de protección asistencial deja en una desprotección casi total a las clases medias, puesto que, por una parte, los requisitos de acceso, sobre renta disponible les impide acceder a los servicios de provisión pública y, por otra, sus ingresos son insuficientes para costearse, en el ámbito privado, esos mismos servicios, especialmente los de mayor coste, como son las plazas residenciales.

- Una creciente demanda social caracteriza a estos países, en los que la gestión privada de los servicios prima sobre la pública. Por otra parte, la descentralización de los servicios sociales está dando lugar a un incremento de los desequilibrios territoriales en la extensión y calidad de los mismos. Los cambios sociodemográficos presionan por la superación de la protección asistencial actual en favor de modelos protectores de garantía de derechos. Sin embargo, las políticas de contención del gasto

social y la derivación de la responsabilidad desde el Estado a las Regiones y Municipios en materia de servicios sociales están inhibiendo el desarrollo de políticas de Estado para la protección de las personas dependientes en aquellos países que todavía mantienen este sistema de protección.

### LOS DEBATES EN RELACION CON EL MODELO DE PROTECCIÓN DE LA DEPENDENCIA EN ESPAÑA

El debate técnico y político sobre la dependencia se inicia en España a partir de 1991 con la puesta en marcha del Plan Gerontológico Estatal 1991-2000 y la firma del Acuerdo Marco de 1993 entre los Ministerios de Sanidad y de Asuntos Sociales para la coordinación sociosanitaria de las personas mayores. Las investigaciones desarrolladas a partir de la segunda mitad de los años noventa ponen de manifiesto la importancia social del problema de la dependencia y trasladan a los responsables de la Administración, a los partidos políticos, a los agentes sociales y a las organizaciones de mayores y de personas con discapacidad la necesidad del debate político.

Al mismo tiempo, la participación en foros e investigaciones de la UE ha facilitado el intercambio de experiencias y de conocimientos.

Somos conscientes de que el debate técnico o científico sobre políticas públicas de protección social está íntimamente relacionado con el debate sobre la política de control del gasto público y de estabilidad presupuestaria y del Sistema de la Seguridad Social. Sin embargo, es preciso señalar que en materia de servicios sociales, los recursos económicos que se emplean producen un efecto multiplicador en la calidad de vida de las personas y en la generación de empleo, además de un importante ahorro en el sistema sanitario.

Desde el punto de vista del debate político, durante estos últimos años se han desarrollado distintas iniciativas y posicionamientos sobre alternativas de protección social de la dependencia, que conviene analizar:

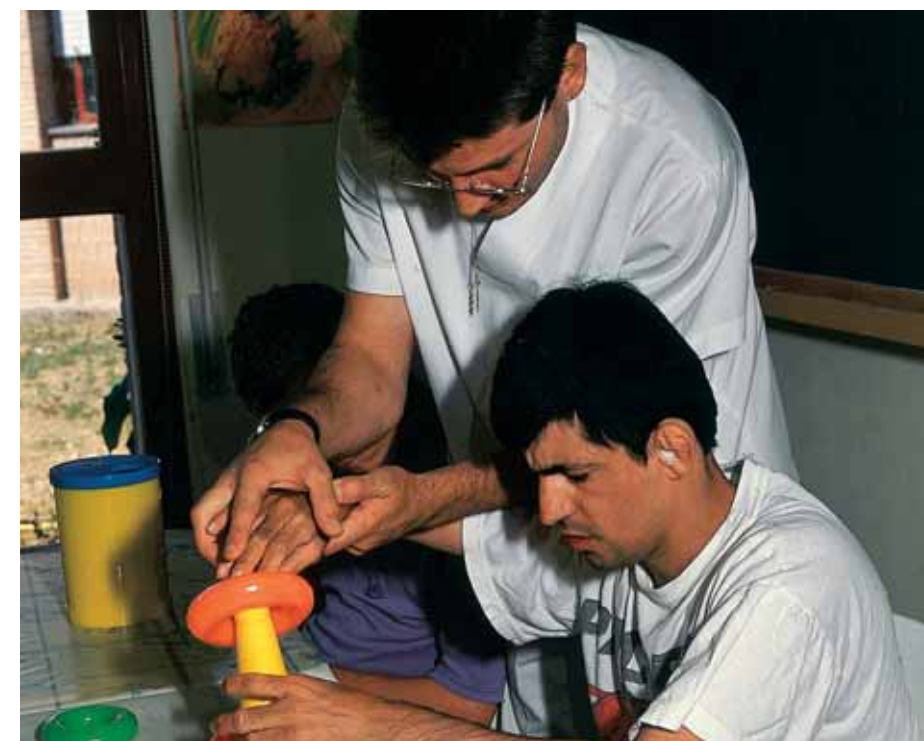
- El Informe del Defensor del Pueblo (2000) se pronunció por un modelo de protección universal de Seguridad Social, en la línea del modelo austriaco (1993), alemán (1995) y luxemburgués (1998), de cubrir a través de la Seguridad Social este nuevo riesgo de la dependencia. Sus recomendaciones, que iban en el sentido de desarrollar el art. 41 de la Constitución Española de 1978, no se han traducido, sin embargo, en ningún avance sustancial.

- Las Recomendaciones de las Cortes Generales: por una parte,

las del Senado (2000), apoyando medidas legislativas para proteger a las personas dependientes ("Ponencia sobre la problemática del envejecimiento de la población española") y, por otra, las del Congreso de los Diputados, mediante la aprobación en octubre de 2003 de una Recomendación Adicional a favor de "una política integral de protección a la dependencia".

Como consecuencia de este debate político cabe señalar que la aplicación de políticas en el ámbito estatal se ha ido demorando en el tiempo, mientras se

## La regulación desde el ámbito del estado de la protección a la dependencia debe servir para crear un marco coherente y garantizar derechos iguales para todos



produce una creciente demanda social, que solo es satisfecha en un reducido porcentaje por el Sistema Sanitario y por los servicios sociales con limitados recursos financieros. Ello supone la aplicación de políticas diferentes, que tienden a aumentar las desigualdades territoriales y, por tanto, reducen la efectividad de las políticas de protección social. Por otra parte, se están generando una diversidad de modelos que dan lugar a incoherencias, derechos desiguales y desequilibrios en la distribución de los recursos.

La regulación desde el ámbito del Estado de la protección a la dependencia debe servir para crear un marco coherente, garan-

tizar derechos iguales para todos y proporcionar los recursos suficientes para atender a todas las personas dependientes. Ello en colaboración con las Comunidades Autónomas y las Corporaciones Locales que son las Administraciones competentes en la ejecución de políticas de servicios sociales.

### HACIA UN SISTEMA NACIONAL DE DEPENDENCIA

Entendemos por Sistema Nacional de Dependencia el conjunto de prestaciones y servicios que garantizan, en las mismas condiciones para todos los ciudada-

nos, la protección de las personas en situación de dependencia. En su formulación se deberían tener en cuenta algunos de los siguientes principios básicos:

- Universalidad de la prestación. Todas las personas en situación de dependencia, sea cual sea su edad y el origen de la dependencia y situación social podrán acceder a las prestaciones del sistema, en las condiciones y con los requisitos que se establezcan.

- Carácter público de la prestación, con independencia de las formas de financiación y de las que adopte la gestión concreta de cada prestación.

- Igualdad en el acceso al derecho. El estado debe garantizar la igualdad básica en el acceso a las prestaciones de todas las personas, sea cual sea el lugar de residencia, aunque las administraciones autonómicas y locales, podrán, con cargo a sus presupuestos, ampliar o mejorar las condiciones básicas. La ley de atención a la dependencia tendría carácter de normativa básica estatal y, por tanto, de mínimos garantizados.

- Cofinanciación por parte de los usuarios en las condiciones que se establezcan con carácter general para toda España.

De entre los sistemas de protección universal o de seguridad



social, anteriormente analizados, entendemos que existen razones que pueden avalar uno y otro. En favor del sistema de protección universal, puede argumentarse que al tratarse de una situación social y en algunos casos sociosanitaria, que afecta a la población en su condición de ciudadano, la mejor forma de abordarla sería en términos similares a la cobertura de las necesidades de asistencia sanitaria, es decir, que las Administraciones Públicas habilitarán los servicios necesarios para dar cobertura a las situaciones de dependencia que se originen.

A favor de que la dependencia sea considerada como uno de los riesgos que deben ser protegidos mediante el seguro público, es decir, a través de una prestación de Sistema de la Seguridad Social, se argumenta que la dependencia es una contingencia que puede producirse o no en las personas; solo una parte de ellas se verán afectadas a lo largo de su vida por dificultades o imposibilidad para realizar las actividades básicas de la vida diaria.

Estaríamos, por tanto, ante un riesgo que puede ser cubierto

por el Sistema de Seguridad Social. Los ciudadanos transfieren una parte pequeña de sus recursos mediante cotizaciones finalistas a un fondo común de Seguridad Social con el que se hará frente a las situaciones de dependencia que se produzcan, evitando con ello que cada ciudadano se vea obligado a ahorrar individualmente cantidades muy significativas, por si en algún momento de su vida aparece una deficiencia que de lugar a la dependencia.

La incorporación de la prestación de dependencia al Sistema de

la Seguridad Social constituiría un paso más en el actual régimen de protección de la invalidez contributiva y no contributiva, en el que ya se contempla, aunque de forma parcial e incompleta. La Ley General de Seguridad Social contempla en el artículo 137. 1.c) y 139.4 la Gran Invalidez. En este último artículo se establece que "Si el trabajador fuere declarado gran inválido, tendrá derecho a la pensión a que se refiere el apartado anterior (la prevista para la incapacidad permanente absoluta), incrementándose su cuantía en un 50 por ciento, destinada a que el inválido pueda remunerar a las personas que le atiendan.

"A petición del gran inválido o de sus representantes legales podrá autorizarse, siempre que se considere conveniente en beneficio del mismo, la sustitución del incremento a que se refiere el párrafo anterior por su alojamiento y cuidado en régimen e internado en una institución asistencial pública del Sistema de la Seguridad Social, financiada con cargo a sus presupuestos".

Asimismo, el artículo 145.6 establece que " Las personas que, cumpliendo los requisitos..., estén afectados por una minusvalía o enfermedad crónica en un grado igual o superior al setenta y cinco por ciento y que, como consecuencia de pérdidas anatómicas o funcionales, necesiten el concurso de otra persona para

realizar los actos esenciales de la vida, tales como vestirse, desplazarse, comer o análogos, tendrá derecho a un complemento equivalente al cincuenta por ciento del importe de la pensión..."

También se contempla el concurso de tercera persona en las prestaciones familiares 182 bis y 182 ter., según redacción dada por la Ley 52/2003, de 10 de diciembre. No sería, por tanto, una novedad ampliar la acción protectora del Sistema, regulando esta nueva prestación y resolviendo, además, la falta de equidad, que actualmente se produce, de que el reconocimiento de la gran invalidez y del concurso de tercera persona solo pueden serles reconocidas a las personas menores de sesenta y cinco años.

En este sentido se ha manifestado el Defensor del Pueblo en sus recomendaciones sobre "La atención sociosanitaria en España: Perspectiva gerontológica y otros aspectos conexos (2000)", "El sistema de protección de la dependencia deberá estar encardinado en el ámbito de la Seguridad Social, con garantías de derecho subjetivo, con independencia de que la financiación se realice vía impositiva (prestaciones no contributivas) o vía cotizaciones sociales (Sistema contributivo de Seguridad Social)".

En este mismo sentido se han manifestado algunas organizaciones sociales representativas de las

## La incorporación de la prestación de dependencia al sistema de la seguridad social constituirá un paso más en la protección de la invalidez contributiva y no contributiva

personas mayores y de las personas con discapacidad (Consejo Estatal de Personas Mayores, CERMI, UDP, CEOMA, Edad y Vida.) y organizaciones sindicales (CC.OO. y UGT).

En el supuesto de que se optara por una protección a través de seguridad social, la cuestión que sin duda se plantea es si la protección de la dependencia dentro del Sistema de la Seguridad Social debe tener naturaleza contributiva o no contributiva. Cualquiera de las dos alternativas es posible, por lo que habrá de analizarse cual de

ellas resulta más adecuada. Si se optara por el aseguramiento público, se puede arbitrar un procedimiento de financiación a través de cuotas en el que de forma solidaria trabajadores y empresarios financien, en los términos que se acuerden, una prestación que fuera igual para todos.

Se considera que una parte de la carga debe recaer en los trabajadores y los propios pensionistas, en tanto en cuanto la dependencia, aunque, en un importante número de supuestos el origen se encuen-

tra en el trabajo, es una contingencia que se produce mayoritariamente por el deterioro biológico de la persona y, por consiguiente, al margen de la relación laboral empleador-trabajador.

Aunque en la normativa que regula la financiación de la Seguridad Social, los pensionistas dejan de cotizar cuando adquieren esta condición, podría estudiarse para esta contingencia, en concreto, la conveniencia de seguir cotizando hasta el momento en que les sea reconocido el derecho a la pres-

tación. El modelo alemán contempla también entre los cotizantes a los pensionistas. Podrían, en cualquier caso, excluirse de las cotizaciones a las pensiones mínimas.

Esta modalidad de financiación mediante cuotas no necesariamente ha de tener carácter definitivo, podría plantearse como un sistema transitorio hasta tanto el Estado pueda asumir los costes que genere la dependencia. Existen antecedentes en nuestro sistema de protección sobre prestaciones financiadas durante algún tiempo por cotizaciones de Seguridad Social que posteriormente han sido asumidas por el Estado, como son las prestaciones de asistencia sanitaria, los servicios sociales y los complementos de mínimos.

Cabe también que, aún considerado que la prestación de dependencia sea de seguridad social, tenga naturaleza no contributiva, financiada con cargo a impuestos, como actualmente sucede con las pensiones no contributivas.

La protección de la dependencia se considera que asimismo debe enmarcarse dentro del Sistema Público de Servicios Sociales, como cuarto pilar del sistema de protección del Estado del Bienestar, en el que se garantice unos servicios coordinados, suficientes y de calidad y establezca el régimen de acceso real y efectivo a los mismos en toda España.



## FUNDAMENTACIÓN JURÍDICA DE UNA LEY QUE REGULE EL SISTEMA NACIONAL DE DEPENDENCIA

La protección de la dependencia podrá ser objeto de regulación a través de una ley en la que se garanticen prestaciones y servicios de ámbito estatal y en las mismas condiciones para todos los ciudadanos en situación de dependencia.

La futura norma podrá establecer el derecho a la protección social de la dependencia y concretar las prestaciones que lo hacen efectivo, determinando el sujeto del derecho (la persona dependiente, el cuidador y/o su familia, en su caso) y los órganos responsables de reconocer el derecho y de hacerlo efectivo. Asimismo, según reparto competencial constitucional y estatutario, deberían señalarse las funciones que corresponden al Estado, a las Comunidades Autónomas y, en su caso, a las Corporaciones Locales

y, consecuentemente, las responsabilidades en la financiación de cada prestación y de las demás actuaciones que puedan establecerse. También habrán de determinarse, en su caso, las obligaciones de la persona dependiente y de sus familiares.

Un requisito básico para el acceso a las prestaciones se refiere a la determinación de la dependencia, que exige la regulación del reconocimiento, declaración y calificación del grado de dependencia, así como la determinación del procedimiento y de la atribución de las facultades para resolver.

Se considera que existe fundamentación jurídica suficiente en la Constitución para regular esta materia y que el Estado tiene títulos competenciales para ello.

Los derechos sociales están orientados a asegurar un nivel

básico de servicios que garanticen el desarrollo del individuo y de las colectividades, mediante la intervención estatal en la prestación de servicios y en la distribución de bienes. Y en este sentido, la Constitución Española contiene distintos mandatos dirigidos a los poderes públicos que, ya sean de forma genérica o singularizada, establecen como objetivo prioritario de su actividad el mejorar la calidad de vida de los ciudadanos, y, en particular, de las personas con algún tipo de discapacidad.

De forma más concreta, el artículo 9.2 establece que "corresponde a los poderes públicos promover las condiciones para que la libertad y la igualdad del individuo y de los grupos en que se integran sean reales y efectivas; remover los obstáculos que impidan o dificulten su plenitud y facilitar la participación de todos los ciudadanos en la vida política, económi-

## Un requisito básico para el acceso a las prestaciones se refiere a la determinación de la dependencia, que exige la regulación del reconocimiento, declaración y calificación del grado de dependencia, así como la determinación del procedimiento y de la atribución de las facultades para resolver

ca, cultural y social". Asimismo, el artículo 49, a su vez, de la Ley Fundamental obliga a los poderes públicos a realizar una política de integración social de los ciudadanos con discapacidad "para el disfrute de los derechos que éste título otorga a todos los ciudadanos". Y, el artículo 50, en fin, insta a los poderes públicos a garantizar "mediante pensiones adecuadas y periódicamente actualizadas, la suficiencia económica a los ciudadanos durante la tercera edad. Asimismo, y con independencia de las obligaciones familiares, promoverán su bienestar mediante un sistema de servicios sociales que atenderán sus problemas específicos de salud, vivienda, cultura y ocio".

El Estado, por tanto, tiene atribuida una función niveladora bási-

ca o esencial, esto es, garantizado- ra de prestaciones básicas en materias tales como las de los derechos contemplados en los artículos 39 (familia), 41 (seguridad social), 48 (juventud), 49 (disminuidos físicos, sensoriales y psíquicos) y 50 (tercera edad) de la Constitución.

Esos preceptos no atribuyen diferentes derechos a los colectivos afectados, sino que especifican y cualifican la tutela que en ellos deben recibir los derechos de la persona, obligando a los poderes públicos a instrumentar políticas adecuadas (STC 71/1982, o 19/1982).

Al Estado, además, le corresponde poner las bases para que el ejercicio de los derechos se lleve a cabo en condiciones de igualdad

en todo el territorio. La articulación de una red pública básica a la que todos los ciudadanos dependientes tengan derecho, y acceso a sus servicios en función de su grado de dependencia, encuentra su fundamentación principal en los preceptos constitucionales antes citados, que deben completarse, todos ellos, por la obligación constitucional consistente en que todos los españoles han de tener los mismos derechos y obligaciones en cualquier parte del territorio español (Art. 139.1 CE), así como por la competencia estatal para la regulación de las condiciones básicas que garantizan la igualdad de todos los españoles en el ejercicio de los derechos y en el cumplimiento de los deberes constitucionales (art. 149.1.1. CE).

Si se optara por vincular la dependencia a la Seguridad Social, el fundamento jurídico específico en que habría de asentarse el Sistema Nacional de la Dependencia, sería el artículo 41 de la CE "Los poderes públicos mantendrán un régimen público de Seguridad Social, para todos los ciudadanos que garantice la asistencia y prestaciones sociales suficientes ante situaciones de necesidad, especialmente en caso de desempleo. La asistencia y prestaciones complementarias serán libres". No existe duda de la fundamentación constitucional para la creación de un Sistema Nacional de la Dependencia, sobre todo si éste se

engarza en el Sistema de la Seguridad Social.

Por otra parte, en lo que se refiere a la competencia del Estado para entrar a regular esta materia, existen títulos jurídicos suficientes que avalan su intervención:

1. El artículo 149.1.1ª de la Constitución atribuye al Estado la competencia para aprobar una Ley general de igualdad de oportunidades de las personas dependientes. La legitimidad constitucional de la Ley estatal general sobre igualdad de oportunidades de las personas dependientes tiene sustento suficiente en la competencia que el artículo 149.1.1ª de la Constitución atribuye al Estado para la regulación de las condiciones básicas que garanticen la igualdad de todos los españoles en el ejercicio de los derechos y en el cumplimiento de los deberes constitucionales; Título competencial ("con contenido propio, no residual" STC 172/1998) que otorga al Estado las facultades normativas para determinar y definir las condiciones básicas de la igualdad y no discriminación de las personas dependientes, de manera que se les garanticen los mismos derechos y prestaciones en todo el territorio nacional.

El artículo 149.1 amplía la función del artículo 53 de la Constitución (STC 32/1982, 42/82,



113/89, etc.). En esas sentencias, el TC se refiere a la “uniformidad de las condiciones básicas para el ejercicio de los derechos” o la “uniformidad en las condiciones de vida”.

2. El artículo 149.1.17 de la Constitución permite establecer, mediante una Ley, que la dependencia sea una contingencia más de la Seguridad Social. Asimismo, el sistema estatal de prestaciones

se desenvuelve como manifestación de la competencia sobre legislación básica y régimen económico de la Seguridad Social (art. 149.1.17ª CE).

Esta circunstancia determina que la regulación de las prestaciones se haya llevado a cabo con la aprobación de la Ley 16/1990, de 20 de diciembre, sobre prestaciones de carácter no contributivo; derogada posteriormente por el

Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social, de 20 de junio de 1994, que incorpora sus determinaciones.

*(Para la redacción de este apartado se ha tomado como base la memoria jurídica elaborada en el año 2003 por el Despacho del Profesor Muñoz Machado sobre un Borrador de Proposición de Ley sobre la Dependencia).*



# VALORACIÓN DE LA DEPENDENCIA

La valoración de la dependencia requiere de la aplicación de un baremo, que deberá ser aprobado por el Gobierno con el rango de normativa básica, en desarrollo reglamentario de la Ley de protección de las personas con dependencia, y, por tanto, de aplicación en todo el ámbito del Estado, mediante el cual sea posible discriminar con criterios objetivos si una persona se encuentra en situación de dependencia y en qué grado se encuadra.

Será necesario determinar quien debe realizar la valoración de la dependencia. Nuestro criterio a este respecto es que deben constituirse equipos “ad hoc”, con una composición en el que estén representados personal de servicios sociales y personal del ámbito sanitario. Seguramente estos equipos habrán de tener como soporte básico de personal la infraestructura de los equipos hoy existentes para la valoración de la discapacidad. Ahora bien, el alto número de valoraciones y revisiones a realizar, especialmente en los primeros años exigirá de una organización y funcionamiento

más descentralizado y protocolizado. La gestión de la valoración

**Hay que determinar quien debe realizar la valoración de la dependencia. Deben constituirse equipos “ad hoc”**

de la dependencia se ha de poner en conocimiento de los órganos de gestión de las Comunidades Autónomas, del Centros de Salud y del Centro de Servicios Sociales municipal, que habrán de gestionar los servicios que se derivan de la valoración.

Como marco conceptual y metodológico común a los efectos de la definición, clasificación y graduación de los problemas relacionados con la Dependencia se

está trabajando en la familia OMS de clasificación (C.I.E. y C.I.F.)

La Dependencia como fenómeno complejo que es, permite múltiples aproximaciones. Interesa una conceptualización de la dependencia que nos permita graduar una prestación económica por cuidados. A tales efectos, se propone un concepto de dependencia que contemple como descriptores esenciales:

- La necesidad e intensidad de la ayuda requerida.
- Las limitaciones graves en las actividades de auto cuidado, de relación – autoprotección y de movilidad dentro del hogar.
- Las enfermedades y deficiencias que originan la dependencia y/o la pérdida de la autonomía intelectual.

La valoración de una persona en situación de dependencia requerirá:

- Cumplimentación de Protocolos de recogida de datos por profesionales acreditados de Atención Primaria (Sanidad y Ser-





vicios Sociales) que visitarán el hogar o residencia (nivel local).

- Baremación de los datos recogidos según una Escala Estatal de Valoración de la Dependencia.
- Cribado y convalidación de las valoraciones por un Sistema informatizado que garantice la uniformidad y equidad de las prestaciones.
- Graduación de la severidad de las limitaciones y de la intensidad de la ayuda: El procedimiento de valoración distinguirá entre la severidad de las limitaciones y la intensidad de la ayuda o de la carga de trabajo requerida para su atención.

El Sistema Nacional de Depen-

dencia, en su primera etapa, deberá concentrarse prioritariamente en proteger a la población con mayores problemas de dependencia, posiblemente graduando la intensidad de la ayuda en isogrupos de coste dentro de cada grado de atención.

La valoración debe servir como instrumento para determinar el derecho a una prestación económica, graduada en función de la intensidad de la ayuda requerida, para delimitar grupos homogéneos con el fin de derivar a un determinado tipo de atención (domiciliaria, diurna, residencial) y/o ubicar a los usuarios de un servicio según unas mismas características.

También debe servir como

instrumento de valoración integral (condiciones de salud, nivel de funcionamiento, bienestar y calidad de vida y factores personales y ambientales) a los efectos de establecer un “programa de cuidados” y de evaluar periódicamente los resultados de estas atenciones, así como para la planificación de recursos y el control de calidad de los servicios prestados.

El conjunto de actuaciones facultativas y administrativas que conlleva la valoración de las situaciones de Dependencia deben procesarse a través de un sistema modular de aplicaciones informáticas para las actuaciones facultativas, administrativas y estadísticas.

La valoración debe servir como instrumento para determinar el derecho a una prestación económica, graduada en función de la ayuda requerida

## BENEFICIARIOS, SERVICIOS Y PRESTACIONES DE ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA

### BENEFICIARIOS DE LA PRESTACIÓN DE DEPENDENCIA

La cuestión que hemos de plantearnos en primer lugar es a quien se debe proteger. En un sistema de protección universal, el único requisito básico es que la persona se encuentre en situación de dependencia.

Por otra parte, aunque la dependencia se produce mayoritariamente entre las personas mayores, también tiene lugar en cualquier periodo de la vida, incluso desde el nacimiento. La cuestión que podría plantearse es si el régimen de protección que regulamos es el adecuado para los niños de menos de seis años, o incluso hasta dieciocho, o si la protección actual por hijo a cargo con discapacidad constituye una protección más adecuada,

revisando, en su caso, la cartera de servicios y las cuantías para adaptarlas a los requerimientos específicos de niños y jóvenes en proceso de desarrollo. Por lo tanto, a los efectos de la protección de la dependencia deberían considerarse beneficiarios:

- Las personas mayores de 18 años, que residan legalmente en España, y se encuentren en situación de dependencia.
- Las personas que tengan a su cargo menores de 18 años que se encuentren en situación de dependencia.

Entendemos que para los menores de edad el beneficiario de la prestación debe ser, como sucede para el resto de las prestaciones, uno de los padres o la persona en quien recae la responsabilidad del menor a estos efectos, de acuerdo con la legislación que le sea de aplicación.

Asimismo, el Gobierno podría establecer medidas de protección en favor de los españoles no residentes en España, si lo considera conveniente.

### NATURALEZA DE LA PRESTACIÓN DE DEPENDENCIA

En relación con la naturaleza de la prestación que el Sistema deba garantizar caben dos alternativas: que la persona dependiente reciba una cuantía económica con la que hacer frente a los gastos de los servicios o que el Sistema le proporcione estos servicios. Cabe incluso estudiar la posibilidad de un modelo mixto en el que convivan ambos.

#### ALTERNATIVA A):

Las personas en situación de dependencia recibirían una pres-



tación de carácter personal, adecuada al grado de dependencia que se les reconozca, en idénticas condiciones en todo el territorio nacional, destinada a cubrir las necesidades de ayuda para la vida diaria que han servido para el reconocimiento de la prestación.

La prestación, que tendría carácter económico, debería necesariamente destinarse al pago de los servicios, por lo que en todo caso para el cobro de la prestación sería necesario que el servicio hubiera sido prestado. Por lo tanto, el abono de la prestación podría realizarse bien al beneficiario, una vez acredite que se ha prestado el servicio, o bien directamente al prestador del servicio.

En los supuestos en que el servicio se haga efectivo en el medio familiar con carácter informal, la prestación económica sería inferior en la cuantía. El cuidador o cuidadores familiares deberían estar de alta en el régimen especial de autónomos o específico que se determine por el número de horas que suponga la prestación del servicio. De esta misma forma se regula la prestación del servicio en Alemania, cuando el prestador es la familia o tiene carácter informal.

La reducción de la cantidad tiene como finalidad desincentivar el que los beneficiarios se acojan a estas prácticas y se logre el objetivo de que la prestación sirva para garantizar la

adecuada prestación del servicio, incrementar el empleo y no se dificulte la incorporación de la mujer (cuidadora informal mayoritaria) al trabajo. Esta medida tiene su fundamento en la regulación de otros países que han optado por este modelo.

La posibilidad de que el beneficiario pueda optar por recibir la atención en el medio familiar responde al principio de respetar la libertad de elección de las personas dependientes, que muchas veces prefieren ser cuidados por su entorno directo.

Ahora bien, con el fin de evitar que la prestación de dependencia se convierta en un mero complemento de pensión, se

deberá exigir que el cuidador o cuidadores coticen a la Seguridad Social por las horas de prestación, aunque la cotización debería estar bonificada en parte o en su totalidad.

#### ALTERNATIVA B)

La otra alternativa a considerar sería que la prestación de dependencia se configure como una prestación de servicios. En esta alternativa, a las personas en situación de dependencia se les garantizaría la prestación de los servicios que necesitan (como actualmente sucede con los servicios sanitarios) con los recursos propios o concertados de que el Sistema disponga. El procedimiento a seguir por quien gestione la prestación, que como veremos a continuación habrían de ser las Comunidades Autónomas, sería que a las personas reconocidas en situación de dependencia se les asignara de oficio el centro o servicio que se considere más adecuado según su grado de dependencia, proximidad al domicilio, etc. Al beneficiario se le asignaría la cantidad a cofinanciar en función del servicio que se le preste y de la tabla de tarifas previamente establecida. La cofinanciación, en esta alternativa, es fundamental, porque el Sistema, que sería público en su totalidad, aunque algunos centros y servicios sean concertados, se financiaría con aportación de los usuarios.

El abono de la prestación podría realizarse bien al beneficiario, una vez acredite que se ha prestado el servicio, o bien directamente al prestador del servicio

La cofinanciación podría ser diferente según que el Sistema Nacional de Dependencia se financie con cuotas de Seguridad Social o con impuestos. Si la financiación es a través de cuotas, la participación de los usuarios debería ser por tarifas iguales para todos, puesto que la cuota se establece en función de los salarios reales. Si, por el contrario, la financiación fuera vía impuestos cabe establecerla teniendo en cuenta el nivel de renta de los beneficiarios, en tanto que una parte de los impuestos no son progresivos.

No siempre será posible garantizar los servicios que necesita la persona dependiente, especialmente si lo que precisa son centros de día o residenciales en determinadas zonas, por lo que habría que prever la posibilidad



de que cuando el servicio no pueda ser garantizado exista un procedimiento de compensación mediante prestación económica, que permita a la persona dependiente o a la familia buscar recursos alternativos.

En cualquiera de las dos alternativas, la gestión de su aplicación a los servicios que precisa la persona debería vincularse al Sistema Público de Servicios Sociales. Los equipos de servicios sociales, a la vista de grado de dependencia reconocido y de la valoración realizada, serían los responsables de elaborar con la familia el "programa individualizado de atención" más conveniente, teniendo en cuenta la cuantía de la prestación, los recursos sociales existentes y la idoneidad de los mismos.

### CUANTÍAS

La cuantía de la prestación de dependencia debe estar en función de la capacidad financiera del Sistema y, en la medida de lo posible, relacionada con los costes de los servicios que se estima necesita la persona dependiente. En la determinación de la cuantía debe tenerse en cuenta el esfuerzo de financiación que se considere deba realizar el beneficiario. La cuantía podría ser la misma para quienes se les ha reconocido igual grado de dependencia, aunque cabe esta-

blecer cuantías diferentes según que el beneficiario necesite un servicio de residencia o de ayuda a domicilio, como actualmente sucede en Alemania.

Si analizamos como se regulan estos aspectos en los países de nuestro entorno observamos:

Francia establece anualmente por Decreto el importe máximo que puede alcanzar el plan de atención. Este importe máximo se establece a nivel nacional para cada grado de dependencia, mediante la aplicación de un coeficiente al importe del complemento por tercera persona, que para el año 2004 se establece en 10.995,78 euros anuales (916,31 euros mensuales). Teniendo en cuenta esta cuantía, los importes máximos de la prestación son los siguientes:

- GIR 1: 1.106,77 euros mensuales
- GIR 2: 948,66 euros mensuales
- GIR 3: 711,50 euros mensuales
- GIR 4: 474,33 euros mensuales

Ahora bien, el importe real de la prestación equivale al importe de la parte del plan de atención que el beneficiario utiliza realmente, restándole, en su caso, la participación económica que le corresponde abonar según su nivel de ingresos. Esta participación se establece mediante un baremo aprobado por Decreto en el ámbito nacional, en el que quedan exentos quienes tengan ingre-

sos inferiores a 1,02 veces el Complemento por Tercera Persona, es decir, ingresos inferiores a 934,64 euros mensuales. A partir de esa cifra, la participación es progresiva hasta unos ingresos de 3,40 veces el Complemento, según fórmula de progresividad. Por encima de 3,40 veces (3.115,47 euros), la participación del beneficiario equivale al 80% del importe.

Este modelo gradúa la cuantía de la prestación en función de la renta de las familias, porque la prestación no tiene su origen en cotizaciones previas de los beneficiarios.

Este modelo conlleva una gran complejidad de gestión. Francia es un país centralizado y, por tanto, con una organización territorial adecuada para gestionar sistemas complejos y uniformes.

En el modelo alemán la cuantía de las prestaciones se ha establecido conjugando grado de dependencia y el tipo de prestación recibida, aunque las propuestas actualmente en estudio van en el sentido de unificar las cuantías para cada grado independientemente de que la prestación sea de ayuda a domicilio o residencia. (Cuadro 4)

Los importes citados están calculados para atender una parte de los gastos de dependencia. Corresponde, por tanto, al beneficiario hacer frente al resto del coste.

### CUANTIAS DE LAS PRESTACIONES DE 2004

PRESTACION		DEPEND. 1	DEPEND. 2	DEPEND. 3
Cuidado en el hogar (€/mes)	Oferta de servicios Transferencia monetaria	384 205	921 410	1.432 (1.9418)* 665
Sustitución del cuidador (hasta 4 semanas al año)	Por un familiar** Por un profesional	205 1.432	410 1.432	665 1.432
Dependencia restringida a un corto período de tiempo (€/mes)		1.432	1.432	1.432
Dependencia parcialmente en residencia (€/mes)		384	384	384
Dependencia en residencia (euros/mes)		1.023	1.279	1.432 (1.688)
Dependencia en residencia de minusválidos		10% de los costes de la residencia (límite 256 euros/mes)		
Equipo ayuda (€/mes)		31		
Recursos técnicos		2.557 euros por medida (se requiere contribución del asegurado en los costes)		
Pago de cuotas al sistema de pensiones para los cuidadores	En función de la carga asumida por el cuidador ***	123 (103)	247 (207)	371 (311)

Cuadro 4

\*: entre paréntesis casos especialmente graves.

\*\* : además de la cantidad señalada, se podrán cargar recibos de transporte e incluso la pérdida de sueldos y salarios que se haya podido originar por ausentarse para realizar esta actividad. El límite se establece en 1.432 euros al mes (transferencia monetaria y reembolso de recibos).

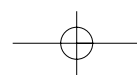
\*\*\*: desde 14 horas de actividad de cuidados en adelante. El cuidador puede realizar simultáneamente una actividad laboral hasta las 30 horas semanales. Esta prestación se activará siempre y cuando el cuidador no esté recibiendo ya su pensión.

La ley del Seguro de Dependencia establece que los beneficiarios deben pagar al menos el 25% de los costes del servicio y, en cualquier caso, los gastos hoteleros (alojamiento y alimentación), así como una parte proporcional de los gastos de amortización de infraestructuras. Además, a través del Seguro de Enfermedad se abo-

nan los gastos médicos que pudieran originarse. Por lo tanto el Seguro de dependencia sólo cubre los gastos relacionados estrictamente con la dependencia.

Respecto de nuestro país, aunque se han elaborado hipótesis y escenarios económicos con el fin de cuantificar el coste del Siste-

ma, no es objeto de este Libro Blanco formular en este momento cuantías para los distintos grados, pero si nos parece a considerar la propuesta alemana de unificar las cuantías de la prestación por Grado o por nivel, si se optara por incorporar los, independientemente de que la prestación sea de atención domiciliaria o



residencial, con el fin de favorecer que las personas continúen en su domicilio, siempre que ello sea posible.

**CATÁLOGO DE SERVICIOS**

A continuación se determinan los servicios que se consideran necesarios para una adecuada atención de la dependencia. Los equipos de valoración, las propias personas dependientes y sus familias determinarán en cada caso el servicio o servicios que se considera más adecuado.

- Teleasistencia
- Servicios de ayuda a domicilio
  - De atención de las necesidades del hogar
  - De cuidados personales
  - Programas de apoyo a familias cuidadoras
- Atención en Centros de Día
  - Centros de Día para mayores
  - Centros de Noche
  - Centro de atención diurna < 65 años
- Servicio de autonomía personal

PROPUESTA DE UNIFICACION DE CUANTÍAS		
PRESTACIONES	SAD	RESIDENCIA
Grado o nivel asistencial I	400	400
Grado o nivel asistencial II	1.000	1.000
Grado o nivel asistencial III	1.500	1.500

- Atención residencial
  - Residencia Asistida
  - Centros de Atención Dependientes Psíquicos
  - Centros de Atención Dependientes Físicos

La atención residencial podrá tener carácter permanente o temporal para situaciones de vacaciones o enfermedad de cuidadores y periodos de "respiro"

- Ayudas Técnicas
- Ayudas para la adaptación y accesibilidad del hogar

**A) EL SERVICIO DE TELEASISTENCIA**

El servicio de teleasistencia se articula a través de componentes tecnológicos y personales, que proporcionan a los usuarios la seguridad de una respuesta inmediata ante cualquier emergencia y previene eficazmente las sensaciones de inseguridad, soledad y aisla-

miento. Es un eficaz complemento del servicio de ayuda a domicilio en tanto que garantiza la atención de posibles situaciones de emergencia durante el tiempo no cubierto por la ayuda a domicilio. Está especialmente indicado en el caso de personas que viven solas y en personas que sólo necesitan ayuda de forma ocasional.

**B) EL SERVICIO DE AYUDA A DOMICILIO (SAD)**

Entendemos por SAD el conjunto de actuaciones llevadas a cabo en el domicilio de las personas dependientes con el fin de atender sus necesidades domésticas, facilitar la realización de las actividades de la vida diaria y proporcionar cuidados personales o de carácter sanitario. Pueden distinguirse los siguientes tipos de servicios:

- Servicios relacionados con la atención de las necesidades domésticas o del hogar: limpieza, lavado, cocina, etc.
- Servicios relacionados con el

cuidado personal, para ayudarles en la realización de las actividades básicas de la vida diaria.

- Servicios sanitarios de enfermería o cuidados específicos que tienen su origen en la falta de movilidad y/o en la cronicidad de las enfermedades que padecen, con seguimiento facultativo. (Este servicio se presta por los equipos de atención primaria y equipos especializados de soporte del Sistema Nacional de Salud o en estrecha coordinación con los mismos).

La consideración de domicilio, a los efectos de determinar el alcance de este servicio, se extiende más allá del domicilio habitual a otro tipo de viviendas alternativas, apartamentos o viviendas tuteladas, unidades de convivencia y miniresidencias con un número de plazas inferior a veinte, en las que la atención individualizada mediante este tipo de servicios permite no tener que recurrir a la institucionalización.

**C) EL SERVICIO DE CENTROS DE DÍA**

El servicio de Centros de Día pretende cubrir las necesidades familiares de prevención, rehabilitación y atención asistencial y personal durante un determinado número de horas, dentro de la filosofía de mantener a las personas, en la medida de lo posible, dentro de su medio familiar.

La teleasistencia se articula a través de componentes tecnológicos y personales, que proporcionan a los usuarios la seguridad de una respuesta inmediata ante cualquier emergencia y previene las sensaciones de inseguridad

Los centros de esta naturaleza, insuficientes en todas las Comunidades Autónomas, son fundamentales en el marco del modelo de atención de la dependencia que se propone.

**D) SERVICIO DE AYUDA PERSONAL A PERSONAS CON GRAVE DISCAPACIDAD.**

Las personas con una grave discapacidad presentan otra serie de necesidades, además de las específicas de la vida diaria. Nos referimos a necesidades educativas, rehabilitadoras, laborales y de ocio para las cuales también precisan de la atención de una tercera persona.

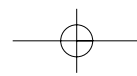
Consideramos que el Sistema debe también prever un servicio de asistencia personal que permita a este grupo de personas desarrollar una vida independiente en la medida de sus posi-

bilidades. Este servicio debe ser lo suficientemente flexible para que cubra también sus otras necesidades específicas de la vida diaria.

**E) EL SERVICIO DE ATENCIÓN RESIDENCIAL**

En algunos casos, la permanencia de las personas dependientes en su domicilio resulta muy difícil para ofrecer una atención adecuada en el cuidado personal y sanitario por el deterioro de los niveles de autonomía, la soledad extrema, la necesidad de atención permanente o debido al estado de las viviendas o su equipamiento. Para estos supuestos está previsto el Servicio de Atención Residencial.

Este servicio se puede prestar con dos niveles de atención según primen los servicios sociales de atención personal o los servicios sanitarios:



- Servicios de Atención en Residencias Asistidas y Centros para personas con discapacidad física o psíquica

- Servicios de Atención en Hospitales de Larga Estancia.

La prestación de este servicio puede tener carácter permanente o temporal, para cubrir estancias temporales durante las vacaciones o enfermedades de cuidadores familiares, durante algunos fines de semana o periodos de “respiro”.

A los efectos de evaluar el coste real de los servicios específicos de atención de la dependencia en estos centros será necesario diferenciar los costes de hostelería, los de cuidado personal y los propiamente sanitarios, con el fin de ajustar en la medida de lo posible la prestación de dependencia a los costes reales de la misma.

#### F) SUBVENCIONES ECONÓMICAS PARA AYUDAS TÉCNICAS Y ADAPTACIÓN DE VIVIENDAS

Además de los servicios básicos, anteriormente señalados, se concederían ayudas económicas con el fin de promover y facilitar la permanencia en el domicilio:

- Ayudas técnicas individuales para la autonomía personal

- Ayudas para la adaptación y accesibilidad del domicilio



#### CONSIDERACIONES RELACIONADAS CON LA CARTERA DE SERVICIOS

1. La implantación de un sistema de atención a la dependencia sólido y sostenible, exige que los programas y recursos disponibles, tanto en el marco de este nuevo sistema como en los ámbitos de los servicios sociales y de los sanitarios generales, contemplen la prevención como aspecto irrenunciable en cualquiera de ellos. Evitar la aparición de situaciones de dependencia y mantener el máximo grado de autonomía cuando éstas han aparecido, debe constituir uno de los principios consustanciales de nuestro modelo de protección a la dependencia.

2. Los programas y servicios para personas en situación de dependencia deben estar diseñados con un enfoque rehabilitador. Esto quiere decir que todos los

recursos y programas de atención a la dependencia deben asumir como principio el criterio de reversibilidad y recuperación en cualquiera de las vertientes y posibilidades de las personas objeto de atención, aun en el caso de que éstas sean residuales.

3. El diseño de un Sistema Nacional de la Dependencia se deberá realizar teniendo en cuenta las preferencias de sus potenciales beneficiarios y de sus cuidadores/as de permanecer en su domicilio y en su entorno habitual siempre que sea posible. Por tanto, los servicios de proximidad y la atención domiciliaria deben ser priorizados por el Sistema.

4. La participación de las personas con dependencias y sus cuidadores/as familiares debe quedar garantizada y ser considerada un derecho irrenunciable, tanto para determinar el plan de cuidados a

desarrollar, como para la elección del tipo de recursos que van a utilizar. Del mismo modo, deben participar en los programas de intervención que les afectan, porque, además, ello fomenta la autonomía de las personas y la prevención de la dependencia.

5. El modelo de atención a la dependencia debe integrar todo su catálogo de programas y servicios en el entorno comunitario más cercano, de tal forma que el sistema pueda responder con agilidad a las necesidades de las personas en situación de dependencia y de sus familias. En consecuencia, la atención institucional no debe quedar fuera del ámbito comunitario. Es indispensable que los postulados de integralidad y flexibilidad sean asumidos en toda la oferta de recursos del Sistema.

6. Un Sistema Nacional de Dependencia debería establecer un procedimiento unificado de acceso a los servicios, en el que se garantice el principio constitucional de igualdad.

7. La sectorización geográfica y la elaboración de mapas de atención sociosanitaria, donde no los hubiere, es un criterio esencial para la provisión integral de servicios. Es necesario superar y corregir las históricas diferencias en el establecimiento y delimitación de áreas sociales y sanitarias de actuación que impiden la intervención coordinada y el desarrollo de

canales estables y fluidos de comunicación y coordinación entre los dos sistemas.

8. En el ámbito de la coordinación es urgente el establecimiento de un modelo que garantice la continuidad en los cuidados, tanto dentro del propio sistema de servicios sociales (SAD, Centros de día, residencias) como con el sistema sanitario. La elaboración de protocolos consensuados de evaluación y derivación es indispensable en este proceso.

9. Deben priorizarse los servicios que permiten a las personas permanecer en su domicilio y en su entorno, mediante una planificación individualizada de los casos: las ayudas técnicas, las intervenciones en la vivienda, la ayuda a domicilio, los centros de día y los programas de formación y de intervención con familias deberían estar presentes en la cartera de servicios. En la elaboración del plan de cuidados han de intervenir tanto la persona que precisa cuidados de larga duración como sus familias cuidadoras.

10. Cuando las personas no puedan continuar viviendo en su casa, después de las evaluaciones efectuadas, se ofrecerá una plaza en un alojamiento, atendiendo a los criterios de proximidad. En el plan de intervención del alojamiento se tendrá en cuenta la participación de la familia.

Un sistema nacional de dependencia debe establecer un procedimiento de acceso a los servicios, en el que se garantice la igualdad

11. En el proceso de atención y cuidados, con independencia de quién los realice (familiar o profesional) y el lugar donde se lleven a cabo (domicilio o centro), se focalizarán las capacidades preservadas en lugar de centrarse en el déficit, y se fijarán objetivos relacionados con la minimización de la dependencia y el reforzamiento de la autonomía de la persona.

12. Los perfiles de todas las personas implicadas en los cuidados de larga duración (tanto las personas en situación de dependencia, como sus cuidadores/as, ya sean éstos familiares o profesionales) obligan a que el diseño del Sistema tenga en cuenta el enfoque de género en cualquiera de sus vertientes.

13. Asimismo la ubicación geográfica de un buen número de personas con dependencias en entornos rurales, impone la necesidad de abordar el desarrollo de un modelo de atención que contemple las especificidades del medio rural.

14. Es indispensable la puesta en marcha de un Plan de información a toda la ciudadanía que haga realmente accesible el conocimiento de las prestaciones, así como de sus derechos y obligaciones en esta materia, atendiendo de manera especial a las personas de menores recursos de todo tipo (que son también quienes menos información reciben) y sin olvidar las especiales características de fragilidad de sus destinatarios a la hora de diseñar las informaciones a transmitir.

15. Se debe promover el desarrollo de experiencias innovadoras para la atención a la dependencia que aborden nuevas inicia-

tivas tanto el diseño y características de los servicios como en los sistemas de gestión. La creación de redes de intercambio de experiencias con carácter interautonómico facilitará la generalización de buenas prácticas.

16. Coordinación, complementariedad, profesionalidad, interdisciplinariedad, flexibilidad e innovación, son conceptos claves en la práctica cotidiana de los servicios de proximidad. Aunque su puesta en práctica es sumamente compleja, constituye uno de los retos más importantes de un correcto afrontamiento de las situaciones de dependencia.

17. La investigación y la aplicación de sus resultados a la práctica de la planificación y la intervención en el ámbito de la atención a la dependencia deben ser potenciadas de manera significativa para evitar las limitaciones que, desde todos los puntos de vista, tiene hoy el sistema de servicios sociales.

18. La protección de derechos y libertades fundamentales de las personas que no tienen capacidad de libre elección en sus decisiones es una materia especialmente sensible a la que habrá que prestar una atención preferente, pues dependencia no puede significar nunca indefensión o vulneración de derechos.

19. El sistema de atención a la dependencia deberá incorporar prestaciones y apoyos innovadores, como las ayudas técnicas o las tecnologías de apoyo y las ayudas para hacer accesibles los entornos de las personas en situación de dependencia. Estas prestaciones deberán coadyuvar en favorecer la autonomía y el mayor grado de vida independiente de la persona.

#### CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS SOBRE CUIDADOS FAMILIARES

1. Protección de la carrera laboral y de seguro del cuidador/ra facilitando la permanencia en el puesto de trabajo durante un tiempo determinado de cuidados favoreciendo el trabajo a tiempo parcial, bonificando las cotizaciones del trabajador cuidador/ra, teniendo en cuenta las experiencias existentes en el derecho comparado.

2. Reconocer de manera explícita el papel y la necesidad de la provisión de apoyos que suminis-

tran a las personas que necesitan cuidados de larga duración sus redes sociales. Para ello se propone la elaboración de una Carta de Cuidadores/as en la que se subrayen sus derechos y necesidades, así como los fines que cumple la prestación de estos apoyos, fórmula utilizada para ello en otros países.

3. El mantenimiento del apoyo informal pasa por garantizar servicios de soporte que minimicen el riesgo de claudicación de los allegados que se ocupan del cuidado de una persona en situación de dependencia. Por ello, el desarrollo e implantación de un Sistema Nacional de la Dependencia debe contemplar en todo momento su carácter de complementariedad con el sistema de apoyo informal. Ello implica la necesidad de elaborar planes de cuidados con la participación de la familia cuidadora, buscando que las intervenciones y servicios complementen y no eliminen o sustituyan el inestimable papel que desempeñan los cuidadores/as familiares.

4. En la valoración integral de los casos debe contemplarse la que mide la "carga" del cuidador/a principal mediante instrumentos que han sido suficientemente validados. Ello es garantía tanto del compromiso familiar en el plan de cuidados como de detección de posibles "tratos inadecuados por parte de la familia".

5. Deben adoptarse medidas específicas en materia de regulación legal a favor de los cuidadores/as familiares que colaboren de manera importante en la atención y tengan un trabajo retribuido: Horarios flexibles, vacaciones sin sueldo en los períodos críticos, excedencias con aseguramiento de reingresos, etc. En su elaboración deberá cuidarse especialmente la involucración de los varones, del mismo modo que se ha comenzado a realizar para el cuidado de los/as niños/as.

6. Debe contemplarse en la planificación de los casos la incorporación de las familias cuidadoras a los programas de intervención dirigidos a ellas (formación, grupos psicoeducativos, grupos de autoayuda, etc.) porque existe evidencia empírica suficiente sobre su idoneidad tanto para mejorar la atención de la persona que precisa cuidados como para aumentar la calidad de vida de sus cuidadores/as.

7. Los cuidadores/ras que han tenido experiencia acreditada en atender a personas en situación de dependencia deben ser incluidas en planes de formación y en programas de apoyo a la creación de cooperativas o empresas de economía social que se dediquen a la prestación formal de cuidados.

8. El grupo de personas inmigrantes que están trabajando en España en el sector del servicio

doméstico, como cuidadoras de personas en situación de dependencia, debe ser tenido muy en cuenta a la hora de determinar el futuro de los cuidados de larga duración, tanto para la provisión formal vía servicios o vía prestación económica.

#### CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS PARA LOS SERVICIOS DOMICILIARIOS (SAD)

1. El SAD debe tener como objetivo la mejora permanente de su calidad y el establecimiento de un sistema de acceso ágil y flexible y la garantía de una evaluación integral de necesidades en el propio domicilio.

2. Hay que realizar de manera sistemática programas individualizados de atención en el que se contemplen las tareas a desarrollar por parte de todos los implicados en el caso: la persona mayor, profesionales de servicios sociales, profesionales sanitarios, familiares y voluntariado. Todo ello sin olvidar que las necesidades se producen los siete días de la semana y en horarios que no siempre están cubiertos.

3. Es preciso garantizar el seguimiento del caso y su evaluación periódica, con el objeto de adaptar al máximo el programa individualizado de atención. La flexibilidad es un elemento indispensable en la planificación del SAD.

El diseño de un sistema nacional de dependencia se deberá realizar teniendo en cuenta las preferencias de sus potenciales beneficiarios y de sus cuidadores de permanecer en su domicilio

4. En cuanto al tipo de tareas a realizar, se impone una mejor distribución de las mismas que debe contemplar la prestación de cuidados personales de forma generalizada. Este tipo de funciones deberá coordinarse al máximo con los servicios sanitarios, ejerciendo el médico y/o la enfermera el papel orientador y tutor que les corresponde, tanto con los profesionales de los servicios sociales y prestadores del servicio como con el resto de implicados en el mismo: Familiares o voluntarios. Este papel asesor es fundamental no sólo porque garantiza un mejor desempeño de las tareas de cuidado, sino también porque ofrece seguridad

y tranquilidad a las personas que lo realizan.

5. Deben realizarse experiencias piloto antes del desarrollo del Sistema Nacional de Atención a la Dependencia en las que se compruebe la eficacia de un modelo de atención domiciliaria en el que los/as profesionales de la enfermería actúen como gestores de casos.

6. Es necesario planificar e incrementar los servicios de comidas a domicilio y de lavado y planchado de ropa, que hasta el momento por razones diversas son recursos muy poco desarrollados.

7. Se generalizará el servicio de teleasistencia a todas las personas en situación de dependencia que vivan solas o aún en el caso de que convivan con otras, estén en situación de riesgo bien porque gran parte del día están solas o porque su pareja también esté en situación de fragilidad.

#### CONSIDERACIONES RELACIONADAS CON CENTROS DE DÍA Y OTROS SERVICIOS INTERMEDIOS

1. El centro de día debe tener carácter terapéutico, además de su papel de apoyo familiar. Dada la diversidad de perfiles de sus usuarios, la intensidad de su función

terapéutica puede variar sensiblemente. Sin embargo, en todos los casos debe cumplir una función rehabilitadora buscando siempre conseguir el máximo grado de autonomía de la persona.

2. Es necesario generalizar en los centros sociales y residencias para mayores, el servicio de estancias de día con un objetivo fundamental de apoyo familiar y de mantenimiento del grado de autonomía de las personas.

3. Se debe incrementar el número de centros de día especializados, de carácter terapéutico y también de apoyo familiar, de tal forma que la combinación de servicios domiciliarios e intermedios, garantice un modelo de atención que favorezca la permanencia en el entorno habitual.

4. Hay que desarrollar la atención diurna psicogeriatrica, bien con carácter monográfico en centros de día especializados para personas con demencia o a través de la creación de unidades psicogeriatricas en los centros de día.

5. El transporte accesible es uno de los servicios fundamentales del centro. Su inexistencia, y la eficacia de su funcionamiento, son determinante en el establecimiento del perfil de usuario y de la programación del centro.

6. La flexibilidad debe presidir el funcionamiento de este servi-

Se debe incrementar el número de centros de día especializados, de carácter terapéutico y también de apoyo familiar, de tal forma que se garantice una atención que favorezca la permanencia en el entorno

cio. Pero también los criterios rigurosos en la selección de usuarios en base a su grado de dependencia, a sus posibilidades terapéuticas y al apoyo familiar que proporciona.

7. Los servicios diurnos, en la medida de lo posible, sería conveniente que se prestasen todos los días de la semana, incluidos festivos. La apertura continuada favorecerá la diversificación de servicios como respuesta a diferentes necesidades.

8. Se debe incluir en la planificación el desarrollo de centros de noche, aprovechando los mismos Centros de Día, las residencias u otros sistemas alternativos de alojamiento que puedan ubicar centros polivalentes de servicios.

9. El servicio de estancias temporales en residencias debe incrementarse de tal forma que pueda cumplir su papel complementario a toda la gama de servicios citados.

10. La estancia temporal en una residencia debe conllevar un programa de intervención que contemple la adaptación de las personas mayores y de sus familias tanto en la entrada como en la salida de este recurso. El mantenimiento de habilidades potencialmente adquiridas en la estancia temporal, deberán ser pautadas y explicadas suficientemente a los cuidadores/as informales. Especial atención deben merecer las personas con deterioro cognitivo, intentando paliar al máximo las consecuencias negativas que pueden tener para ellas el cambio brusco de entorno.

#### CONSIDERACIONES RELATIVAS A LOS ALOJAMIENTOS ALTERNATIVOS Y A LAS RESIDENCIAS

1. El nuevo Sistema debe propiciar la evaluación y extensión del conocimiento de sus resultados de las experiencias innovado-





ras en materia de acogimientos heterofamiliares para favorecer o no su desarrollo.

2. Se debe fomentar que las abundantes experiencias existentes en España de viviendas tuteladas evolucionen en su diseño y conceptualización hacia alojamientos de proximidad dirigidos a personas en situación de dependencia. A estos efectos, la extensión del conocimiento sobre las experiencias de otros países debe ser facilitada, lo mismo que la formación específica sobre estos tipos de intervención.

3. Los servicios de alojamiento que se planifiquen desde el ámbito privado, si han de integrarse en la red de servicios del Sistema, deben realizarse con el conocimiento y orientación de los órganos de gestión del Sistema, funda-

mentalmente en lo que se refiere a la ubicación de los mismos y a las características de los servicios que se requieren. La actual distribución de las plazas de alojamiento indica la necesidad de racionalizar las planificaciones (existen lugares con exceso de plazas mientras en otros territorios se produce una gran escasez), en base a los principios de equilibrio y cohesión territorial.

4. Debe trasladarse a la iniciativa privada una más clara información sobre la situación real del sector de las residencias, las necesidades en este ámbito, las preferencias de las personas, etc., orientando a la iniciativa privada sobre las necesidades reales del sector.

5. Deben desarrollarse planes de adecuación de las residencias

que no reúnen condiciones, ni en aspectos de accesibilidad ni de ratios de profesionales, para atender a personas en situación de dependencia.

6. Se precisa desarrollar estudios económicos de coste/efectividad que realmente ilustren sobre la realidad de este aspecto, según los diferentes modelos de alojamientos, y que se pongan también en relación con los niveles de calidad y satisfacción expresada de las personas según las diversas modalidades de alojamiento.

7. Es conveniente promover el desarrollo de experiencias piloto de carácter innovador, con evaluación sistemática de sus resultados, de nuevos modelos de alojamiento, con las características de integración en el medio, participación de las personas mayores en la vida diaria, flexibilidad de funcionamiento, involucración de las familias en la atención, utilización de profesionales de la comunidad, etc.

8. Hay que incrementar la acción inspectora para erradicar definitivamente de nuestro país los centros de baja calidad asistencial.

9. En los planes de vivienda sería oportuno considerar la reserva o adaptación de viviendas en alquiler para personas en situación de dependencia, próxi-

mas a centros sanitarios o sociales desde los cuales pueda prestárseles la atención que precisen.

#### CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS EN MATERIA DE ACCESIBILIDAD Y AYUDAS TÉCNICAS

1. Se hace imprescindible contemplar el nuevo enfoque que aporta la idea de accesibilidad universal donde lo relevante es concebir los objetos y el entorno de forma inclusiva, apta para todo tipo de personas. Además, los diseños universales permiten no estigmatizar a las personas con dependencia, con discapacidad, de edad avanzada u otras. En todo diseño ha de contemplarse la adaptabilidad desde el proceso de fabricación o construcción, lo que reduce considerablemente el esfuerzo y los costes ante el requerimiento de futuras adaptaciones.

2. Cuando son necesarias tecnologías específicas de apoyo, las ayudas técnicas han de ser accesibles y asequibles, con un diseño apropiado y atractivo.

3. Es necesario incluir prestaciones económicas para la adquisición de ayudas técnicas y para la adaptación de la vivienda. Su justificación se realizará en el momento de la valoración del caso por el equipo técnico correspondiente.

4. El Sistema deberá contar por medio de sus órganos de gestión y

Es conveniente promover el desarrollo de experiencias piloto de carácter innovador, con evaluación sistemática de sus resultados, de nuevos modelos de alojamiento, con las características de adaptación al medio y participación de las personas mayores en la vida diaria

de colaboración con almacenes de préstamos de ayudas técnicas para facilitar la movilidad y vida cotidiana de las personas con dependencias y de sus cuidadores.

5. Resulta necesario a la hora de diseñar políticas de atención a las personas que tienen problemas de dependencia, valorar las características de la vivienda y su entorno cercano, e intervenir en su caso, debido a que las condiciones de la casa se configuran como requisito previo para poder permanecer en ella, así como para la prestación de los servicios domiciliarios y de soporte que sean indicados.

6. Las adaptaciones del domicilio deberán ser valoradas con criterios de eficacia y

eficiencia, austeridad y posible reversibilidad.

#### CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS EN MATERIA DE SERVICIOS DE ATENCIÓN A PERSONAS MENORES DE 65 AÑOS

1. La atención a las situaciones de dependencia no debe ligarse ni enfocarse unilateral y exclusivamente con las personas mayores, pues las personas con discapacidad menores de 65 años son uno de los grupos sociales más directamente concernidos por lo que se haga en materia de atención a la dependencia.

2. La implantación de un Sistema Nacional de Atención a la Dependencia deberá estar en



relación con el resto de políticas que se desarrollen en otros ámbitos, favorecedoras todas ellas de la plena participación, la autonomía y la vida independiente de todas las personas y, en especial, de las personas con discapacidad.

3. El entorno, las actitudes y los procesos en los que se desenvuelve una persona con discapacidad deben estar concebidos en clave de accesibilidad universal, diseño para todos, fomento de la plena participación y de la vida lo más independiente posible, con el fin de evitar la dependencia o hacer más severos los grados de dependencia debidos a una deficiencia.

4. El impulso a la generalización de las instituciones tutelares, para que velen porque ninguna persona en situación de dependencia quede, en su caso, sin guarda legal.

5. El respeto por la autonomía y por el estilo de vida propio de la persona con discapacidad en situación de dependencia, implica tanto la promoción de la competencia y la autonomía personal en la toma de decisiones, como el respeto a las opciones y preferencias de estas personas.

6. La discriminación "positiva" de las mujeres con discapacidad solas y/o con cargas familiares con baja o nula cualificación y escasos recursos en el acceso a las prestaciones de los diferentes sistemas de protección social.

## El entorno, las actitudes y los procesos en los que se desenvuelve una persona con discapacidad deben estar concebidos en clave de accesibilidad universal, diseño para todos, fomento de la plena participación y de la vida lo más independiente posible

7. El incremento de los recursos destinados a las adaptaciones y equipamientos de las viviendas, como los sistemas domóticos de control de entornos, y del empleo de las tecnologías de apoyo en el cuidado de las personas con grave discapacidad.

### DESARROLLO DE LA ATENCIÓN SANITARIA A PERSONAS EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA

La dependencia se asocia al envejecimiento, pero afecta también a personas que han sufrido accidentes, enfermedades de distinto tipo, malformaciones congénitas, etc. Todas ellas son susceptibles de recibir cuidados sanitarios y sociales hasta ahora no suficientemente desarrollados. Las pres-

taciones sanitarias se han centrado, principalmente, en la atención con fines curativos.

Sin embargo, el envejecimiento demográfico, la mayor prevalencia de las enfermedades crónicas como consecuencia de la mayor capacidad resolutoria del sistema, la mayor supervivencia de personas con discapacidad, la mayor esperanza de vida de las personas mayores y el desarrollo social, determinan nuevas demandas en la cobertura, el funcionamiento y la utilización de los servicios sanitarios. El incremento de personas con dependencia que esto supone, llevará consigo la necesidad de desarrollar un sistema de Atención a la Dependencia que cubra los aspectos de cuidado social y los relacionados con la cobertura de las necesidades sanitarias que las personas con dependencia puedan presentar.

Las personas dependientes pueden requerir prestaciones sociales y/o sanitarias (de atención clínica y de cuidados sanitarios) que deben estar coordinadas en todo momento para dar una adecuada respuesta sociosanitaria. Pero es importante delimitar las competencias de sanidad y las del sector social, de acuerdo con lo que se defina en las normas que regulen el futuro Sistema de Atención a la Dependencia y desarrollen la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, así como con la ordenación sanitaria y social de cada Comunidad Autónoma.

La prestación sociosanitaria en el artículo 14 de la Ley 63/2003 de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, se define como "la atención que comprende el conjunto de cuidados destinados a aquellos enfermos, generalmente crónicos, que por sus especiales características pueden beneficiarse de la actuación simultánea y sinérgica de los servicios sanitarios y sociales para aumentar su autonomía, paliar sus limitaciones o sufrimientos y facilitar su reinserción social".

Asimismo, la Ley contempla que, en el ámbito sanitario, la atención sociosanitaria se llevará a cabo en los niveles de actuación que cada Comunidad Autónoma determine y comprenderá los "cuidados sanitarios de larga duración, además de la atención

sanitaria a la convalecencia y la rehabilitación en pacientes con déficit funcional recuperable".

La atención sanitaria a las personas en situación de dependencia incluirían: los cuidados sanitarios de larga duración, la atención sanitaria a la convalecencia y la rehabilitación de pacientes con déficit funcional recuperable.

a) Los cuidados sanitarios de larga duración se refieren a la atención de pacientes que precisan cuidados sanitarios, en general de baja complejidad, por pro-

cesos crónicos o por tener reducido su grado de independencia funcional para la actividad cotidiana, que pueden proporcionarse en su domicilio o requerir un periodo prolongado de internamiento.

b) La atención sanitaria a la convalecencia se dirige a personas que tras sufrir un proceso agudo de enfermedad o accidente, o un episodio intercurrente en casos de enfermedad o discapacidad crónica, presentan limitaciones en su autonomía y requieren atención y cuidados



durante un periodo de tiempo limitado.

c) La rehabilitación de pacientes con déficit funcional recuperable se orienta a la recuperación de la autonomía perdida y la prevención de situaciones de discapacidad y dependencia.

Es necesario que se garantice la continuidad del servicio entre los servicios sanitarios y sociales a través de la adecuada coordinación entre las Administraciones y/u organizaciones implicadas.

Los principios generales de los servicios para la atención de personas en situación de dependencia desde el ámbito sanitario, serían:

- Acceso universal y gratuito en condiciones de igualdad efectiva .

- Debe priorizarse un enfoque preventivo de la dependencia basado en atención durante todo el ciclo de vida de las personas, mediante programas de promoción de la salud.

- Las prestaciones deben estar orientadas a la atención de las necesidades individuales de las personas ajustadas a su historia de vida y a su entorno familiar y social.

- Debe consensuarse un sistema de valoración de la dependencia apoyándose en criterios comunes que orienten la elabo-

ración y la gestión de los planes de cuidados.

- Se garantizará un enfoque integral, coordinando el conjunto de niveles y dispositivos asistenciales de salud y sociales.

- Debe primar el mantenimiento del usuario en su entorno a la institucionalización.

- La cartera de servicios debe ser una oferta básica que posibilite una atención con criterios homogéneos en toda España, independientemente del ámbito geográfico.

- Los servicios deben ser eficaces, efectivos y eficientes (debe

ofertarse una atención sanitaria basada en la evidencia).

- La extensión de esta cartera a toda la población debe ser posible gracias a la financiación prevista para el Sistema de Atención a la Dependencia.

- Debe responder a las garantías y derechos de los usuarios en relación a seguridad, calidad, accesibilidad, movilidad y tiempo en el acceso a las mismas.

- Deberán establecerse sistemas de evaluación y mejora de la calidad de esta prestación.

### COORDINACIÓN SOCIO SANITARIA

Los Servicios Sanitarios y los Servicios Sociales han de adaptarse a la cronicidad, al envejecimiento y a la dependencia, lo que requiere determinar mejoras en su organización y en las prácticas profesionales y quedar reflejado en el futuro Sistema de Atención a la Dependencia.

Frente a un sistema compartimentado por la multiplicidad de servicios cada persona en concreto percibe sus necesidades como una sola, sin distinciones entre el sistema sanitario y el social ni tampoco entre cada uno de los servicios de cada sistema. En este marco aparece el concepto de



coordinación sociosanitaria que pretende facilitar la accesibilidad a los diferentes servicios y garantizar o facilitar la continuidad de cuidados entre servicios. En España no existe un modelo uniforme de prestación ni de coordinación de servicios sanitarios y sociales. Tampoco existen verdaderos sistemas de provisión integrada de estos servicios. La coordinación debe realizarse a dos niveles:

- a) entre los servicios sanitarios y los servicios sociales.
- b) entre los diversos servicios de un mismo sistema.

Criterios generales de la coordinación sociosanitaria: El desa-

rrrollo de la coordinación sociosanitaria debe partir de una base de factibilidad y de comprensión de la realidad de cada territorio. Algunos criterios pueden, sin embargo, compartirse:

1. La coordinación sociosanitaria no puede sustituir la escasez de recursos
2. La coordinación sociosanitaria parte del reconocimiento de la competencia de cada una de las partes (sanitaria y social y diversos servicios) y de la necesidad de la mejor utilización del recurso adecuado en cada situación.
3. El acceso a los recursos sanitarios y sociales debe basarse



## Los servicios sanitarios y los servicios sociales han de adaptarse a la cronicidad, al envejecimiento y la dependencia, lo que requiere determinar mejoras en su organización

en la valoración exhaustiva por parte de equipos profesionales expertos.

4. La distribución equitativa de los recursos según las características de cada territorio debe ser un objetivo prioritario.

5. El acceso a los recursos debe producirse descentralizadamente a nivel territorial (áreas de influencia basadas en la facilidad de acceso, uso natural del mismo, por parte de la población y existencia de los recursos)

6. Las estructuras básicas de coordinación deben contar con la presencia de profesionales expertos y deben tener territorios delimitados donde tengan competencias ejecutivas.

La administración es el garante de la equitativa provisión de los servicios así como del establecimiento de prioridades de acceso según necesidades ante las diferencias entre oferta y demanda.

En el desarrollo de un sistema universal de atención sociosanitaria que garantice la equidad y no-discriminación en el acceso a los servicios, están implicados los sistemas de servicios sociales y de salud y, dentro de cada uno de estos sistemas, los niveles administrativos estatal, autonómico y local.

La multiplicidad de Administraciones y de Organismos implicados es un exponente claro de la complejidad y dificultad de cualquier intento de coordinación sociosanitaria; partiendo de esta complejidad, se detallan las siguientes propuestas:

1. El modelo de atención sociosanitaria de las situaciones de dependencia deberá garantizar las prestaciones y la continuidad de los cuidados sociales y sanitarios, adaptándose a las variaciones que se produzcan en el estado general de la persona.

2. Las políticas activas de carácter sociosanitario deben sustentarse en la prevención de los efectos de las situaciones de hecho que generan dependencia o, en su caso, atenuar sus posibles efectos. En este sentido deberán promoverse tratamientos de rehabilitación, mantenimiento y recuperación de la persona de carácter multidisciplinar, dado que la dependencia no es un estado definitivo sino evolutivo y puede revestir diversos grados.

3. La cooperación y coordinación entre los Órganos Gestores con competencia en la gestión de las políticas sociales y sanitarias de las distintas Administraciones Públicas se considera imprescindible para la generación de un modelo de atención sociosanitaria en el consenso y la coordinación como principios fundamentales, y sustentado, fundamentalmente en:

- La configuración de un mapa de áreas o sectores sociosanitarios.
- El establecimiento de una cartera de servicios para las prestaciones sociosanitarias.
- La regulación de los procedimientos, protocolos y normas de acceso y derivación hacia los servicios de atención sociosanitaria que garanticen, en todo caso, la continuidad de los cuidados al usuario.

## FINANCIACIÓN DEL SISTEMA

**E**l sistema de la dependencia deberá necesariamente abordar las fuentes de su financiación.

Ello dependerá de que el modelo se enmarque o no dentro del Sistema de la Seguridad Social contributiva. Si la opción fuera la de considerar esta última opción, incorporando una nueva prestación al Sistema, ello conllevaría establecer una cotización específica o destinar recursos excedentes si existiera margen en el actual esquema de financiación; todo ello, sin perjuicio de que se complemente con otras fuentes de financiación para evitar que personas no cotizantes queden excluidas del Sistema.

En el supuesto de que la opción fuera por un sistema universal o la consideración de la prestación de dependencia como no contributiva, la financiación debería correr a cargo de los impuestos generales del Estado, así como el desarrollo de la red de centros y servicios necesarios para atención a las personas dependientes (creación de centros propios, concierto de plazas, subvenciones a la inversión en

centros de iniciativa social sin ánimo de lucro y facilidades para incentivar la creación de servicios por parte de la iniciativa privada).

Cualquier procedimiento de financiación que se establezca deberá tener en cuenta la financiación hoy existente, que procede de la acción impositiva. Los presupuestos que las Comunidades Autónomas destinan actualmente a la prestación de servicios de dependencia deben cuantificarse, para determinar,

mediante acuerdo, un porcentaje de participación en la financiación total del Sistema Nacional de Dependencia.

Siguiendo experiencias de otros países cabría incorporar a la financiación de la dependencia parte del importe de determinados impuestos o multas relacionados con actividades generadoras de dependencia (impuestos especiales sobre el alcohol y el tabaco, multas de tráfico o por incumplimiento de las normas sobre pre-





vención de riesgos laborales, etc.).

Asimismo, a la financiación de la dependencia deben incorporarse las cantidades procedentes de la reordenación y optimación de los recursos ya existentes en el sector y tener en cuenta los retornos económicos que se originan.

En relación con la financiación, la Recomendación sobre la dependencia aprobada por la Comisión no Permanente del Congreso de los Diputados sobre el Pacto de Toledo señalaba:

“...resulta, por tanto, necesario configurar un sistema integrado que aborde, desde la perspectiva de la globalidad, el fenómeno de la dependencia. Ello debe hacerse con la participación activa de toda la sociedad y con la implicación de la Administración Pública a

todos sus niveles, todo ello a través de la elaboración de una política integral de atención a la dependencia en la que quede claramente definido el papel que ha de jugar el sistema de protección social en su conjunto.

La Comisión considera necesaria una pronta regulación en la que se recoja la definición de dependencia, la situación actual de su cobertura, los retos previstos y las posibles alternativas para su protección, teniendo en cuenta la distribución de competencias entre las distintas administraciones públicas, garantizando los recursos necesarios para su financiación y la igualdad de acceso”.

La acumulación de las cuantías que se generen como consecuencia de las fuentes de financiación señaladas podría constituir el Fondo Estatal para la financiación del

Sistema Nacional de Dependencia, que tendría naturaleza económica independiente, sin perjuicio de la unidad de caja del Sistema de Seguridad Social en el supuesto de que ésta fuera la opción, como consecuencia de la diversa procedencia de los recursos que lo constituyen. Este Fondo iría destinado a los siguientes fines:

- A la financiación del catálogo de servicios o de la prestación económica en su caso.
- A apoyar la creación de las infraestructuras de centros y servicios necesarios para que las Comunidades Autónomas y las Corporaciones Locales puedan hacer frente a las prestaciones que se incluyan en el catálogo.
- A la financiación de los equipos de valoración y a la gestión del Sistema.

## ORGANIZACIÓN Y GESTIÓN DEL SISTEMA

Cualquier Sistema Nacional de Dependencia, que se establezca, debe tener en cuenta, en primer lugar, el marco de distribución competencial entre el Estado y las Comunidades Autónomas establecido en la Constitución y en los Estatutos de Autonomía respecto de la gestión de la Seguridad Social.

Asimismo, habrá de tenerse en consideración la realidad institucional sobre la que se asientan las prestaciones y servicios que actualmente configuran la atención a la dependencia en España. La Seguridad Social gestiona, a través del Instituto Nacional de la Seguridad Social, la prestación económica de “gran invalidez” y, a través del IMSERSO, las pensiones no contributivas y específicamente la de “concurso de tercera persona”, en este último caso con la participación de las Comunidades Autónomas.

Las Comunidades Autónomas, a través de sus leyes de Servicios Sociales han regulado y establecido prestaciones de servicios para atender las situaciones de depen-

dencia, generando infraestructuras públicas, concertando plazas y contratando servicios con los que se atiende a las personas que lo necesitan y reúnen los requisitos de dependencia y renta establecidos.

También las Corporaciones Locales participan en la cobertura de las necesidades de la dependencia de sus ciudadanos con presupuesto propio y gestionando recursos transferidos desde el Estado y desde las Comunidades Autónomas, en cumplimiento de

la Ley de Bases de Régimen Local. Es necesario tener en cuenta la importancia de las prestaciones básicas que conforman el sistema de atención primaria dentro del Sistema Público de Servicios Sociales, financiado por las tres administraciones, de las cuales la ayuda a domicilio constituye una importante aportación de los municipios a la atención de la dependencia.

Al Estado le corresponde regular mediante una ley todos aquellos



Es necesario tener en cuenta la importancia de las prestaciones básicas que conforman el sistema de atención primaria dentro del sistema público de servicios sociales, financiado por las tres

aspectos, que configuran el alcance y contenido del derecho a la atención a las personas en situación de dependencia, los beneficiarios de la prestación y los sistemas de financiación y de gestión, así como la aprobación y actualización de los baremos de valoración de la dependencia, con el fin de garantizar la igualdad en el acceso a la protección y, como consecuencia, a los diferentes servicios del Sistema.



Asimismo, al Estado le correspondería el seguimiento, control y evaluación del Sistema, la información estadística y el análisis comparado de los índices de incorporación de personas dependientes en los distintos ámbitos territoriales

En el ámbito del Estado debería establecerse un Observatorio de la Dependencia, a disposición de todas las Administraciones y agen-

tes que intervienen en la prestación de servicios de dependencia, en el que se analicen tendencias, se realicen prospecciones, estudios e investigaciones y se difundan experiencias y buenas prácticas nacionales e internacionales.

En régimen de cooperación entre el Estado y las Comunidades Autónomas, a través de la Conferencia Sectorial, deberían desarrollarse, entre otras, las siguientes actividades:

- El estudio y aprobación de la cartera de servicios específicos para cada una de las prestaciones del Catálogo aprobado por la Ley.
- La aprobación y actualización de estándares de calidad para cada uno de los servicios que comprende el Sistema y el establecimiento de los criterios de acreditación de centros y servicios.
- El impulso de la formación de profesionales, promoviendo la definición de las competencias profesionales y de especialización en las diferentes áreas de atención, promoviendo actividades de

administraciones, de las cuales la ayuda a domicilio constituye una importante aportación de los municipios a la atención de la dependencia. El Estado debe regular mediante una ley todos estos aspectos

formación de formadores, plataformas de formación a través de la red, etc.

A las Comunidades Autónomas les correspondería la valoración de la dependencia mediante la aplicación de los baremos aprobados por el Estado y el reconocimiento del derecho a la prestación de dependencia en los términos que determine la Ley.

Asimismo, correspondería a las Comunidades Autónomas garantizar que, en el ámbito de su territorio, se pongan a disposición de los ciudadanos los servicios y centros necesarios para que las personas con dependencia sean atendidas adecuadamente.

Ello conlleva, por una parte, la gestión de los centros y servicios propios y la creación de otros nuevos y, por otra, el impulso y la concertación de centros y servicios de la iniciativa privada con y sin ánimo de lucro para su incorporación al Sistema.

También correspondería a las Comunidades Autónomas:

- Potenciar los actuales equipos de valoración de la discapacidad para hacer frente a la especificidad de la valoración de la dependencia y al incremento de la demanda que la implantación del Sistema, sin duda, generará.
- Crear y actualizar el Registro de Centros y Servicios de Dependencia en cada Comunidad Autónoma, facilitando la correspondiente acreditación que garantice el cumplimiento de los requisitos básicos y los estándares de calidad imprescindibles.
- Crear los órganos de gestión administrativa para informar adecuadamente a los beneficiarios, proceder al reconocimiento del derecho a la prestación y elaborar el programa de servicios que le corresponde según el dictamen del equipo de valoración
- Inspeccionar y, en su caso sancionar, los incumplimientos sobre requisitos mínimos y estándares de calidad de los centros y servicios, y respeto de los derechos de los beneficiarios.
- Evaluar el funcionamiento

del Sistema en su territorio respectivo.

A las Corporaciones Locales, y especialmente a aquellas que cuentan con una población suficiente para gestionar por sí mismas algunos de los servicios de atención de la dependencia les correspondería gestionar los servicios que, por su naturaleza y proximidad deben ser prestados por los órganos locales.

A las Corporaciones Locales les correspondería asimismo facilitar la creación de nuevos servicios y centros, habilitando suelo dotacional y agilizando trámites. En cualquier caso, no es objeto de este documento plantear el reparto competencial de la gestión de la dependencia entre las distintas Administraciones Públicas, sino tan solo señalar que se considera muy importante la colaboración y la coordinación para que las personas con dependencia reciban la mejor atención posible, permaneciendo en su domicilio si lo desean y que, si han de ser institucionalizadas, lo sean a ser posible en su entorno habitual.

## LA RED DE SERVICIOS DE LA DEPENDENCIA Y SUS PROVEEDORES

**E**ntendemos por red de servicios de la dependencia el conjunto de centros y servicios, tanto públicos como dependientes de la iniciativa privada con y sin ánimo de lucro, que están destinados a la atención de las personas con dependencia.

Para la configuración de la red debe exigirse la acreditación de cada uno de los centros o servicios por la Comunidad Autónoma correspondiente, una vez comprobado que reúnen los requisitos establecidos.

Sería conveniente que en cada una de las Comunidades Autónomas se elaborase un mapa con la infraestructura necesaria de centros residenciales y de día de carácter público y privado para cubrir las necesidades de atención de las distintas áreas territoriales, en función del número previsto de personas dependientes; ello con el fin de que la iniciativa privada pueda tener información suficiente para estudiar las expec-

tativas empresariales que su incorporación a la red les pudiera representar.

Asimismo, sería necesario que las Comunidades dispusieran de un registro público de operadores acreditados de servicios de ayuda a domicilio en sus diferentes modalidades y de teleasistencia con el fin de orientar a las Corporaciones Locales y a los usuarios sobre los servicios que prestan, las condiciones en que lo hacen y el ámbito territorial en el que actúan.

Se considera que deben establecerse por ley los requisitos básicos que deben reunir los centros y servicios que constituyan la red, así como la regulación del contrato de prestación de servicios que se financie con la prestación de dependencia, así como la capacidad de las Administraciones Públicas para la inspección y control de los centros y servicios. A este respecto es oportuno tener en cuenta que el sistema alemán comprende, además del Capítulo XI del Código Social, donde se

regula el seguro de dependencia, dos leyes federales de especial importancia, una de residencias, que regula los principales aspectos relacionados con las personas que viven en un centro residencial de forma no transitoria y otra de garantía de calidad de los cuidados asistenciales, en la que se establecen medidas sobre las instalaciones, el personal y el control de los centros. En el ámbito de la Conferencia Sectorial de Asuntos Sociales sería razonable acordar unas medidas similares.

Para la configuración de la red debe exigirse la acreditación de cada uno de los centros o servicios

## LA CALIDAD EN EL SISTEMA NACIONAL DE PROTECCIÓN A LA DEPENDENCIA

**D**ar un servicio de calidad y con calidad es la mejor garantía de que los derechos de los ciudadanos en general, y de los dependientes en particular, se cumplen de acuerdo a sus necesidades y expectativas en el marco de la norma que los regule.

Como se dice en el preámbulo de la Orden del Ministerio de Administraciones Públicas por la que se nombra la Comisión para el estudio y creación de la Agencia Estatal de Evaluación de la Calidad de los Servicios y de las Políticas Públicas, " las Administraciones deben comprometerse decididamente con una gestión orientada a los resultados, desarrollando en el ámbito de los servicios, programas y políticas su capacidad de análisis y evaluación, para producir impactos positivos en el bienestar de los ciudadanos y mejorar la calidad de los bienes públicos y prestaciones".

(Orden APU/1463/2004, de 19 de mayo, BOE de 25 de mayo) Es indudable, por otra parte, que la gestión con calidad contribuye a mejorar la cohesión social y facilitar el acceso de los ciudadanos a los servicios sociales en condiciones de equidad.

Dentro del Sistema de Atención a Personas Dependientes habrá que garantizar tanto la calidad de los recursos puestos a disposición del Sistema para integrarse en su red, como la calidad de los servicios que se prestan. Porque si importante es que un servicio, un recurso de la red, sea de calidad como condición previa a su reconocimiento para integrarse en ella, lo es más el que se preste en condiciones y con estándares de calidad adecuados a las necesidades que pretende cubrir.

El sector público no puede reducir su papel a la financiación sino que también debe cuidar la

calidad en la prestación de los servicios, el fomento de la innovación y, particularmente, la regulación y homologación de los centros y prestadores externos de servicios, estableciendo criterios rigurosos de calidad aplicables a las entidades y empresas prestadoras de servicios.

Habrà que articular, por tanto, instrumentos de seguimiento y control que garanticen el cumplimiento de la norma y de los requisitos exigidos en el funcionamiento de los recursos, así como de evaluación.

Sin embargo, y a pesar de su importancia, no sólo el servicio y su prestación han de ser de calidad, sino que debe serlo también la gestión del propio sistema que, dada la pluralidad de organizaciones que intervienen, ha de moverse en parámetros de transparencia y credibilidad, lo que exigirá instrumentos que lo hagan posible mediante la información objetiva y fiable.

Por recursos del Sistema entendemos de forma genérica, como se ha repetido a lo largo de todo este documento, los servicios y centros a través de los cuales se atiende la dependencia.

### CALIDAD DE LOS RECURSOS

Por calidad de los recursos han de entenderse los requisitos exigibles para que, a través de los mecanismos y condiciones que se establezcan, un determinado medio pase a ser reconocido como integrable en la red del Sistema. Hablamos, pues, de certificación de los recursos.

Hay que distinguir entre autorización administrativa para la puesta en funcionamiento del recurso y requisitos o condiciones materiales, de acceso (en servicios públicos), de funcionamiento, de personal y aportaciones económicas (en el caso de los servicios públicos) exigidas para que esa autorización se produzca.

En todas las Comunidades Autónomas se ha regulado el procedimiento de autorización administrativa. Sin embargo, los procedimientos de autorización varían de unas Comunidades a otras dependiendo en bastantes casos de la normativa para la licencia municipal de construcción; los procedimientos de autorización

son también distintos según el tipo de recurso de que se trate. Conviene tener en cuenta que existen normas UNE sobre gestión de servicios en las residencias de mayores (UNE 15800, Gestión integral; UNE 158002, Espacios e instalaciones de una residencia; UNE 158003, Dotaciones y equipamientos; UNE 158004, Cualificación del personal, Formación; UNE 15005, El personal de la residencia, Categorías profesionales).

Como principio general, los requisitos mínimos tanto en las condiciones materiales, como en las de funcionamiento y personales han de ser homogéneos y referidos a todos los recursos, tanto si son de titularidad pública como si lo son privada.

Las condiciones de acceso y la aportación económica por parte del usuario a la financiación del servicio son variables que irán ligadas íntimamente a la propia configuración del modelo del Sistema y exigirán en su momento tratamiento específico.

Las actuaciones en materia de calidad de los recursos tendrían que dirigirse en dos direcciones:

La fijación de requisitos de calidad de todos los recursos del sistema, lo que implicaría propiciar la normalización (a través de la correspondiente UNE) de cada tipo de recurso.

El establecimiento de un horizonte temporal respecto a exigencia de los mismos, teniendo en cuenta la realidad de recursos existentes, la variedad de los mismos, la dificultad de implementación a corto plazo incluso con la colaboración de los agentes privados. En consecuencia convendría fijar condiciones mínimas o requisitos en dos tramos o grados: básico y óptimo.

- El tramo o grado básico sería de obligado cumplimiento para todo recurso que se pusiera en marcha a partir de la entrada en funcionamiento del Sistema.

- El tramo o grado óptimo sería de obligado cumplimiento para todos los recursos del Sistema que iniciaran su actividad a partir de unos años (a determinar) desde la entrada en funcionamiento del mismo.

### CALIDAD EN LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS

Para garantizar la calidad en la prestación de los servicios habría que contemplar dos tipos de intervenciones con su correspondiente regulación:

Por una parte, los aspectos institucionales: Carteras o Cartas de Servicios en las que se explicitaran los compromisos de la organi-

zación con los usuarios, formas de participación de los interesados y/o tutores-cuidadores, libro de quejas y sugerencias.

Por otra, los aspectos de gestión que al menos englobarían:

- Estándares de calidad mínimos en la prestación del servicio.

- Indicadores de rendimiento referidos a los servicios básicos prestados por el recurso de que se trate.

- Aplicación de encuestas de satisfacción que reflejen la percepción que los usuarios (o sus tutores/cuidadores) tienen del funcionamiento de los servicios.

- Protocolización de aquellas actuaciones que tengan que ver, al menos, con aspectos de cuidados sanitarios e higiénicos.

- Situaciones de emergencia o seguridad, además de aquellos procesos que contribuyan a una mejor prestación del servicio.

### SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE LOS SERVICIOS

El seguimiento y evaluación de los servicios supone la doble dimensión de control y evaluación.

- Seguimiento y control del cumplimiento de la norma y de

los requisitos exigidos, lo que conlleva el establecimiento de mecanismos y recursos de inspección por parte de las Administraciones competentes en cada ámbito y el correspondiente régimen sancionador, en su caso

- Evaluación del funcionamiento de los servicios, tanto respecto de la organización/recurso en su conjunto, como del funcionamiento de cada uno de los servicios que presta, con especial atención a la percepción de los usuarios que reciben el servicio y/o tutores/cuidadores mediante las correspondientes encuestas de satisfacción.

### CALIDAD EN LA GESTIÓN DEL SISTEMA

La calidad en la gestión del propio Sistema Nacional de Atención a Personas Dependientes supone el establecimiento de unos indicadores y estándares en las fases básicas de su instrumentación, la facilitación de los procesos y accesos de los usuarios al sistema y el establecimiento de instrumentos que garanticen la calidad del mismo.

- Indicadores de calidad en las fases básicas de instrumentación del Sistema. Indicadores que tengan que ver con la valoración de la situación y grado y de dependencia (En tiempos, procedimientos, accesibilidad, medios

y recursos), la adjudicación/recomendación del recurso más idóneo y forma de hacerlo efectivo a partir de la decisión del usuario o el pago de la prestación (tiempos, procedimientos, etc.)

- Facilitación de los procesos y accesos e instrumentación de mecanismos, apoyados en las tecnologías de la información, que faciliten los procesos administrativos desde la solicitud por el usuario hasta la adjudicación del recurso más adecuado/elegido con facilidad de acceso. Necesariamente es preciso un sistema homogéneo no sólo de información, sino de tramitación, con soporte tecnológico adecuado para todo el territorio nacional.

- Aseguramiento de la calidad del sistema. Habrá que dotar al Sistema de instrumentos que garanticen su calidad, entre los que habría que considerar como fundamentales:

- Un Registro de recursos de la red del Sistema de ámbito público y privado autorizados.

- Un Observatorio Nacional de la dependencia que recoja y sistematice la información.

- Una Unidad de evaluación, diagnóstico y evaluación del Sistema.

- Una Escuela Nacional de Formación en Servicios Sociales.

# NECESIDADES DE FORMACIÓN DE LOS PROFESIONALES DE ATENCIÓN A PERSONAS CON DEPENDENCIA

**E**l objetivo principal de este apartado es el de marcar unos principios fundamentales para el desarrollo de los profesionales que prestan y deberán prestar atención a las personas con dependencia a partir de la identificación de necesidades que se detectan actualmente frente a los cambios de modelos asistenciales y formativos.

En los modelos asistenciales se están promoviendo unos cambios significativos que se orientan hacia la estimulación y potenciación de las capacidades de las personas en lugar de suplir sus dependencias y podemos constatar que en estos momentos existe una muy escasa formación orientada en este sentido e incluso desde el punto de vista de la propia dependencia.

En los currículos universitarios tanto de primer como de segundo grado de los futuros profesionales que pueden atender a personas con dependencia apenas aparecen créditos destinados al conocimiento de la dependencia y, en todo caso, suelen ser muy concretos (geriátrica, psicomotricidad,...) y con una extensión media de 4-5 créditos. Los postgrados también están muy orientados a un campo en concreto y suelen ser de tipo asistencial o de gestión de recursos especializados en uno de los campos.

Respecto a la formación de tipo ocupacional existe mucha oferta pero la variedad es casi ilimitada tanto en lo que se refiere a titulación, como a número de horas, contenido, requisitos de acceso, etc. teniendo incluso variaciones según las Comunidades Autónomas.

Así pues, nadie puede ni debe sentirse ajeno al impulso que precisará nuestro sistema de atención a la dependencia y las Administraciones, las entidades privadas, los proveedores públicos o privados y el conjunto de la sociedad. Los programas formativos habrán de tener en cuenta los siguientes grupos:

- Cuidadores informales.
- Cuidadores profesionales de atención directa
- Profesionales especializados.

## CUIDADORES INFORMALES

Entendemos como cuidadores informales a aquellos que forman parte de la red social de

referencia de la persona dependiente, es decir: Familiares, entidades de voluntariado, etc., dedicadas en una parte de su tiempo a la atención de personas con dificultades importantes para la realización de actividades básicas de la vida diaria.

La formación ha de estar organizada en función del grado de intervención y la proximidad con la persona dependiente o discapacitada, uno de los actores principales sería la familia.

Para ayudar a desarrollar este papel, en su justa medida, se hace indispensable incluir dentro del Currículum de Formación apartados muy específicos de información y formación a los familiares y a las propias personas afectadas por la dependencia o discapacidad.

Es de gran importancia adaptar los programas formativos con iniciativas que incluyan y propugnen la interdisciplinariedad con la familia partiendo de elementos capaces de definir una evaluación de las necesidades específicas de las situaciones de dependencia, que permitan la elaboración de planes funcionales de intervención en los que la familia o el entorno social más cercano tenga los elementos de intervención específicos y significativos en un proceso global.

Los Programas de Formación e Información deberán incorporar códigos de buenas prácticas y

metodologías de éxito utilizadas actualmente para dar soporte formativo, así como oportunidades de implicación a los cuidadores informales en los procesos de intervención hacia la persona dependiente.

## CUIDADORES PROFESIONALES DE ATENCIÓN DIRECTA

Entendemos como cuidadores profesionales a aquellos que desde la formación han obtenido una titulación específica que les capacita para desarrollar las intervenciones específicas fundamentadas en el desarrollo de la autonomía

funcional en la vida cotidiana, desde la estimulación de las capacidades mantenidas (emocionales, cognitivas, funcionales, motoras, de socialización) y desde la intervención asistencial cuando sea necesaria, desde la atención directa más básica.

El inventario y revisión de la adecuación del Currículo de los distintos programas de formación no reglada y reglada vigentes así como de las diferentes ofertas y programas de formación ocupacional, demuestran la disparidad de criterios sobre los perfiles, capacidades y conocimientos que precisan de una unificación y reglamentación mucho más adecuada.





## Entendemos como cuidadores profesionales a aquellos que desde la formación han obtenido una titulación específica que les capacita para desarrollar las intervenciones en el desarrollo de la vida cotidiana

En este sentido, hace falta homogeneizar el panorama formativo actual, tanto con respecto a la denominación del puesto de trabajo, como con respecto a los contenidos, la duración y la titulación oficial de los estudios que se cursan sobre esta materia, puesto que actualmente hay muchas ofertas que no reúnen los mínimos contenidos formativos deseables por desarrollar este perfil profesional.

Entre las acciones a desarrollar es preciso:

- Definir programas de intervención reglada para aquellos colectivos que pueden acceder a una profesión mediante cursos ocupacionales de formatos distintos para permitir que se pueda acreditar una formación en competencias.
- Unificación de las titulaciones existentes en el sector y las funciones asistenciales asociadas.
- Adecuación a los sistemas europeos de educación en el sector.

### PROFESIONALES ESPECIALIZADOS CON CUALIFICACION ESPECIFICA

Entendemos por profesionales especializados aquellos que ejercen su profesión desde la actividad asistencial definida por procesos de formación reglada universitaria de primer y segundo grado a partir de las demandas y necesidades específicas (terapéuticas y/o socializadoras) de las personas que sufren situaciones de dependencia.

Será necesaria la revisión del currículo básico de las titulaciones universitarias implicadas en la atención de las personas discapacitadas

con grave afectación y personas mayores en situación de dependencia y sus especializaciones regladas.

Adecuación de los sistemas de formación a los programas de convergencia europea en la educación superior e universitaria.

### ALCANCE DE LA FORMACION

Entendemos que la filosofía de la formación de los profesionales que intervienen en los cuidados, ha de integrar no sólo el objetivo de una óptima cualificación profesional para la atención de la dependencia o la discapacidad, sino también el de preparar a estos profesionales para promover un incremento en la autonomía de las personas atendidas.

Para conseguir estos objetivos se deberán analizar y priorizar los niveles de formación en función del grado de intervención y la posición de cada profesional con la persona dependiente, clasificando los contenidos en tres grandes apartados:

#### CONOCIMIENTOS SOCIOLÓGICOS Y SOCIALES DE LA DEPENDENCIA:

- Conocimiento de teorías y métodos de diagnóstico individual o de la comunidad.

- Conocimiento de teorías y técnicas de planificación, organización y gestión en el trabajo social.

- Conocimiento actualizado de normativa de servicios sociales, así como también conocimiento de las normativas vigentes referentes a prestaciones sociales y los derechos individuales de las diferentes tipologías de usuarios.

- Conocimiento del análisis y la comprensión de las necesidades sociales existentes, así como de las problemáticas emergentes.

- Conocimiento actualizado de las instituciones públicas y privadas gestoras de servicios sociales para el análisis y la optimización de los recursos desde la vertiente asistencial.

- Conocimiento de los diversos modelos familiares, sus dinámicas y sus cambios ante las problemáticas sociales.

#### CONOCIMIENTOS ESPECÍFICOS DE TEORÍAS, TÉCNICAS Y HERRAMIENTAS PARA LA ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA (grupos profesionales más próximos a la persona dependiente)

- Conocimiento de técnicas del método del trabajo en equipo.

- Conocimiento de técnicas de evaluación de sus intervenciones en el ámbito del trabajo individual y el trabajo comunitario.

- Conocimiento actualizado de herramientas informáticas u otras nuevas tecnologías.

- Conocimiento de técnicas de dinámicas de grupo: la comunicación en el grupo y la animación de grupos.

- Conocimiento de teorías y técnicas de planificación, organización y gestión en el trabajo social desde la vertiente educativa.

- Conocimiento de técnicas de evaluación de sus intervenciones en el ámbito del trabajo individual grupal y comunitario.

- Ética y deontología.

#### CONOCIMIENTOS PARA LA ASISTENCIA DE LA SALUD DE LA PERSONA DEPENDIENTE:

- Profundización en geriatría, psiquiatría y atención a la dependencia.

- Enfermedades prevalentes.

- Síndromes geriátricos y Psicogerítricos.

- Síndromes de las enfermedades invalidantes.

- Nociones de oncología.

- Nociones de cuidados paliativos. Terapias farmacológicas y no farmacológicas.

- Prevención básica aplicada.

- Comunicación y escucha en relación con la persona atendida, la familia y el equipo de profesionales.

- Soporte a los cuidadores.

- Soporte para la elaboración de duelos.

- Metodología de trabajo interdisciplinar y en equipo.

- Valoración integral y plan individual de atención integral.

- Elaboración e implementación de planes terapéuticos.

- Responsabilizarse del proceso de atender y cuidar a la persona de manera individualizada, mediante métodos sistematizados y organizados.

- El conocimiento de las funciones de las otras figuras profesionales que intervienen en un servicio.

- La asunción de la responsabilidad de sus decisiones y acciones correspondientes a los ámbitos de cada profesión, centrandose su praxis profesional en el respeto de las personas con dependencia y sus familias.

**E**l autor considera que el concepto de dependencia no se debe limitar a un grupo de edad. Los modelos derivados de la geriatría pueden ser superados incorporando elementos de uno más amplio, como el desarrollado en la CIF, que aporta un marco de referencia internacional, en el cual encontramos definidos los conceptos de salud, funcionamiento y sus restricciones.



Tomás Castillo Arenal

# LA AUTONOMIA PERSONAL Y ATENCION DE SUS LIMITACIONES

Comisión no permanente para las políticas integrales de la discapacidad.  
 Comparencia en relación con el Libro Blanco de Atención a las Personas en situación de dependencia en España.

Agradezco enormemente la oportunidad que me ofrece esta comparencia para trasladarles, señorías, algunas reflexiones que durante más de veinte años me ha sugerido la convivencia con las miles de personas, con todo tipo de discapacidades, que han pasado por la Asociación AMICA de Cantabria, entidad que tengo la responsabilidad de dirigir, junto a la Fundación Obra San Martín de Santander, dedicada a personas con limitaciones intelectuales importantes, y la Federación Española de Fibrosis Quística (enfermedad crónica de origen genético que afecta de forma importante a los pulmones, páncreas, ...), de la que soy miembro de su junta directiva.

Vivo con personas con limitaciones casi todo el día. A ellas, y sus familias, dedico con ilusión

toda mi vida. Siento por ello la responsabilidad de traerles, en pocos minutos, muchas de las aspiraciones y expectativas creadas sobre el "Libro Blanco", y la futura "Ley de Autonomía Personal...".

Desde 1.997 vengo participando como consultor en la revisión de la Clasificación Internacional de las Deficiencias Discapacidades y Minusvalías de la Organización Mundial de la Salud, como miembro del "Grupo Santander" que ha coordinado, desde la Unidad de Investigación en Psiquiatría Social del Hospital Universitario Marques de Valdecilla, la Red Española de expertos y la Red Iberoamericana. Lo que nos permitió hacer aportaciones claves en la nueva visión de la discapacidad que se propone en la Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud (a partir

de ahora CIF), aprobada por la 54ª Asamblea de la OMS en Ginebra, en Mayo de 2001.

Posteriormente el "Grupo Santander" inició un estudio por encargo de la Dirección General del IMSERSO para analizar el concepto de Dependencia desde las nuevas aportaciones de la CIF. Trabajo que aunque finalizó en 2003, propuso aportaciones que por su interés y actualidad quiero resumirles hoy, dentro de la primera parte de mi exposición dedicada a:

## CONSIDERACIONES GENERALES

**1** La nueva visión introducida en la CIF plantea evitar la clasificación de personas, centrándonos en el déficit de funcionamiento que les afecta

Resumo, a continuación, algunos párrafos del texto elaborado por el "Grupo Santander".

Después de revisar distintas definiciones sobre el concepto de Dependencia el grupo de trabajo ha decidido partir, de la definición propuesta por el Consejo de Europa (Recomendación N° R(98) 9). Según dicha definición, la Dependencia es entendida como "un estado en el que se encuentran las personas que por razones ligadas a la falta o la pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual, tienen necesidad de

asistencia y/o ayudas importantes a fin de realizar los actos de la vida diaria”.

Sin embargo se detecta un error de traducción de “carrying out their usual day-to-day activities”, mencionado en la recomendación europea, por “actividades básicas de la vida diaria”, cuando creemos que debería ser traducido por “actividades habituales de la vida diaria”. Esta diferencia lingüística entre actividades “habituales” y “básicas” supone un cambio muy significativo en cuanto al tipo de actividades a las que hace referencia, dado que si bien podemos decir que las “actividades básicas de la vida” deben ser desarrolladas de manera “habitual”, no todas las actividades que de manera habitual se desarrollen pueden ser consideradas como “básicas”. Ejemplos de ello lo tenemos en: actividades intelectuales y culturales, actividades relacionadas con las finanzas, relaciones interpersonales, etc.. Por ello, dicha diferencia supone en la práctica aplicar un criterio menos restrictivo, y que afecta a un universo más amplio de personas.

El modelo de Dependencia en nuestro país proviene de la gerontología, en el que se parte de un modelo sanitario y se enlaza con el modelo social. Es a partir de este modelo de donde surge la Ley de Protección a las Personas Dependientes, que se ha desarrollado en la Comunidad de Canta-

bria, y que es la primera ley relacionada con la Dependencia elaborada en el territorio nacional.

Nuestro grupo de trabajo considera que el concepto de dependencia no se debe limitar a un grupo de edad. Los modelos derivados de la geriatría pueden ser superados incorporando elementos de un modelo más amplio como el que ha sido desarrollado en la CIF, que nos aporta un marco de referencia internacional, en el cual encontramos definidos los conceptos de salud, funcionamiento y sus restricciones. La clasificación se basa en el modelo biopsicosocial.

Puesto que el concepto de Dependencia no debería definir a la persona en su globalidad, sino las áreas específicas de su funcionamiento es por lo que resulta oportuno tomar como marco de referencia la CIF, ya que en ella no se clasifican personas, sino los problemas de esas personas debidos a su estado de salud. Además la CIF es capaz de mostrar las mejoras y las capacidades de las personas, acercándose así al concepto de Autonomía y de Autodeterminación que son los corolarios del concepto de Dependencia.

La CIF preconiza lo positivo o neutro, por lo tanto, en el ámbito de la Dependencia se debe seguir esta misma línea de positividad y utilizar la clasificación para avanzar y traducir en términos positi-

## El concepto de dependencia no debería definir a la persona en su globalidad sino a las áreas específicas de su funcionamiento, se toma como referencia la CIF

vos conceptos como aspecto relacional, posibilidad de elección, estilo de vida, calidad de vida, satisfacción, autodeterminación,...

Como conclusión, nuestro Grupo de Trabajo incorpora la CIF como un modelo claramente desarrollado desde la perspectiva de las personas. Por lo tanto en nuestra opinión la conceptualización de la Dependencia debe hacerse en el marco de lo que ya está definido, consensuado y aprobado a nivel internacional. Dicho modelo está formalizado y tiene unos baremos de codificación, los cuales deben ser desarrollados para hacerlos operativos de cara al concepto de Dependencia.



### Dependencia como concepto dinámico y multifactorial.

El concepto de Dependencia, desde sus orígenes, es decir, desde la perspectiva de la Geriatría y la Gerontología, se ha venido considerando como algo permanente, lineal y progresivo. Sin embargo la situación de Dependencia ha de ser entendida como un concepto universal, intrínseco a la persona y dinámico, en la que múltiples factores pueden intervenir.

La Dependencia al igual que la Discapacidad, es una situación que puede ser temporal o permanente, progresiva, regresiva o estática, intermitente o continua y, por lo tanto variable en tiempo, grado y extensión. Es por esta razón por la que los términos “estado” y “situación” no deberían considerarse de la misma manera, ya que “estado” hace referencia a algo más habitual y permanente, mientras que “situación” indica comúnmente algo pasajero y accidental.

La Dependencia debería verse desde el punto de vista de la variabilidad, y por tanto cualquier actuación en a ella debe articular medidas para modificarla.

### Dependencia y actividades de la vida diaria.

En las definiciones dadas sobre Dependencia se hace referencia a las actividades de la vida diaria, sin embargo en casi ninguna de ellas se pone de

manifiesto cuáles son dichas actividades.

Por ejemplo, en la legislación actual de Protección a las Personas Dependientes se entienden las actividades de la vida diaria como el cuidado personal, las actividades domésticas básicas, la movilidad esencial y los actos relacionales (Ley de Cantabria de 2.001).

En las escalas de medida de las actividades de la vida diaria se habla de actividades básicas, actividades esenciales, actividades cotidianas, actividades más necesarias, actividades domésticas, actividades funcionales, actividades estructurales y actividades instrumentales. En todas ellas se han elegido actividades. Encontramos que las aportaciones tradicionalmente realizadas en esta área resultan insuficientes.

Sin embargo la CIF nos puede servir para precisar a qué actividades se refieren los conceptos. Así cuando hablamos de actividades de la vida diaria podríamos referirnos a los 9 grupos que propone la CIF que son: Aprendizaje y aplicación del conocimiento, Tareas y demandas generales, Comunicación, Movilidad, Auto cuidado, Vida doméstica, Interacciones y relaciones interpersonales, Areas principales de la vida y Vida comunitaria, social y cívica.

La situación de Dependencia podrá darse en cualquiera de estos

## Algunas personas viven, de forma más temprana y aguda, la cronicación de esta limitación. En la infancia, se manifiestan alteraciones en el desarrollo

grupos especificando la actividad o actividades en la que se da dicha situación de Dependencia.

Y, por tanto, se puede hacer referencia a una persona que presenta dependencia de algo o de alguien para realizar una o más actividades concretas. De esta forma se evitará que una persona sea considerada como dependiente para todas las actividades de la vida, pudiendo no tener limitaciones para algunas de las actividades.

La visión de la Dependencia desde una perspectiva contextual.

La Dependencia, entendida como una situación cambiante y

dinámica, conlleva la consideración del entorno en el que la persona se encuentra, es decir el ambiente físico, social y actitudinal, en el que la persona en situación de dependencia vive y conduce su vida.

En la CIF el entorno de la persona queda reflejado mediante una serie de factores contextuales que pueden tener influencia positiva o negativa para el desempeño realización de las funciones que un individuo desarrolla en su vida cotidiana.

**2** Derecho a la vida independiente, y la promoción de la autonomía personal.

El derecho a la vida independiente de cada persona está ligado sin duda a la libertad que protege la Constitución Española (Art. 1º) como uno de los valores superiores del ordenamiento jurídico. Para poder ejercer ese derecho es necesario disfrutar de la autonomía personal, como conjunto de habilidades e instrumentos que la persona necesita para desenvolverse de acuerdo a su voluntad, y autodeterminación.

Muchas personas ven limitada su autonomía en distintos momentos de su vida, por lo que este derecho no puede ser disfrutado plenamente. La futura "Ley de Autonomía Personal..." debe

proteger las situaciones que impiden a la persona disfrutar de la autonomía suficiente para hacer uso de su derecho fundamental a una vida independiente, al igual que el derecho a disfrutar de la salud. Entendida ésta como "un estado completo de bienestar físico, psicológico y social" como la ha definido la OMS en 1978.

Los esfuerzos del sistema a crear deben ir encaminados a promover mayores grados de autonomía en la persona, como la mejor aportación que podemos hacer para que disfrute sus derechos fundamentales en la mayor plenitud posible.

La aspiración de toda persona, desde edades tempranas, es tener capacidad para desenvolverse por sí misma.

Es una aspiración primera que la de la propia libertad, innata a las ganas de vivir. Desde nuestra infancia deseamos ser mayores, y en nuestra ancianidad añoramos el vigor y las habilidades que habíamos adquirido. El patrimonio personal que constituye la autonomía personal es intrínseca a nuestra vida, aprendemos durante años para adquirirla, y lo lamentamos en los años en que la vamos perdiendo. Todo ello porque está en juego el bien más preciado des-

pués de la propia vida: la independencia personal, como componente de la libertad individual.

La futura Ley debe establecer, en primer lugar, mecanismos de búsqueda de la mayor autonomía de la persona y respeto a su derecho a la independencia. De forma que los apoyos que se presten favorezcan siempre la mayor autonomía, evitando una mayor dependencia. Es aquí donde debemos hacer mayores esfuerzos de diseño de servicios y ayudas técnicas que inviten permanentemente a la persona a permanecer activa, dentro de las posibilidades que su estado de salud le permite



en cada momento, y eviten la pasividad porque “ya me lo hacen”.

**3** La limitación es universal, afecta al ser humano desde el nacimiento a la ancianidad.

En cada etapa de la vida se nos presenta un tipo y grado de limitación. Nacemos con casi todas las limitaciones, crecemos adquiriendo capacidades y comienzan a aparecer de nuevo otras limitaciones en la ancianidad.

Algunas personas viven, de forma más temprana y aguda, una cronificación de esta limitación. En la infancia, desde el nacimiento incluso, se manifiestan alteraciones en el desarrollo que condicionan estados de salud limitantes para el aprendizaje, la adquisición de habilidades, o el desenvolvimiento personal. Otras tras un accidente o enfermedad conocen, en su juventud o edad adulta, estos estados de salud que condicionan su manejo personal. Y casi todas las personas en la ancianidad se encuentran paulatinamente más limitadas en la movilidad, en la organización de la vida del hogar, incluso en el propio cuidado personal.

De forma transversal la pobreza, la desventaja social pueden producir limitaciones que dificultan aún más su participación social.

## Debemos avanzar en el diseño de prestaciones que contribuyan a que la persona pueda disfrutar de la mayor autonomía posible en su entorno natural evitando el desarraigo, la institucionalización, y respetando sus deseos

Otras situaciones se presentan de forma temporal pero no por ello menos grave. Por poner algunos ejemplos, un accidente puede producir como consecuencia una limitación casi absoluta en casi todo el funcionamiento de la persona. También el embarazo puede limitar la vida de la mujer para muchas actividades cotidianas. Algunos trastornos mentales frecuentes producen una incapacidad para el cuidado personal. En otros casos una enfermedad crónica exige cuidados permanentes de la propia salud que impiden muchas actividades cotidianas (coger pesos, realizar esfuerzos, respirar en ambientes algo contaminados etc.).

Nos encontramos pues ante un fenómeno, el de la limitación, que afecta a todas las personas en diferentes grados, independientemente de que tengan discapacidad o de su edad, aunque la discapacidad o la edad pueden evidentemente agravarla.

**4** La tarea es identificar las situaciones protegibles, para toda la ciudadanía creando derechos universales y subjetivos, como es el caso de la salud.

Se trata de identificar qué grados de limitación son protegibles por la Ley o qué consecuencias en el manejo personal debemos tratar para el mejor desenvolvimiento personal, diseñando políticas para todas las personas que se encuentren en una situación cuya autonomía se vea claramente limitada. Esto es posible si la Ley ampara las situaciones que limitan la autonomía como un derecho universal subjetivo, en vez de calificar a determinadas personas como “dependientes”. De ésta manera toda la ciudadanía podrá disfrutar del derecho si su autonomía se ve manifiestamente afectada, sea de forma temporal o permanente.

Partiendo de la definición más comúnmente aceptada, que es la del Consejo de Europa, nuestra tarea puede ser definir cuales son esas actividades habituales de la vida diaria que pueden considerarse objeto de tratamiento y protección.

El Sistema de Salud ha creado en nuestro país los mecanismos para que toda la ciudadanía cuente con la protección necesaria que garantice, en la medida de lo posible, su salud plena y, cuando no es posible conseguirlo, el tratamiento y apoyos paliativos de las dolencias. Desarrolla derechos universales que permiten, a todas las personas, el disfrute de sus

servicios, en cualquier momento de su vida, cuando aparece la necesidad. Este sistema es sostenible porque interviene cuando es necesario, y deja de intervenir cuando la persona ha superado su situación clínica, porque prima la intervención comunitaria y ambulatoria a la hospitalaria, y prioriza la prevención sobre la curación. Incluso los estados de salud cuya patología se ha cronificado, tienen respuesta en el sistema de forma puntual y permanente, pero evitando, siempre que se pueda, la dependencia absoluta y permanente del propio sistema.

Debemos avanzar en el diseño de prestaciones que contribuyan

a que la persona pueda disfrutar de la mayor autonomía posible en su entorno natural evitando el desarraigo, la institucionalización, y respetando al máximo sus propios deseos y el derecho a permanecer en su entorno habitual de convivencia.

Con creatividad, debemos diseñar servicios de apoyo, que la persona pueda utilizar libremente, y que tengan como finalidad hacer la vida más fácil. Todos los recursos que se empleen con esta finalidad tendrán un efecto beneficioso para la persona, que en muchos casos podrá aportar a la comunidad lo mejor de sí misma, y para la sociedad que recibirá beneficios de esa participación, además del ahorro económico que produce una menor dependencia, y consiguiendo disminución del coste asistencial.

A buen seguro puede crear cierto temor la sostenibilidad de un sistema planteado así, para todas las personas, y no sólo para un grupo de personas con calificación de dependencia. Surgieron los mismos temores cuando se universalizó la Sanidad. Necesitamos un sistema versátil que atienda a las personas, en los momentos que es preciso y en las situaciones de necesidad de apoyos. Estos criterios, aplicados en un modelo de intervención preferentemente comunitaria, simplificar enormemente los costes, aun-



## La mayoría de los bebés adquieren paulatinamente su propia autonomía con los medios naturales de que dispone la familia y los servicios de atención a la primera infancia

que la gestión y coordinación de los servicios exige ser muy dinámica, flexible y con respuesta individualizada, de acuerdo a las características de cada situación.

**5** Las acciones a realizar deben tener una doble vertiente: la de incrementar la autonomía personal, para prevenir, y la de apoyar a la persona con autonomía limitada.

Imaginemos por un momento lo que cambiaría nuestra vida si

sufriéramos un atropello al cruzar el paso de peatones de la Carrera de San Jerónimo, al salir de esta sala. En un momento puede que nuestra vida cambie por completo. Una vez superada la primera situación clínica, toda nuestra atención estará centrada en rehabilitar nuestro sistema músculo-esquelético para volver a hacer las cosas que súbitamente nos vemos limitados a realizar. Nace en nuestra mente un deseo imparable por recuperar nuestra autonomía para movernos, asearnos, disfrutar de nuestra intimidad y sentir una "libertad" perdida.

La libertad, la independencia que nos aporta la autonomía de caminar, subir y bajar multitud de desniveles, coger las cosas, manejar los cubiertos en la mesa, escribir, marcar el teléfono... con nuestras propias manos. ¿Necesitaremos durante ese tiempo medios para disfrutar de la mayor autonomía posible? Probablemente un asistente personal podrá facilitarnos la tarea para el aseo, vestido y los preparativos matutinos; pero también para que podamos venir a los trabajos del Congreso, conducir el coche que hemos dejado en el aparcamiento porque no podemos llevarlo; preparar documentos que tenemos que dictar porque nuestras manos no pueden acceder al teclado de nuestro ordenador, ... El resultado sería que podríamos seguir siendo personas activas en ejercicio, con casi plena autonomía, y

capacidad de poner en marcha, realizar, las decisiones que nos hacen sentir más independientes.

A esto nos referimos, cómo los medios técnicos, los apoyos a la persona, junto a la eliminación de los obstáculos físicos y las barreras psicológicas pueden cambiar nuestra vida, o la vivencia de una situación transitoria. La futura Ley debe proteger todas estas situaciones para que las personas puedan seguir haciendo, una vida lo más habitual posible.

Nuestra sociedad ha aprendido a lo largo de la Historia a poner medios para que, durante la infancia y juventud, las nuevas generaciones tengan muchas posibilidades de lograr plena autonomía que les permita decidir y ser dueños de sus vidas, alcanzar la independencia personal. Sin embargo se ha desarrollado muy poco en los medios a poner a disposición de los mayores, las personas con discapacidades, y las que temporalmente les sobreviene una limitación. La ausencia de medios facilitadores agudizan las dificultades de cada persona, con lo que logrará menor autonomía.

Cuando nacemos con una discapacidad, o a lo largo de la vida la adquirimos, nuestra interacción con el medio que nos rodea depende de los facilitadores para nuestra actividad. Dependemos más que otros niños de esos apoyos para lograr hacer lo mismo; precisamos probablemente más

ayudas técnicas que otros jóvenes para acceder a la sociedad de la información. Lo que sea de nosotros depende en gran medida de los medios que la sociedad ha puesto a nuestro alcance para participar como una persona más.

La autonomía es la base, y el conjunto de habilidades e instrumentos que una persona precisa para disfrutar de una vida independiente.

Probablemente nuestra sociedad ha claudicado tradicionalmente ante el hecho de la pérdida de facultades que conlleva con frecuencia la ancianidad o la discapacidad, quizá hemos pensado poco en cómo hacer nuestras casas, las ciudades y barrios diseñando para todos y todas, incluso para cuando seamos más mayores. Hay situaciones que nos será laborioso prevenir pero otras son muy evidentes. Por ejemplo la costum-

bre de construir viviendas unifamiliares con un bonito jardín, que probablemente algún día no podremos disfrutar porque las dos o tres alturas de nuestra casa no nos permitirán subir y bajar las escaleras a diario cuando flaqueen las fuerzas en nuestras piernas.

Como esta situación tal como se está construyendo se va a produciendo cada vez con más frecuencia, agradeceremos contar con un recurso de ayuda a domicilio que colabore en hacer la compra, ayudarnos en la limpieza del hogar o en nuestro aseo diario. Pero también necesitaremos ayudas técnicas mediante elevadores que nos permitan acceder a los diferentes niveles de la casa; sistemas de control remoto para subir las persianas, si no podemos por nuestra artrosis; apagar luces sin necesidad de recorrer toda la casa; controlar la seguridad exterior e interior de la vivienda; pasamanos para desplazarnos por los pasillos; asideros para asearnos con seguridad... Todo ello con el fin de mantener nuestra independencia en el propio entorno, a buen seguro lleno de recuerdos que han llenado la historia de nuestra vida.

Intervenir en la autonomía supone desarrollar políticas que eviten la creación de barreras que más adelante costará mucho eliminar o adaptar, porque en algún momento vamos a necesitar que el medio físico sea accesible,





que los instrumentos sean útiles para todos y que existan diseños que permitan individualizar los apoyos que cada cual precisa.

**6** La prevención implica comenzar desde las primeras etapas de la vida. La atención en la primera infancia es una clave

La primera infancia es probablemente la etapa de nuestra vida que requiere de mayores apoyos. Nacemos sin autonomía para alimentarnos, utilizar objetos, desplazarnos, vestirnos, comunicarnos, ...

La ausencia de autonomía es total. La mayoría de los bebés

adquieren paulatinamente su propia autonomía con los medios naturales de que dispone la familia y los servicios de atención a la primera infancia, pero existe un 2,5% de pequeños que presentan alteraciones en su desarrollo y con ello también en su autonomía.

Lo cual exigirá apoyos añadidos a los habituales. Probablemente requerirá acudir con frecuencia a un centro especializado en atención temprana; quizá los cuidados médicos deban ser más intensos y multiplicar las visitas al ambulatorio o al hospital, en muchos casos habrá que adaptar el hogar, los horarios de sus padres y madres, el presupuesto familiar... La vida cambia por completo para todas las personas del entorno.

Garantizar los progresos en la autonomía personal supone aportar a estas personas desde el inicio de sus vidas los apoyos que precisan de atención temprana, intervención terapéutica en el hogar, atención especializada en centros de primera infancia en horarios amplios, ayudas técnicas, y económicas, normalizando su situación, y la de la vida familiar, para que su infancia sea lo más parecida posible a los demás, que es la mejor garantía de no crecer como un "niño problema", que tanto estigmatiza.

Hay que tener en cuenta, además, que la intervención en estas primeras edades puede determinar el futuro y las posibilidades de desarrollo de los

niños y niñas que presentan alguna alteración.

En la Atención Temprana la familia es un elemento esencial, deben participar activamente en los programas que pretenden en parte hacer más competentes a los padres y las madres para que ofrezcan un ambiente estimulador a sus hijos. Por tanto es necesario desarrollar medidas que faciliten la conciliación de la vida laboral con estas responsabilidades añadidas, que se hacen especialmente necesarias en los casos de familias sin recursos sociales, en las de bebés prematuros y plurideficiencias.

**7** La situación de dependencia tiene consecuencias protegibles en las personas del entorno

La mayor parte de los apoyos que precisamos han venido, y probablemente seguirán viniendo de nuestra propia familia, o amistades más cercanas, lo cual ha de plantearnos la sobrecarga que sufren muchas personas, posiblemente mal llamadas "cuidadores informales", porque su dedicación es la base y garantía de la inmensa mayoría de las personas con limitaciones en su autonomía.

La familia sufre con frecuencia un deterioro en su situación anímica, padeciendo la vivencia de enfrentarse a un gran problema

tras el nacimiento de un hijo con dificultades, una enfermedad crónica grave, un accidente con consecuencias irreparables o los trastornos que la ancianidad produce en algunos de nuestros mayores.

Los familiares, las amistades y personas colaboradoras deberían contar con sistemas de apoyos por la atención (que es más amplio que cuidados) de estas personas, lo cual implicaría en el trabajo el derecho a horarios adaptados, con protecciones de la Administración ayudando a las empresas; incluso poder contar con asistentes para compatibilizar horarios laborales con la dedicación de casi toda la jornada a la atención, favoreciendo con medidas el que se comparta esta dedicación con la pareja, y con otras personas, de forma que las ayudas sean mayores si intervienen ambos, y mayores aún si se busca otros apoyos. La Ley debe proteger las necesidades de orientación de la familia para enfrentarse a las situaciones difíciles que se plantean, y la prestación de apoyos psicológicos.

Todo ello sin olvidar el derecho que les asiste a todas las personas adultas a vivir con independencia de sus familiares, y recibir los apoyos que libremente demanden, incluso el del asistente personal, como persona de su confianza, dada la proximidad de sus servicios con las situaciones más íntimas.

**8** Invertir en promoción de la autonomía, generando economía social, y evitando el riesgo de mercantilización de la asistencia

Los recursos empleados en los apoyos a la autonomía personal forman parte de la búsqueda que las sociedades modernas deben realizar de aprovechar para el bien común todas las capacidades de su ciudadanía. Muchas personas por graves que sean sus limitaciones pueden aportar sus conocimientos, su experiencia, su

Muchas personas por graves que sean sus limitaciones pueden aportar sus conocimientos, su experiencia, su capacidad de trabajar a la sociedad, si disponen de medios

capacidad de trabajar a la sociedad, si disponen a su alcance de los medios necesarios. Invertir en la autonomía, más que un gasto social es una inversión, hace que las personas sean menos dependientes de los servicios, con lo que se consigue un ahorro importante de recursos. Pero también las personas que logran con apoyos incorporarse al empleo aportan además de trabajar, cotizar a la Seguridad Social, pagar más impuestos, consumir más bienes y servicios, generando mayor riqueza económica que cuando se depende solo de una pensión.

El Tercer Sector, que tradicionalmente ha mantenido, junto con la Administración, la atención de estas situaciones, es generador además de economía social. Los nuevos servicios a crear pueden ser un motor económico importante, que darán oportunidades de empleo a personas con dificultades en el mercado de trabajo, como mujeres y jóvenes, que tienen que hacer compatible el empleo con sus responsabilidades familiares o personales que les ocupan gran parte de su tiempo.

Corremos un riesgo preocupante de mercantilización de los servicios al irrumpir la iniciativa privada, principalmente en la atención de mayores.

Debemos evitar que las organizaciones sociales tengan que com-

petir en un mercado para el que no han sido creadas.

Seguramente no podremos competir en costes, sin perjudicar la calidad del servicio, ni en la capacidad inversora, al contar con escasos recursos propios generalmente, lo cual aconseja establecer mecanismos de colaboración con entidades sin ánimo de lucro, que den estabilidad al funcionamiento de sus servicios, estableciendo cláusulas sociales en la contratación.

La iniciativa privada debe tener su papel en la puesta en marcha de

servicios, evitando la competencia con la iniciativa social. La Administración debe establecer mecanismos estrictos de control sobre las condiciones laborales, capacitación del personal empleado, calidad en la prestación de los servicios y una atención personal cercana.

La futura Ley debe vigilar que no prime el motivo económico en la gestión de los servicios, y evitar las prácticas que causan graves perjuicios a la Administración y a la autonomía de las personas, como el clientelismo, en el que por ocupar plazas se incorporan a



personas en servicios que realmente no les son precisos.

Invertir también supone dedicar recursos a la formación y capacitación profesional, y a la investigación de nuevos modelos de servicios, de intervención, de ayudas técnicas que permitan un progreso real en los medios y tecnología a aplicar.

### CONCLUSIÓN FINAL Y PROPUESTAS

El Libro Blanco, a pesar de la laboriosidad que su lectura exige por su extensión, lo cual crea cierta dispersión argumental, propone un gran paso en la organización de los sistemas de apoyo a las situaciones que limitan la autonomía personal, y es un referente imprescindible para la elaboración de la futura Ley. Con estas reflexiones espero que hayamos contribuido a su enriquecimiento y mejora de algunos aspectos conceptuales que nos permita, ya que la Ley aparecerá con cierto retraso respecto a otros países de la Unión Europea, aportar planteamientos novedosos, avanzando en la búsqueda de soluciones a una de las cuestiones que más interesa adquirir y conservar a cada persona: su autonomía e independencia.

Resaltamos brevemente las siguientes propuestas:

- Denominar a la futura Ley de Autonomía personal, en positivo

como las grandes leyes dedicadas a la salud o a la educación, y que parta de un amplio consenso social.

- Concretar las situaciones que afectan a la persona y que la Ley va a proteger, evitando clasificar a las personas entre las "dependientes" y quienes no lo tienen reconocido.

- Considerar el carácter temporal y cambiante de las situaciones que limitan la autonomía, frecuentemente, si prestamos los apoyos necesarios.

- Ofrecer servicios dirigidos a cada necesidad específica, precisando los apoyos que en cada momento se van a prestar, evitando los que no se necesitan en ese momento.

- Mantener a la persona en su entorno natural, salvo en situaciones excepcionales que lo justifiquen.

- Velar por el derecho de decisión, elección, cambio de servicio que a la persona le asiste.

- Proteger el derecho individual de la persona sobre el de la organización o empresa que le presta servicios.

- Potenciar el Tercer Sector como generador de economía social, con mecanismos de colaboración con la Administración y control de su calidad.

- Coordinar la prestación de servicios y la valoración y seguimiento de las necesidades de las personas.

- Crear una tabla de prestaciones económicas compensatorias del mayor gasto que produce a la persona o a los familiares los apoyos que precisa.

Incluso la compensación parcial por la restricción objetiva de la actividad laboral de sus familiares causada por la atención a la persona.

- Ofrecer un Catálogo de Servicios para todo el Estado de promoción de la autonomía personal y protección a sus limitaciones:

- Atención social y valoración, incluido en el propio domicilio.

- Centros de desarrollo infantil y atención temprana.

- Ayudas técnicas para la movilidad, el desenvolvimiento en el hogar, y la actividad habitual. Programas de accesibilidad para la comunicación, medio físico y transporte.

- Asistente personal para las actividades de cuidado personal, desplazamiento, apoyo en tareas que favorezcan la participación social y laboral.

- Programas de rehabilitación.

- Ayuda en el domicilio en tareas de aseo personal, limpieza del





hogar, preparación de la alimentación, ayuda en gestiones, acompañamiento...

- Intervención terapéutica y rehabilitadora en el hogar: Apoyo psicológico a la familia, fisioterapia, intermediación familiar, implantación de habilidades sociales, y apoyo en la realización de las actividades de la vida diaria.
- Teleasistencia y vigilancia de la salud no presencial, dirigida a personas que viven solas y su autonomía esté limitada.

- Programas de formación y apoyo a la familia.

- Atención de día, en centros especializados donde se implanten programas de aprendizaje de habilidades de autonomía personal, rehabilitación, entrenamiento en hábitos sociales, incluidos los dirigidos a la primera infancia con graves discapacidades,...

- Alojamiento con diferentes fórmulas según las necesidades:

- Viviendas de formación para la vida independiente.

- Viviendas en régimen de tutela dirigidas a situaciones en que la persona no puede organizarse de forma autónoma, y precisa apoyos para administrar su dinero, organizar sus compras, ocupar su tiempo...

- Alojamiento, preferentemente en "grupos familiares", para los apoyos extensos que precisan personas limitadas en las actividades básicas de auto cuidado (aseo, alimentación, evitación de riesgos y peligros, etc.).

- Alojamiento temporal y de respiro.

- Programas de formación, orientación laboral, y apoyo al empleo.

- Programas de apoyo a la participación en el tiempo libre y acceso a la cultura.

**Es preciso establecer un proceso progresivo de implantación de las prestaciones desarrollando la futura Ley en un periodo máximo de 10 años, atendiendo las situaciones más graves en primer término; para no recortar su ámbito de protección, por una posible inviabilidad económica a corto plazo; dando tiempo a las correcciones necesarias y búsqueda de nuevas soluciones económicas, que permitan adaptar nuestra sociedad a las necesidades de su ciudadanía y los cambios que se producen.**

## Tribuna de opinión

# EL SISTEMA NACIONAL DE PROTECCIÓN A LA DEPENDENCIA, EL CUARTO PILAR DEL ESTADO DE BIENESTAR

**Almudena Fontecha**

Secretaria para la Igualdad de UGT

Una de las señas de identidad para UGT es nuestro modelo de protección social. Situando en un mismo nivel la defensa de los derechos de los trabajadores y la conquista de los derechos sociales universales. La universalización de la sanidad, de la educación y de las pensiones, han figurado en la agenda de nuestro Sindicato anticipándonos incluso a los programas electorales de algunos partidos políticos.

En el ámbito social destacamos la falta de progreso en las políticas sociales en los últimos años. Las mayores deficiencias de nuestra protección social se sitúan en la protección a la familia y en la atención a las personas con necesidades de cuidados. Por lo que es imprescindible que los poderes

públicos realicen un mayor esfuerzo en las políticas de bienestar social.

Fruto de muchas reivindicaciones nos encontramos en un momento idóneo en el que existe un consenso tanto social como político coincidente con la necesidad de desarrollar el Sistema Nacional de Protección a la Dependencia.

Desde UGT queremos destacar la labor realizada en el Libro Blanco sobre la "atención a las personas en situación de dependencia en España", elemento fundamental que servirá de guía para alcanzar el consenso necesario para la puesta en marcha del sistema.

El desarrollo en su totalidad de un Sistema Nacional de Protección a la Dependencia, entendido éste en un sentido más amplio

que el de Seguridad Social y por tanto más allá de las prestaciones económicas; constituirá el cuarto pilar básico de lo que conocemos como Estado de Bienestar, estableciéndose una red de prestaciones y servicios públicos, plurales y de calidad que den cabida y cobertura a las situaciones de protección a la personas con dependencia.

Como punto de partida destacar que cuando hablamos de personas dependientes, nos referimos a aquellas personas que necesitan ayuda de una tercera persona para las actividades elementales de la vida cotidiana (con independencia de la posterior baremación o los distintos grados de dependencia), no hacemos distinción en función de la edad e incluimos a las personas con discapacidad, por tanto la dependencia recorre todas las edades de la población.

## Nos encontramos en un momento en el que existe un consenso tanto social como político coincidente con la necesidad de desarrollar este Sistema

En cualquier caso, no podemos obviar que existe una estrecha relación entre la dependencia y la edad (2/3 partes de las personas en situación de dependencia son mayores), circunstancia que hemos de tener en cuenta fundamentalmente por el número de personas en situación de dependencia que alcanza en la actualidad nuestro país y por el incremento sustancial que se va a

producir en los próximos años.

En España el porcentaje de personas mayores va en aumento, previéndose un incremento mayor en los próximos años, especialmente en los grupos de mayores de ochenta años. Por tanto, como las tasas de dependencia van a continuar aumentando, es preciso que se tomen decisiones que eviten eludir la

responsabilidad pública. Estamos en un momento crucial para desarrollar una política, en nuestro país, que atienda a las personas en situación de dependencia.

Pese al envejecimiento demográfico en España, que se viene planteando desde hace algunos años, junto con el debilitamiento de la red de cuidados informales que vienen procurando las familias especialmente las mujeres; no ha existido en nuestro país, una política integral de protección a los mayores en general y a las personas en situación de dependencia en particular, que plantee un conjunto de medidas coordinadas entre las distintas Administraciones y garantice el bienestar social y económico de éstas personas.

Las soluciones que se han venido planteando intentan fomentar la acogida familiar y la iniciativa social, mediante incentivos y desgravaciones fiscales a familias, asociaciones de pacientes e iniciativa privada del sector, así como seguros privados, no reconociendo un derecho real exigible a que se atiendan las necesidades de estas personas y condenando a aquellas personas con menores recursos a una menor protección. Soluciones que desde UGT no compartimos.

Hasta ahora en nuestro país, no ha existido un reconocimiento expreso ni objetivable de criterios homogéneos en el territorio nacional, a la vez que adolece de un marco de referencia, criterios de acceso e indicadores comunes. La Administración General del Estado, debe establecer unos mínimos para que todos los dependientes con independencia del territorio en el que residan vean garantizados su protección social que por otra parte es un derecho.

Es preciso que se mantenga por parte del estado la redistribución de la riqueza y la cohesión social a través de:

- Dotación de los servicios públicos, que aseguren a toda la población el acceso a la protección social de forma igualitaria y solidaria, evitando disparidades y desequilibrios en los diferentes territorios.

## En nuestro país, no había existido un reconocimiento expreso ni objetivable de criterios homogéneos en el territorio nacional

- Desterrar la tendencia a la privatización de los servicios públicos, vulnerando el derecho fundamental de igualdad en el acceso y calidad del servicio; siendo incompatible con los objetivos de universalización, equidad y gratuidad de los servicios.

- El desarrollo de normas básicas que garanticen los mismos niveles de derechos y obligaciones y un sistema de reequilibrio de las desigualdades territoriales y sociales.

El modelo de apoyo informal o familiar es indefendible, incluso a corto plazo. Por una parte, porque los poderes públicos no pueden seguir desentendiéndose del problema y endosando toda la responsabilidad del cuidado de las personas dependientes a las familias. Por otra, porque cada vez existen más personas que precisan cuidados de larga duración y hay menos cuidadores en edad de cuidar, bien porque se incorporan o quieren incorporarse al mercado de trabajo, o por la disminución paulatina de los cuidadores informales.

La escasa respuesta a este problema por parte de las administraciones públicas ha propiciado, además, la expansión del sector privado en su provisión a unos precios inalcanzables para la mayoría de las familias.

Desde su Congreso Confederado de marzo de 1998, UGT viene demandando una protección específica de las personas dependientes, como derecho subjetivo perfecto. UGT participa de ese amplio consenso entre expertos, instituciones y algunas organizaciones sociales que venimos a proponer la creación de un Sistema Nacional de cobertura de la Dependencia o de apoyo a la autonomía personal que, a imagen del Sistema Nacional de Salud, cubra con carácter universal a toda la población dependiente. Participamos también del criterio de que ese sistema se regule "dentro del ámbito de la Seguridad Social", sin perjuicio de su gestión por las Comunidades Autónomas y, sobre todo, las Corporaciones Locales, y como un derecho exigible, con el fin de garantizar un acceso equitativo a esas prestaciones.



## Tribuna de opinión

# LA DEPENDENCIA COMO PROBLEMA SOCIAL

**Antonio Abellán García**

Consejo Superior de Investigaciones Científicas

**L**a discapacidad que genera dependencia, muchas veces etiquetada erróneamente como problema de salud, debe ser abordada necesariamente desde un modelo de atención social, aunque el problema de origen de la discapacidad (una enfermedad, patología, accidente o problema congénito) comience a ser tratado en la red sanitaria, dentro de un modelo médico.

Pero una vez que las personas con discapacidad han superado o estabilizado el problema de origen, el sistema sanitario sólo actúa en cuestiones de rehabilitación, y en cuanto a atención a la salud interviene de la misma forma como lo haría para el resto de la población. Este planteamiento implica, por una parte, que existe un problema conceptual a la hora de definir o delimitar discapacidad, y por otro lado, que conviene trasladar la responsabilidad del tratamiento de la

discapacidad al área social, en una tendencia hacia su desmedicalización.

Entendemos por discapacidad la dificultad para realizar una tarea por uno mismo, dificultad para de-

sempeñar papeles y desarrollar actividades socialmente aceptadas, habituales para las personas de similar edad y condición, es decir, es la incapacidad para llevar a cabo una función o un papel en un contexto social y del entorno deter-



minado. Es la expresión de una limitación funcional o cognitiva en un contexto social. Es la brecha existente entre las capacidades de la persona (condicionadas en parte por su salud) y las demandas del medio (físico, social, laboral), que en caso de ser superadas éstas, le facilitarían desarrollar esas actividades, papeles o tareas. Se vincula más a la función social que a la función orgánica. (A la función o sistema orgánicos se asocian la patología y la deficiencia).

Estas dificultades para manejarse obligan a la persona que las sufre a utilizar dispositivos, o bien, principalmente, a solicitar ayuda de otra persona para poder realizar esas actividades cotidianas.

En esto consiste la dependencia. Por ello, no es únicamente un concepto médico, no es un problema de salud, sino más bien un problema social. De la misma forma que el envejecimiento no es un problema médico, la discapacidad, y la dependencia que genere, tampoco, aunque el origen de la pérdida de habilidades esté en un problema médico o biomédico. La dominancia del modelo médico en el envejecimiento y en la discapacidad desvía la atención del problema, y consecuentemente las soluciones, que hay que buscarlas no sólo en las raíces de los problemas de salud, sino también, y sobre todo, en las circunstancias sociales, económicas y físicas del entorno en el que se mueve la

persona con discapacidad.

Una excesiva medicalización de la discapacidad y del envejecimiento no quiere decir exceso de medicamentos o de tratamientos (incluso pudiera existir carencia en determinados colectivos de población o en señalados tratamientos, en particular, en el mundo de la rehabilitación); puede resultar costosa para el sistema sanitario, y no resuelve los verdaderos problemas de quien pierde autonomía y no puede valerse por sí mismo, que lo que necesita es ayuda personal.

Cuando el modelo médico de atención enfatiza el tratamiento clínico y el manejo de las discapacidades como enfermedades, está prestando más atención al origen que a las consecuencias de las condiciones de salud, pues estima que las soluciones están más dentro del individuo que en la sociedad. En este sentido, la confianza exclusiva de la población en el modelo médico puede ser contraproducente, pues provoca un cierto desentendimiento de la responsabilidad social sobre la discapacidad.

A esta confusión conceptual sobre discapacidad ha contribuido también una cierta invisibilidad del problema y de su principal consecuencia, la dependencia, normalmente gestionada desde la (silenciosa) esfera familiar, que suele llevar sus preocupaciones a la

única red, la sanitaria, que conoce y en la que confía, por la ausencia de otras alternativas o la falta de un modelo social de atención a la dependencia. Además, la familia ya se encuentra al máximo de su capacidad de cuidados, debido al proceso demográfico de envejecimiento, a una mayor esperanza de vida en especial en las edades elevadas, a la incorporación masiva de la mujer al mercado laboral (tradicional cuidadora de dependientes), y al creciente número de familias reducidas y con escaso potencial de cuidados.

Por eso, hablamos de que conviene trasladar la responsabilidad del tratamiento de la discapacidad que genera dependencia hacia el área social, es decir, que hay que desmedicalizar la discapacidad; hay que trasladar el énfasis y el protagonismo hacia lo social, dar más importancia a todos los agentes de ese sistema social, empezando por la familia, la comunidad, las empresas proveedoras de servicios, los servicios municipales, y siguiendo en escala, hasta el planteamiento estatal del problema de la dependencia.

Este traslado de responsabilidad, desde lo médico a lo social y desde la familia hacia la comunidad, ayudaría a concienciar a la población en su previsible y necesaria contribución a la financiación de un modelo de atención a la dependencia.

## Tribuna de opinión

# 14 PUNTOS ESENCIALES PARA UNA LEY BASICA DE ATENCION A LA DEPENDENCIA

**Pura García-De la Rosa**

Secretaria Confederal de Política Social de CC.OO.

“Es necesario crear un Sistema basado preferentemente en la prestación de servicios sobre otras posibilidades como la ayuda económica directa. Ya que son los servicios los que garantizan la calidad en la atención y la creación de empleo.”

“Una Ley que apueste por los servicios supondrá, de hecho, un importantísimo instrumento de emancipación de la mujer.”

**E**n España viven cerca de 2,3 millones de personas (mayores y con discapacidad, principalmente) que dependen de la ayuda de un tercero para realizar las tareas más básicas de la vida cotidiana como son vestirse, asearse, hacerse la comida, limpiar la casa o desplazarse para realizar gestiones cotidianas. En el cuidado de estas personas están implicadas cerca de 4,5 millones de familias que, debido al escasisimo nivel de cobertura de los servicios sociales (apenas cubren el 9,4% de las necesidades) se ven obligados a cuidarles de manera informal.

Se trata, por tanto, de una situación que afecta a dos grandes grupos de población: las propias personas en situación de dependencia y las familias que se ven obligados a cuidarlos. A este respecto es especialmente significativo señalar el hecho de que el 80%

de los cuidadores informales son mujeres (madres, hijas, esposas, nueras,...) que son quienes dedican más de 9 millones de horas anuales al cuidado de familiares, lo que es equivalente a más de 5 millones de empleos. Una dedicación que tiene severos costes de oportunidad para las mujeres, que por atender a sus familiares se ven imposibilitadas para trabajar, tener vida social, y desarrollarse como personas. Por lo que la Ley, además, será de hecho un importantísimo instrumento para la emancipación de la mujer.

C.C.O.O. a través de su campaña confederal, ha contribuido a revitalizar el debate público en torno a la necesidad de crear una Ley Básica Estatal que atienda el fenómeno. Para nosotros, son 14 los puntos esenciales sobre los que, a nuestro juicio, deberá asentarse la Ley y el posterior Servicio Nacional de Atención a la Dependencia. Y especialmente son cuatro las piedras angulares del proyecto que resultan irrenuncia-

bles para que el acuerdo cuente con nuestro concurso:

- El nuevo modelo de atención a la dependencia se articulará a través de una Ley estatal con carácter de básica, en el marco del desarrollo de la Seguridad Social.

- La Ley ha de garantizar un nuevo derecho de carácter subjetivo, reconocible y exigible, que asegure la universalidad de la prestación para todas aquellas personas que lo necesiten.

- Igualmente, la Ley ha de suponer la puesta en marcha de un Sistema Nacional de Atención a la Dependencia que, con contenga un sistema único de valoración y reconocimiento en toda España. De modo que se establezcan los mismos criterios de acceso y las mismas prestaciones para todos los ciudadanos independientemente de su lugar de residencia.

- Dicho Sistema Nacional de Atención ha de establecer la prestación preferente de servicios frente a otras posibles alternativas como la prestación económica directa a las familias. La prestación preferente de servicios asegura de un lado la calidad en la atención a las personas y, además, la creación de empleo. Se calcula que la puesta en marcha del Sistema generará 300.000 puestos de trabajo directos.

De este modo, la propuesta que ha presentado CC.OO. a la Mesa de Diálogo Social se fundamenta en los cuatro puntos anteriores y tiene el siguiente desarrollo:

### 1. UNIVERSALIDAD DE LA PRESTACIÓN

Todas las personas en situación de dependencia, sea cual sea su edad y el origen de la dependencia, tendrán derecho, a partir del año en que la ley lo determine, a acceder a las prestaciones del sistema, en las condiciones y con los requisitos que se establezcan.

Tendrán derecho todas las personas residentes en España, salvo quienes pudieran tener derecho en sus países de origen, (p.e. jubilados de la Unión Europea).

### 2. CARÁCTER PÚBLICO DE LA PRESTACIÓN

Con independencia de las formas de financiación y de las que adopte la gestión concreta de cada prestación, ésta tendrá el carácter de una prestación del Sistema público de Seguridad Social.

El encaje jurídico de la misma se haría basándose en el desarrollo de los arts. 41, 49 y 50 de la Constitución Española y en relación con los arts. 149.1 y 149.17. de la misma.

### 3. IGUALDAD EN EL ACCESO AL DERECHO

El estado garantizará la igualdad básica en el acceso a las prestaciones de todas las personas, sea cual sea el lugar de residencia, aunque las administraciones autonómicas y locales, podrán, por su cuenta, ampliar o mejorar las condiciones básicas.

La ley de atención a la dependencia tendrá carácter de normativa básica estatal y por tanto de mínimos garantizados.

### 4. SISTEMA DE VALORACIÓN Y RECONOCIMIENTO ÚNICO EN TODA ESPAÑA

Los criterios de evaluación y la composición de los equipos o profesionales que efectúen el reconocimiento serán comunes para todo el estado, acordándose en la Conferencia Sectorial de Asuntos Sociales y en el Consejo Interterritorial de Salud. Los equipos profesionales de valoración y reconocimiento podrán depender de las Administraciones Autonómicas

De común acuerdo entre la Administración General del Estado y las Comunidades Autónomas se podrá establecer una nueva red de equipos de reconocimiento o bien aprovechar las actuales estructuras de Equipos de Valoración de las minusvalías, con el

adecuado reforzamiento de medios y personal.

Se establecerían tres grados o niveles de dependencia, que podrían ser los establecidos en la Encuesta de Discapacidades, deficiencias y estado de salud de 1999: moderada, severa y total; u otras de características similares.

#### 5. GESTIÓN DESCENTRALIZADA A CARGO DE LAS COM. AUTÓNOMAS

Con la participación en determinadas prestaciones de las Corporaciones Locales. Esta gestión será compatible con las facultades de Colaboración, Evaluación y Seguimiento por parte de la Alta Inspección de la Administración General del Estado.

A partir del reconocimiento de la situación de dependencia, la Comunidad Autónoma derivaría a la persona dependiente al servicio o centro adecuado en función del grado de dependencia.

#### 6. GARANTÍA DE INMEDIATEZ Y AGILIDAD EN EL PROCESO DE EVALUACIÓN Y EN LA REVISIÓN EN CASO DE MODIFICACIÓN DEL GRADO DE DEPENDENCIA

El procedimiento de reconocimiento debe reunir condiciones

suficientes, para que este tenga lugar en un plazo no superior a tres meses desde la solicitud a la comunicación de la resolución administrativa y de dos meses en el caso de revisión.

#### 7. FINANCIACIÓN COMPARTIDA ENTRE LAS TRES ADMINISTRACIONES PÚBLICAS, EN LAS CONDICIONES Y CALENDARIOS QUE SE ACUERDEN

Las fórmulas de distribución de la cofinanciación podrían seguir diversos criterios, desde una fórmula semejante a la del actual Plan Concertado de Servicios Sociales básicos o bien en función del grado de dependencia u otros criterios que pudieran pactarse.

En una primera fase transitoria de puesta en marcha del sistema y hasta que no se ajusten, en su caso, las formas definitivas de financiación de las Comunidades Autónomas y Corporaciones Locales, la financiación correría, fundamentalmente, a cargo de la Administración General del Estado.

#### 8. COPAGO POR PARTE DE LOS USUARIOS

En las condiciones que se establezcan con carácter general para toda España, (con las mejoras que puedan establecer las Comunida-

des Autónomas o Corporaciones Locales) y en proporción a las rentas de los usuarios, garantizando, en todo caso, el acceso al derecho a aquellas personas que carezcan de posibilidad total o parcial de copago.

En todo caso el copago debe situarse en términos similares a la situación actual, es decir, un porcentaje de la pensión o de los ingresos y rentas (podría oscilar entre el 75-80% en el caso de la atención residencial y el 10% - 15% en la ayuda a domicilio)

#### 9. PRESTACIÓN PREFERENTEMENTE DE SERVICIOS

Para garantizar la calidad de la atención y que ésta llegue en adecuadas condiciones a la persona dependiente, la prestación será prioritariamente a través del acceso a servicios sociales o sociosanitarios. En determinadas circunstancias la prestación de servicios podrá sustituirse por la entrega de "cheque servicio". La cartera de servicios podría ser:

- Teleasistencia para dependencia leve o moderada.
- Ayuda a domicilio con una intensidad horaria de al menos 2 horas diarias para la dependencia moderada.
- Viviendas tuteladas para la dependencia moderada.

- Centros de día para dependencia moderada y severa.

- Residencias asistidas para dependencia severa o total.

Para los cuidadores familiares, además de facilitar la información y formación adecuadas para una mejor atención, se establecerían "sistemas de respiro": estancias temporales, ayuda a domicilio de fines de semana o nocturnos, etc.

Además, se articularían ayudas económicas para adaptación de la vivienda o adquisición de bienes adaptados.

Para la atención temporal sanitaria se desarrollarían los centros

de día hospitalarios, la atención domiciliar hospitalaria y los hospitales o unidades hospitalarias de cuidados de larga duración.

#### 10. COMPATIBILIDAD DE LA PROVISIÓN PÚBLICA Y LA ACCIÓN CONCERTADA

Para optimizar los recursos existentes, y como vía adecuada de una más rápida y amplia cobertura, se impulsará la acción concertada con la iniciativa privada, en sus diversas vertientes lucrativa y no lucrativa. A tales efectos, se acordarán unos criterios básicos de concertación a nivel de todo el Estado que garanticen la calidad de la atención para los usuarios y la

idoneidad de costes y seguridad económica para las empresas y entidades concertantes.

El recurso a la acción concertada debe llevar aparejados instrumentos ágiles de inspección y evaluación periódicas y la posibilidad de la rescisión automática de los conciertos por incumplimiento de los términos del mismo.

Las Comunidades Autónomas establecerán el reconocimiento de empresa o entidad validada para prestar servicios concertados. Las condiciones mínimas de esa validación y la fijación de unos estándares de calidad básicos, deberán acordarse en la Conferencia Sectorial de Asuntos Sociales.

#### 11. ELABORACIÓN DE UN CALENDARIO DE APLICACIÓN DEL NUEVO SISTEMA DE ATENCIÓN Y DE LAS PRIORIDADES

En función de la financiación disponible y de los recursos sociales y sociosanitarios realmente existentes, se establecerá un calendario de entrada en vigor del disfrute del derecho, así como los colectivos prioritarios. Este calendario se extenderá a la actual y próxima legislatura.

Las actuales limitaciones en la oferta pública y privada de servicios, y la propia dinámica de puesta en marcha de un nuevo sistema público de atención, requerirá una



entrada escalonada de beneficiarios en el sistema, que podría ser del siguiente tenor:

De este modo, en el primer año de vigencia, se extendería, como mínimo, a todas las personas con dependencia total que vivieran solas, y en los años sucesivos, se iría ampliando la atención hasta alcanzar, en un plazo de cuatro años, a todas las personas con dependencia total y a las personas con dependencia severa que vivieran solas.

## 12. SISTEMA TRANSITORIO DE FINANCIACIÓN

Mientras se adecúan las posibilidades de financiación de las comunidades autónomas y corporaciones locales, la parte sustancial de la atención a la dependencia, correrá a cargo de una parte de las cuotas que actualmente genera el superávit de la Seguridad Social y de otras aportaciones fiscales del Estado. Se establecerá un horizonte temporal para implantar el modelo de financiación definitivo, de carácter tripartito y de procedencia básicamente fiscal, que no conllevará aumento de las cotizaciones sociales.

En el período transitorio de financiación, las aportaciones fiscales deberían cubrir una parte reducida de los gastos de la atención, tales como la parte correspondiente al copago de las personas que no pudieran hacerlo o lo hicieran de forma limitada.

## 13. EL NUEVO MODELO DE ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA SE ARTICULARÁ A TRAVÉS DE UNA LEY ESTATAL CON CARÁCTER DE BÁSICA, EN EL MARCO DEL DESARROLLO DE LA SEGURIDAD SOCIAL.

Dada la trascendencia y complejidad del establecimiento de este nuevo ámbito de protección social, sería muy conveniente contar con el máximo consenso político de los grupos parlamentarios y el respaldo del Consejo Interterritorial de Salud y de la Conferencia Sectorial de Asuntos Sociales

## 14. EN FUNCIÓN DEL CARÁCTER DE PRESTACIÓN DE LA SEGURIDAD SOCIAL...

se articularán formas de participación institucional (del control y seguimiento de la gestión de la atención a la dependencia) de los agentes sociales, tanto en el ámbito estatal como en el de cada una de las Comunidades Autónomas.

Estamos, pues, en un momento crucial para afrontar la puesta en marcha de la Ley y de un Servicio Nacional de Atención a la Dependencia. Por ello, las organizaciones sindicales hemos incluido esta materia en el proceso abierto el 7

de julio de 2004 con patronal y gobierno del Diálogo Social, situándola a la misma altura e importancia de otras de tanto calado sindical como la competitividad de nuestra economía o la estabilidad en el empleo. Para nosotros, la atención a las situaciones de dependida es una cuestión de justicia y cohesión social ineludible.

En función de la financiación disponible y de los recursos sociales y sociosanitarios realmente existentes, se establecerá un calendario de entrada en vigor del disfrute del derecho, así como los colectivos prioritarios

## Tribuna de opinión

# LA EDAD NO ES SINÓNIMO DE DEPENDENCIA. SE PUEDE LLEGAR A EDADES AVANZADAS SIN SER DEPENDIENTE

**Javier Gómez Pavón**

Secretario General de la SEGG

**E**l consejo de Europa ha definido la dependencia como “la necesidad de ayuda o de asistencia importante para las actividades de la vida cotidiana”, o de otra manera, como “un estado en el que se encuentran las personas que por razones ligadas a la falta o la pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual, tienen necesidad de asistencia y/o ayudas importantes a fin de realizar los actos corrientes de la vida diaria y, de modo particular los referentes al cuidado personal.”

Los datos hasta ahora, nos muestran que existe una estrecha relación entre dependencia y edad, pues el porcentaje de personas dependientes aumenta de forma considerable conforme aumenta la edad. La dependencia por su parte trae consigo un mayor gasto tanto sanitario como social. Sanitario ya que la dependencia se asocia

directamente con mayor riesgo de enfermar y de morir. Social porque la dependencia es el principal riesgo de institucionalización, y la institucionalización, es decir el ingreso en residencia, es la variable de mayor gasto social. Por todo ello cuando se pregunta directamente a la persona mayor que es lo que más le preocupa, siempre la contestación es la misma: el ser dependiente, es decir la salud para lograr ser independientes. Igualmente la segunda preocupación es la pensión, variable unida también a salud, ya que la pobreza siempre va unida a mayor dependencia.

Sin embargo hay algunas connotaciones en el debate abierto social y político de la dependencia que nos preocupan. Por ejemplo:

- Mostrar la dependencia como una consecuencia inevitable por la alta edad.
- Insistir mucho en su atención y poco en su prevención.

- Hacer más énfasis en las responsabilidades individuales y familiares y menos en las competencias públicas.

- Creer que la atención a la dependencia puede ser un campo importante de negocio y riqueza, a la vez que uno de los mayores “yacimientos de empleo”.

- Proponer la prolongación de la vida laboral y los seguros privados a la dependencia, como la solución al problema.

- Transmitir a la opinión pública la carga fiscal que podría suponer el garantizar por Ley unos mínimos de atención, con todo lo que eso supone de imagen negativa de la vejez.

La edad no es sinónimo de dependencia. Se puede llegar a edades avanzadas sin ser dependiente. Las altas tasas de dependencia en las personas mayores que estamos viviendo en España, no tienen porque mantenerse,



pueden y deben disminuirse. Es posible, la evidencia científica así lo demuestra. Es posible disminuir de forma significativa la incidencia, la prevalencia y la intensidad de la dependencia. Para ello es preciso actuar simultáneamente a tres niveles.

### 1. PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD

La práctica regular de ejercicio físico es el aspecto más importante. Existe una forma posible de practicarlo para cada persona y cada edad. Es el principal factor de riesgo de dependencia modificable. Se ha estimado que su no práctica constituye un riesgo tan importante como el tabaquismo o la hipertensión arterial mal controlada. Otros aspectos muy importantes en este apartado son la dieta adecuada y el peso correcto, el consumo moderado de alcohol, evitar el consumo de tabaco, no consumir excesivos medicamentos y unas relaciones sociales adecuadas.

### 2. PREVENCIÓN Y CONTROL DE ENFERMEDADES CRÓNICAS

Para poder potenciar y aplicar este apartado y el anterior no son necesarios recursos nuevos. Sería suficiente con una reorientación de los objetivos y las prioridades en el campo sanitario. Ello conllevaría a potenciar la formación en los problemas de

Cuando la dependencia aparece es necesario cuidar de esa dependencia, para darle una buena calidad de vida, y para evitar que siga aumentando. Para ello es necesario que sus necesidades estén cubiertas por las administraciones

salud más prevalentes y a actitudes más gerontofílicas. Así, por ejemplo, no veríamos tantas embolias cerebrales en pacientes con fibrilación auricular crónica, y sin tratamiento anticoagulante por el temor a una hemorragia por su avanzada edad, cuando es precisamente la superación de los 75 años un criterio favorecedor de anticoagulación.

### 3. SERVICIOS SANITARIOS EFICIENTES PARA LOS ANCIANOS

La fase aguda de las enfermedades es el periodo de mayor riesgo para que una dependencia se produzca, al igual que lo es de mayor rendimiento para poder evitarla. Esto es tanto más cierto cuanto más frágil es la persona mayor, más anciana, más desprotegida, es decir, más población diana de la atención geriátrica. Los equipos que nos dedicamos a la práctica de la geriatría, estamos acostumbrados a ver cómo los pacientes geriátricos son dados de alta de los hospitales, con una recuperación parcial o total de la independencia perdida durante el proceso agudo de su enfermedad. Otros dicen que no se benefician de la hospitalización, porque les produce más secuelas y dependencia, por lo que sugieren que a partir de cierta edad se limite su ingreso en los hospitales generales.

La Geriatría y la Gerontología respondemos, y demostramos con la evidencia de la ciencia y de los hechos, que el mayor riesgo de la hospitalización de los pacientes geriátricos es su no-hospitalización; después, su hospitalización inadecuada: en servicios o unidades no especializadas en geriatría, no adecuadamente preparadas para sus necesidades. Un paciente mayor de 80 años que ingresa en las unidades de medicina tradicional tiene más riesgo de

dependencia, de mortalidad y de ingreso en una residencia que si ingresa en una unidad de especializada de geriatría.

Es necesario que España afronte el reto como otros países de nuestro entorno, de que el 100% de los hospitales dispongan de geriatría y de profesionales especializados en la atención de los muy ancianos. Nadie pone en duda la pediatría en los hospitales, siendo obligado a su existencia en todos los hospitales. ¿porqué no ocurre lo mismo con la geriatría?. Los muy ancianos (mayores de 80 años) tienen una forma y una respuesta a la enfermedad muy diferente al resto de la población. Sin embargo la realidad española es que solo el 32% de los hospitales tienen geriatría. Las administraciones públicas se

movilizan por demandas políticas y sociales. Las asociaciones de mayores tienen cada vez mayor protagonismo político y social. ¡Movilicense, de ustedes, las personas mayores, depende que los gobiernos se preocupen, no solo de viajes desde luego con gran importancia social, sino de que les correspondan hospitales eficientes para atender a las personas mayores.

Cuando la dependencia aparece es necesario cuidar de esa dependencia, para darle una buena calidad de vida, y para evitar que dicha dependencia siga aumentando. Para ello es necesario que sus necesidades sociales de cuidados (aseo, alimentación, limpieza de domicilio, ...) estén cubiertas por ley por las administraciones públicas (estado, autonomías, y ayunta-

mientos). Es necesario una cobertura social adecuada y equitativa en todo el estado español, que no haya comunidades o ayuntamientos ricos y pobres. Dicha cobertura debe de facilitar la permanencia de la persona mayor dependiente en el domicilio (telealarma, ayuda domiciliaria,...), facilitando el apoyo familiar cuando este existe (ayudas económicas, centros de día). Cuando no sea posible mantenerse en el domicilio es necesario garantizar una plaza residencial adecuada al nivel de dependencia. Plazas residenciales que deben de cumplir con máximos de calidad asistencial, con formación específica de todos sus profesionales en el ámbito de la geriatría y la gerontología, y con un control exhaustivo por parte de las administraciones, que deben de controlar tanto las pla-



## Tribuna de opinión

# LA EDAD NO ES SINÓNIMO DE DEPENDENCIA. SE PUEDE LLEGAR A EDADES AVANZADAS SIN SER DEPENDIENTE

**Javier Gómez Pavón**

Secretario General de la SEGG

**E**l consejo de Europa ha definido la dependencia como “la necesidad de ayuda o de asistencia importante para las actividades de la vida cotidiana”, o de otra manera, como “un estado en el que se encuentran las personas que por razones ligadas a la falta o la pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual, tienen necesidad de asistencia y/o ayudas importantes a fin de realizar los actos corrientes de la vida diaria y, de modo particular los referentes al cuidado personal.”

Los datos hasta ahora, nos muestran que existe una estrecha relación entre dependencia y edad, pues el porcentaje de personas dependientes aumenta de forma considerable conforme aumenta la edad. La dependencia por su parte trae consigo un mayor gasto tanto sanitario como social. Sanitario ya que la dependencia se asocia

directamente con mayor riesgo de enfermar y de morir. Social porque la dependencia es el principal riesgo de institucionalización, y la institucionalización, es decir el ingreso en residencia, es la variable de mayor gasto social. Por todo ello cuando se pregunta directamente a la persona mayor que es lo que más le preocupa, siempre la contestación es la misma: el ser dependiente, es decir la salud para lograr ser independientes. Igualmente la segunda preocupación es la pensión, variable unida también a salud, ya que la pobreza siempre va unida a mayor dependencia.

Sin embargo hay algunas connotaciones en el debate abierto social y político de la dependencia que nos preocupan. Por ejemplo:

- Mostrar la dependencia como una consecuencia inevitable por la alta edad.
- Insistir mucho en su atención y poco en su prevención.

- Hacer más énfasis en las responsabilidades individuales y familiares y menos en las competencias públicas.

- Creer que la atención a la dependencia puede ser un campo importante de negocio y riqueza, a la vez que uno de los mayores “yacimientos de empleo”.

- Proponer la prolongación de la vida laboral y los seguros privados a la dependencia, como la solución al problema.

- Transmitir a la opinión pública la carga fiscal que podría suponer el garantizar por Ley unos mínimos de atención, con todo lo que eso supone de imagen negativa de la vejez.

La edad no es sinónimo de dependencia. Se puede llegar a edades avanzadas sin ser dependiente. Las altas tasas de dependencia en las personas mayores que estamos viviendo en España, no tienen porque mantenerse,

pueden y deben disminuirse. Es posible, la evidencia científica así lo demuestra. Es posible disminuir de forma significativa la incidencia, la prevalencia y la intensidad de la dependencia. Para ello es preciso actuar simultáneamente a tres niveles.

### 1. PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD

La práctica regular de ejercicio físico es el aspecto más importante. Existe una forma posible de practicarlo para cada persona y cada edad. Es el principal factor de riesgo de dependencia modificable. Se ha estimado que su no práctica constituye un riesgo tan importante como el tabaquismo o la hipertensión arterial mal controlada. Otros aspectos muy importantes en este apartado son la dieta adecuada y el peso correcto, el consumo moderado de alcohol, evitar el consumo de tabaco, no consumir excesivos medicamentos y unas relaciones sociales adecuadas.

### 2. PREVENCIÓN Y CONTROL DE ENFERMEDADES CRÓNICAS

Para poder potenciar y aplicar este apartado y el anterior no son necesarios recursos nuevos. Sería suficiente con una reorientación de los objetivos y las prioridades en el campo sanitario. Ello conllevaría a potenciar la formación en los problemas de

Cuando la dependencia aparece es necesario cuidar de esa dependencia, para darle una buena calidad de vida, y para evitar que siga aumentando. Para ello es necesario que sus necesidades estén cubiertas por las administraciones

salud más prevalentes y a actitudes más gerontofílicas. Así, por ejemplo, no veríamos tantas embolias cerebrales en pacientes con fibrilación auricular crónica, y sin tratamiento anticoagulante por el temor a una hemorragia por su avanzada edad, cuando es precisamente la superación de los 75 años un criterio favorecedor de anticoagulación.

### 3. SERVICIOS SANITARIOS EFICIENTES PARA LOS ANCIANOS

La fase aguda de las enfermedades es el periodo de mayor riesgo para que una dependencia se produzca, al igual que lo es de mayor rendimiento para poder evitarla. Esto es tanto más cierto cuanto más frágil es la persona mayor, más anciana, más desprotegida, es decir, más población diana de la atención geriátrica. Los equipos que nos dedicamos a la práctica de la geriatría, estamos acostumbrados a ver cómo los pacientes geriátricos son dados de alta de los hospitales, con una recuperación parcial o total de la independencia perdida durante el proceso agudo de su enfermedad. Otros dicen que no se benefician de la hospitalización, porque les produce más secuelas y dependencia, por lo que sugieren que a partir de cierta edad se limite su ingreso en los hospitales generales.

La Geriatría y la Gerontología respondemos, y demostramos con la evidencia de la ciencia y de los hechos, que el mayor riesgo de la hospitalización de los pacientes geriátricos es su no-hospitalización; después, su hospitalización inadecuada: en servicios o unidades no especializadas en geriatría, no adecuadamente preparadas para sus necesidades. Un paciente mayor de 80 años que ingresa en las unidades de medicina tradicional tiene más riesgo de

dependencia, de mortalidad y de ingreso en una residencia que si ingresa en una unidad de especializada de geriatría.

Es necesario que España afronte el reto como otros países de nuestro entorno, de que el 100% de los hospitales dispongan de geriatría y de profesionales especializados en la atención de los muy ancianos. Nadie pone en duda la pediatría en los hospitales, siendo obligado a su existencia en todos los hospitales. ¿porqué no ocurre lo mismo con la geriatría?. Los muy ancianos (mayores de 80 años) tienen una forma y una respuesta a la enfermedad muy diferente al resto de la población. Sin embargo la realidad española es que solo el 32% de los hospitales tienen geriatría. Las administraciones públicas se

movilizan por demandas políticas y sociales. Las asociaciones de mayores tienen cada vez mayor protagonismo político y social. ¡Movilícense, de ustedes, las personas mayores, depende que los gobiernos se preocupen, no solo de viajes desde luego con gran importancia social, sino de que les correspondan hospitales eficientes para atender a las personas mayores.

Cuando la dependencia aparece es necesario cuidar de esa dependencia, para darle una buena calidad de vida, y para evitar que dicha dependencia siga aumentando. Para ello es necesario que sus necesidades sociales de cuidados (aseo, alimentación, limpieza de domicilio, ...) estén cubiertas por ley por las administraciones públicas (estado, autonomías, y ayunta-

mientos). Es necesario una cobertura social adecuada y equitativa en todo el estado español, que no haya comunidades o ayuntamientos ricos y pobres. Dicha cobertura debe de facilitar la permanencia de la persona mayor dependiente en el domicilio (telealarma, ayuda domiciliaria,...), facilitando el apoyo familiar cuando este existe (ayudas económicas, centros de día). Cuando no sea posible mantenerse en el domicilio es necesario garantizar una plaza residencial adecuada al nivel de dependencia. Plazas residenciales que deben de cumplir con máximos de calidad asistencial, con formación específica de todos sus profesionales en el ámbito de la geriatría y la gerontología, y con un control exhaustivo por parte de las administraciones, que deben de controlar tanto las pla-



zas residenciales públicas como las privadas.

Sin embargo el panorama español de atención de las necesidades sociales es muy desigual entre las diferentes comunidades autónomas. Pero sobre todo es insuficiente y muy por debajo de la media europea. España es uno de los países de menor cobertura de asistencia domiciliaria, y con un número inferior a la media europea recomendada de plazas residenciales, sin exigir formación específica para sus profesionales, y con sueldos mínimos, a los de cualquier otro profesional de igual categoría en otra profesión diferente. Esto lleva a que la atención social del anciano, sea algo casi altruista, voluntario, ...

Por ello siempre es positivo todos los intentos por intentar mejorar la situación. Por ello la ley de dependencia, ahora llamada de autonomía personal (aunque todavía quizás la vuelvan a cambiar) pretende paliar este problema.

No obstante ya parte de premisas falsas, como que la atención de la dependencia es algo puramente social, por lo que la ley solo debe de recoger aspectos sociales. La dependencia es siempre un aspecto social y sanitario. Y sanidad debe de hacerse cargo de la atención a la dependencia, sino la ley ya estará viciada y no será del todo eficiente. Sanidad debe de ir unida a la atención social, en

todo lo referente del cuidado de la dependencia.

La Sociedad Española de Geriatria y Gerontología ha realizado a petición expresa del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, un informe de análisis y evaluación de la red de servicios sanitarios en relación con la dependencia: programas de prevención, atención domiciliaria y hospitalización. Dicho informe, forma parte de la documentación anexa entregada al parlamento español junto al libro blanco de la dependencia. Está integro a libre disposición en nuestra página web ([www.segg.es](http://www.segg.es)), dentro del apartado guías-recomendaciones, subapartado documentos de la SEGG. En dicho informe se detallan las recomendaciones y propuestas de la SEGG para la mejora de la atención sanitaria a las personas mayores que se resumen en las siguientes:

1. Promover programas comunitarios y de envejecimiento saludable.
2. Potenciar programas de atención domiciliaria.
3. Desarrollo de centros diurnos.
4. Potenciar la cobertura sanitaria de las residencias asistidas.
5. Generalizar la cobertura geriátrica especializada en los hospitales generales.

6. Garantizar el acceso a unidades de media estancia o convalecencia.

7. Desarrollo de suficientes camas de larga estancia.

8. Potenciar la coordinación sociosanitaria.

9. Implantar controles de calidad específicos de prevención y atención a la dependencia.

Dicen los ancianos en las encuestas que es la dependencia y el sufrimiento lo que más les preocupa si siguen viviendo más años. Que ambas cosas son la base para poder tener una adecuada calidad de vida. Minimizar ambos aspectos es una asignatura pendiente.

Quizás la más importante. La cobertura de las personas ancianas dependientes, de las personas vulnerables, son indicadores del grado de interés de organizaciones y sociedades por la dignidad de las personas más desprotegidas.

Dicen los ancianos en las encuestas que es la dependencia y el sufrimiento lo que más les preocupa si siguen viviendo más años. Que ambas cosas son la base para poder tener una adecuada calidad de vida. Minimizar ambos aspectos en el campo de la salud es una asignatura pendiente. Quizás la más importante de la sanidad española.

## Tribuna de opinión

# HACIA UN SISTEMA NACIONAL PARA LA AUTONOMIA PERSONAL

**Mario García Sánchez**

Presidente del CERMI Estatal

**Comprobación de un hecho: la atención a las llamadas situaciones de “dependencia” es el gran asunto de la política social de los próximos años y de la respuesta que demos a ese desafío dependerá la calidad, la equidad y la viabilidad de nuestro sistema de protección social.**

**E**s preciso abordar un aspecto que puede parecer de menor cuantía, o una mera sutileza, o una cuestión puramente terminológica, pero que tiene su relevancia, pues las palabras denotan mentalidades y realidades.

El movimiento asociativo de personas con discapacidad y sus familias aspira a establecer las condiciones necesarias para que los ciudadanos con discapacidad puedan llevar una vida plenamente participativa en la comunidad en la que están inmersos, en igualdad de derechos y deberes, sin verse sometidos a las exclusiones, restricciones y discriminaciones que históricamente, por razón de su discapacidad, se han visto sometidos. Las

personas con discapacidad deseamos llevar una vida independiente, inclusiva, de completa participación comunitaria.

En este contexto, el término “dependencia” resulta ingrato, pues pone el énfasis en el aspecto, negativo, en la limitación; acentúa la visión más tradicional de la discapacidad, que hace girar el peso conceptual sobre el déficit, sobre las menores posibilidades de la persona que presenta una discapacidad. Por esta razón, el movimiento asociativo propugna un cambio de terminología para referirse a lo que se llama “dependencia”.

No es cuestión sólo española; Francia, nuestro país vecino, acaba de crear en virtud de la Ley de 11 de febrero de 2005 un sistema de atención a las personas con nece-

sidades generalizadas de apoyos, al que ha llamado Caja Nacional de Solidaridad para la Autonomía. Bien, esa denominación, que pivota sobre la idea de autonomía de las personas, no sobre su dependencia, es indicio de esta preocupación por evitar palabras que lejos de ser neutras imponen o remachan una mentalidad recibida.

Pues bien, desde el movimiento asociativo llamamos la atención sobre esta cuestión, y planteamos la conveniencia de referirnos a esta realidad social con otro nombre, que significará también abordarla con otra visión: apoyos a la vida participativa o independiente, sistema nacional para la autonomía personal, etc. El debate queda abierto.

Las personas con discapacidad son uno de los grupos sociales

## Tribuna de opinión

# HACIA UN SISTEMA NACIONAL PARA LA AUTONOMIA PERSONAL

**Mario García Sánchez**

Presidente del CERMI Estatal

**Comprobación de un hecho: la atención a las llamadas situaciones de “dependencia” es el gran asunto de la política social de los próximos años y de la respuesta que demos a ese desafío dependerá la calidad, la equidad y la viabilidad de nuestro sistema de protección social.**

**E**s preciso abordar un aspecto que puede parecer de menor cuantía, o una mera sutileza, o una cuestión puramente terminológica, pero que tiene su relevancia, pues las palabras denotan mentalidades y realidades.

El movimiento asociativo de personas con discapacidad y sus familias aspira a establecer las condiciones necesarias para que los ciudadanos con discapacidad puedan llevar una vida plenamente participativa en la comunidad en la que están inmersos, en igualdad de derechos y deberes, sin verse sometidos a las exclusiones, restricciones y discriminaciones que históricamente, por razón de su discapacidad, se han visto sometidos. Las

personas con discapacidad deseamos llevar una vida independiente, inclusiva, de completa participación comunitaria.

En este contexto, el término “dependencia” resulta ingrato, pues pone el énfasis en el aspecto, negativo, en la limitación; acentúa la visión más tradicional de la discapacidad, que hace girar el peso conceptual sobre el déficit, sobre las menores posibilidades de la persona que presenta una discapacidad. Por esta razón, el movimiento asociativo propugna un cambio de terminología para referirse a lo que se llama “dependencia”.

No es cuestión sólo española; Francia, nuestro país vecino, acaba de crear en virtud de la Ley de 11 de febrero de 2005 un sistema de atención a las personas con nece-

sidades generalizadas de apoyos, al que ha llamado Caja Nacional de Solidaridad para la Autonomía. Bien, esa denominación, que pivota sobre la idea de autonomía de las personas, no sobre su dependencia, es indicio de esta preocupación por evitar palabras que lejos de ser neutras imponen o remachan una mentalidad recibida.

Pues bien, desde el movimiento asociativo llamamos la atención sobre esta cuestión, y planteamos la conveniencia de referirnos a esta realidad social con otro nombre, que significará también abordarla con otra visión: apoyos a la vida participativa o independiente, sistema nacional para la autonomía personal, etc. El debate queda abierto.

Las personas con discapacidad son uno de los grupos sociales

más directamente concernidos por lo que se haga en esta materia; que no debe ligarse ni enfocarse unilateral y exclusivamente desde la perspectiva del envejecimiento de la población o de las personas mayores.

### ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA

La atención a la “dependencia” es una expresión más de las políticas sociales y del sistema de protección social, por lo que ha de incardinarse equilibrada y armónicamente en el Sistema de Seguridad Social, a través de los dispositivos ya existentes de:

- Prestaciones Económicas.
- Prestaciones Sanitarias.
- Prestaciones de Servicios Sociales.

La política de protección social, a su vez, ha de estar en relación con el resto de políticas, que deben tender a favorecer la plena participación, la autonomía y la vida independiente de todas las personas, incluidas las personas con discapacidad y las personas mayores.

Las situaciones de dependencia en amplios grupos de población no están originadas únicamente por la concurrencia de una deficiencia que a su vez genera una discapacidad, que impide a la per-

## Las políticas activas de inclusión, las políticas de salud y de servicios sociales, deben estar orientados a prevenir o atenuar los efectos de las situaciones de hecho que generan dependencia en determinados grupos de personas

sona atender por sí misma a los actos esenciales de su vida diaria; los entornos, las actitudes, los procesos –si no están concebidos en clave de accesibilidad universal, diseño para todos, fomento de la plena participación y de la vida lo

más independiente posible– contribuyen decisivamente a producir personas en situación de dependencia o a hacer más severos los grados de dependencia debidos a una deficiencia.

Desde esta perspectiva, las políticas activas de inclusión, las políticas de salud y de servicios sociales, deben estar orientadas a prevenir o atenuar los efectos de las situaciones de hecho que generan dependencia en determinados grupos de personas.

Por ejemplo, las políticas de salud, en España, tienden más al tratamiento de la enfermedad o de la patología, que a la prevención; más a la intervención de choque puramente sanitaria que al mantenimiento, la rehabilitación y la recuperación, en su caso. Las políticas de servicios sociales no son todavía lo suficientemente activas y activadoras por lo que a veces generan actitudes de pasividad y por tanto espirales de dependencia.

### SISTEMA UNIVERSAL

Las personas en situación de dependencia son personas especialmente vulnerables respecto del respeto y la protección de los derechos de los que es titular cualquier persona. Está comprobado que las personas en situación de dependencia institucionalizadas corren más riesgo de ver violados sus derechos humanos. Ésta es

## El sistema que se establezca ha de ser un sistema abierto y participativo en cuya dirección y gestión se tenga presente a las organizaciones de personas con discapacidad

una materia especialmente sensible a la que habrá que prestar una atención preferente, pues dependencia no puede significar nunca indefensión o vulneración de derechos. La regulación de esta realidad debe venir acompañada de una regulación de los derechos de las personas en situación de dependencia, especialmente, de aquéllas que estén institucionalizadas, con mecanismos de protección pronto y eficaces.

A juicio del sector de la discapacidad, el sistema para la autonomía personal que se establezca en España, deberá ser un sistema de

base pública, de carácter universal, y de derechos exigibles y con unos mínimos iguales (equidad territorial) para todos los territorios del Estado. A partir de ahí, podrán arbitrarse fórmulas complementarias privadas o decidirse acerca de cuál es el mejor sistema de gestión (público, mixto, papel de la iniciativa social, etc.).

Los contenidos de la atención a estas situaciones no pueden reducirse a fórmulas de cuño tradicional, sino que deben incorporar prestaciones y apoyos innovadores, como las ayudas técnicas o las tecnologías de apoyo, los asistentes personales, y las ayudas para hacer accesibles los entornos de las personas en situación de dependencia. Estas prestaciones deben poner el acento en favorecer la autonomía y el mayor grado de vida independiente de la persona.

Los efectos en materia de generación de empleo y mejora de la cualificación y de la empleabilidad de importantes grupos de personas que pueda determinar la regulación de la dependencia en España deben apreciarse en las propias personas con discapacidad, como medio de inserción profesional, ya que éstas sufren tasas de inactividad y desempleo muy superiores a los de la población general. Para estas personas, la regulación de la atención a la dependencia debe ser una oportunidad en términos de empleo y participación económica.

### CONSENSO SOCIAL Y POLÍTICO

Se ha de establecer un dispositivo ágil y fiable de indicadores de calidad de los procesos y servicios, que midan el grado de eficacia, eficiencia y grado de satisfacción del futuro sistema de atención a la dependencia.

Las familias desempeñan una función esencial en la garantía de unos mínimos de bienestar y cohesión social en nuestras comunidades, siendo hasta hace muy poco el núcleo duro de la atención a la dependencia.

Ha de reforzarse la posición de las familias con una política familiar intensa de la que hemos carecido en buena medida.

El sistema que se establezca ha de ser un sistema abierto y participativo en cuya dirección y gestión se tenga presente a las organizaciones de personas con discapacidad y de mayores.

La regulación de la atención a las necesidades generalizadas de apoyo ha de basarse en una gran Pacto de Estado, fruto del consenso social y político, suscrito por todas las instancias interesadas: (Administraciones Públicas, partidos políticos, agentes sociales, organizaciones de personas con discapacidad y sus familias, organizaciones de mayores, etc.).



## Tribuna de opinión

# EMPRESARIOS Y LEY DE DEPENDENCIA

**Pilar Iglesias**

Miembro del Departamento de Relaciones Laborales de CEOE

**P**ara acercarnos correctamente al análisis y al debate sobre la protección social de la situación de dependencia, se debe partir de una definición aceptada y generalizada del término "dependencia". En este sentido hay que recordar que el Consejo de Europa, en 1998 acuñó lo siguiente: "Es dependiente la persona que por razones ligadas a la falta o a la pérdida de capacidad física, psíquica o intelectual, tiene necesidad de una asistencia y/o ayuda importante para la realización de las actividades de la vida diaria". Se trata de un concepto amplio en el que tendrían cabida desde una persona convaleciente de enfermedad o accidente, una persona con discapacidades físicas o psíquicas, hasta una persona de edad avanzada que no puede valerse por sí misma.

Nuestro sistema de protección social ya contempla un conjunto de

prestaciones destinadas a la atención de los asuntos de dependencia señaladas. Pero, una serie de circunstancias socio-demográficas, fundamentalmente, parecen apuntar a que determinadas necesidades de protección se verán incrementadas a medio y largo plazo.

¿A qué se refieren esas circunstancias? Sin ánimo de ser exhaustivo citaré como ejemplos, el envejecimiento de la población y los cambios en la pirámide de población. Recordemos que alrededor del 80% de las situaciones de dependencia se producen entre los mayores de 65 años.

Para el año 2026, las proyecciones demográficas estiman una población mayor de 65 años en torno a 8,6 millones de personas, (con un crecimiento global entre el 2001-2026 del 36,2%). Las estimaciones sobre el número de personas dependientes nos dan una cifra en esa fecha cercana a 1,5 millones. Por su parte, los cuidados "formales" integrados por

el conjunto de servicios provistos por entidades y organizaciones, tanto públicas como privadas, con y sin ánimo de lucro, y por personas que trabajan por su cuenta, de manera remunerada para cubrir las necesidades de los mayores dependientes, en su hogar o en otro ámbito, atienden aproximadamente a un porcentaje en torno al 27% de las necesidades.

La oferta formal de cuidados se integra fundamentalmente por los servicios de ayuda a domicilio, teleasistencia, plazas de estancia diurna y centros residenciales, de provisión pública y privada. Esta oferta formal presenta algunas características como las diferencias en las condiciones de acceso a los servicios, en los diferentes servicios que se prestan en las Comunidades Autónomas, la inadecuación en estructura y tamaño de algunos de estos servicios a la demanda existente, la participación mayoritaria de las Entidades Locales en la financiación de servicios de atención domiciliaria, etc.....

En términos generales, y según el Libro Blanco sobre la atención de las personas en situación de dependencia (IMSERSO), la oferta es manifiestamente insuficiente, tanto para las necesidades actuales como para las que previsiblemente se demanden en el futuro. En el ámbito de la Declaración de Diálogo Social, suscrita por el gobierno, las organizaciones sindicales, CEOE y CEPYME en julio de 2004, se introdujo entre las materias a abordar la protección de la dependencia. Como consecuencia de ellos ya se ha constituido una Mesa específica y un grupo técnico de trabajo vinculada a la misma.

La Mesa de Diálogo Social no debe perder de vista aspectos tan nítidos como que la situación de dependencia va vinculada al estado de la salud, capacidad y movilidad de las personas, sin que, con carácter general, venga determinada por la situación profesional de las mismas. Cuando deriva de una contingencia profesional, el marco de protección y atención integral existe ya en el sistema de Seguridad Social. Por lo tanto, lo adecuado es considerar que estamos ante una prestación de naturaleza no contributiva, para todos los ciudadanos, financiada con impuestos.

Esta financiación vía impuestos debería contemplar la participación de las Administraciones Autonómicas, Locales, y la Admi-

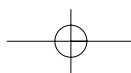
nistración General del Estado, así como de los propios beneficiarios de la prestación a través de la articulación del correspondiente sistema de copago, modulado en función de las posibilidades económicas. Con base en la definición o concepto anterior, deberá determinarse o estimarse la población a proteger, a través de proyecciones en un plazo temporal razonable, ya que el ámbito subjetivo se proyecta sobre los servicios a prestar y los costes económicos de la protección.

En cuanto al contenido de la protección hay que considerar que básicamente la situación de dependencia conlleva demandas de prestaciones de naturaleza económica, sanitaria y sociales: Las prestacio-

nes de naturaleza económica se vinculan a las pensiones (contributivas y no contributivas), y otro tipo de subsidios que guardan relación con la discapacidad o minusvalía. En principio, no parece necesario plantear prestaciones económicas sustitutivas de rentas salariales con carácter adicional a las ya existentes.

Las prestaciones sanitarias vienen otorgándose en el contexto general de la prestación de asistencia sanitaria del Sistema Nacional de Salud, que es una prestación del Sistema de Seguridad Social. Será necesario realizar un análisis específico en materia de coordinación sociosanitaria, tanto para evitar duplicidades como para subsanar las deficien-





cias. Quizás resulte oportuno determinar cuantitativamente, y desde el punto de vista del coste económico, aquellas situaciones de dependencia que conllevan costes diferenciales por razón de gravedad de las patologías (pacientes con la enfermedad de alzheimer y otros procesos y patologías crónicas de elevado coste).

Las prestaciones sociales básicamente consisten en los cuidados personales a las personas dependientes y constituirían el núcleo esencial de la cobertura de la dependencia, en relación a la situación actualmente vigente. En función del grado de dependencia que se considere caben situaciones distintas. Por un lado, las personas dependientes que requieren atención en residencias específicas, y por otro lado las personas dependientes que requieren atención en sus hogares (ayuda a domicilio).

Ambas situaciones se vienen atendiendo ya en la actualidad, tanto a través de los cuidados informales como de los cuidados formales, gestionando éstos últimos las Comunidades Autónomas y las Corporaciones Locales en el marco regulado por las diferentes Leyes de Servicios Sociales de las Comunidades Autónomas.

Con carácter general tanto el ingreso en las residencias de mayores, (propias o concertadas),

como la ayuda a domicilio se ofrece por criterios de baremación en los que se valora la situación de salud de la persona dependiente, los recursos económicos y las circunstancias socio-familiares. Por razones de equidad deberá plantearse el marco regulador de carácter básico para España, con las condiciones de acceso, el contenido de las prestaciones (económica o de servicios de atención como residencias, centros de día, teleasistencia, etc.....).

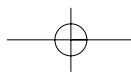
Por lo que se refiere al procedimiento de prestación o provisión de los servicios deberán considerarse los ámbitos de participación del sector público y del sector privado en la prestación de la atención a la dependencia. A la hora de determinar el procedimiento de prestación habría de ser cada persona con derecho a la protección de su situación de dependencia quien optara entre la prestación económica, la percepción del servicio o servicios correspondientes, sean estos públicos o privados, o la suscripción de un seguro de dependencia en cuya formulación viene trabajando desde hace largo tiempo el sector empresarial asegurador.

Junto a estas cuestiones de mayor complejidad, existen otras en el índice de materias que se ha fijado en la Mesa de Diálogo Social que tienen trascendencia, como las relativas a la situación de los cuidadores informales, y a

Las prestaciones sociales básicas consisten en los cuidados personales a las personas dependientes y constituirán el núcleo esencial de la cobertura de la dependencia, con la situación vigente

la formación de estos y de los profesionales que presten los servicios.

Como se ve, la tarea de la Mesa de Diálogo Social además de ser relevante es amplia y compleja. Por ello, las Organizaciones Empresariales estamos aportando nuestro trabajo y colaboración con el máximo interés ya que el fin propuesto, que es la configuración y puesta en marcha de un Sistema Nacional de Atención a la Dependencia, merece todo nuestro esfuerzo.



**Manos  Unidas**



# Gracias

... a todos los que hacen posible  
que el mundo cambie.

**Gracias por colaborar con nosotros**

Telf: 902 40 07 07 - [www.manosunidas.org](http://www.manosunidas.org) - [info@manosunidas.org](mailto:info@manosunidas.org)

# Actúa CONTRA EL CALOR

de la manera más fácil

**BEBE AGUA  
FRECUENTEMENTE**



**REFRÉSCATE**



**PROTÉGETE DEL SOL**



**PERMANECE  
EN LUGARES  
FRESCOS O  
CLIMATIZADOS**



Además, evita las actividades intensas en las horas más calurosas.

Si tienes dudas, estás enfermo o tomas medicamentos, consulta a tu médico.

Cuida que niños, personas mayores y personas enfermas sigan estas normas.

**Naturalmente, protégete. Protégelos.**

Para más información

**900 22 22 99**

Centro de Contacto de Cruz Roja

[www.msc.es](http://www.msc.es)



**POR EL BIENESTAR DE TODOS**