



Madrid, 27 de abril de 2005

**A LAS FEDERACIONES ESTATALES
A LAS UNIONES ESTATALES
A LAS UNIONES DE COMUNIDAD AUTONOMA**

A/A Secretarías Para la Igualdad

Asunto:

- **Documentos sobre la dependencia**

Estimados/as compañeros/as:

Como todos sabéis el pasado día 20 de abril tuvimos una reunión conjunta tanto las Secretarías de Empleo y Protección Social como las Secretarías para la Igualdad. En dicha reunión informamos sobre el proceso de Diálogo Social en relación con la Protección a la Dependencia; así como, los criterios de UGT al respecto. Con el ánimo de que estéis plenamente informados, os adjuntamos los documentos que se aportaron en la reunión junto con un documento posterior sobre las conclusiones que se extrajeron en el debate relativas a la Financiación del Sistema Nacional de Cobertura de la Dependencia.

Desglose de los documentos:

- Criterios básicos de la UGT respecto a la naturaleza de las prestaciones (documento presentado al Gobierno).
- Algunos datos básicos sobre la protección de la personas dependientes.
- Prioridades de UGT en el cuidado de las personas dependientes.
- Resumen del Libro Blanco de la Dependencia.
- Financiación del Sistema de Cobertura de la Dependencia.

Esperando que esta información os sea de utilidad, recibid un cordial saludo,

Por la Comisión Ejecutiva Confederal

**Almudena Fontecha López
Secretaria para la Igualdad**

CRITERIOS BÁSICOS DE LA UGT RESPECTO A LA NATURALEZA DE LAS PRESTACIONES DEL SISTEMA NACIONAL DE DEPENDENCIA

**Documento enviado a la Secretaría de Estado de Servicios Sociales,
Familias y Discapacidad en respuesta al documento guía entregado en
la primera reunión sobre Protección Social de la Dependencia**



12 de Abril de 2005

CRITERIOS BÁSICOS DE LA UGT RESPECTO A LA NATURALEZA DE LAS PRESTACIONES DEL SISTEMA NACIONAL DE DEPENDENCIA

Desde su Congreso Confederal de marzo de 1998 UGT viene demandando una protección específica de las personas dependientes, como derecho subjetivo perfecto. La inacción durante los últimos años hace que el problema de los cuidados de las apersonas dependientes sea hoy más agudo que cuando empezó a manifestarse a principios de los 90. La demanda de cuidados se ha incrementado de forma considerable como consecuencia de varios factores de conocidos y, además, previsibles.

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 prestar esta atención porque se incorporan o quieren incorporarse al mercado de trabajo. 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.

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.

En nuestras resoluciones congresuales, así como seminarios y jornadas técnicas, UGT viene defendiendo un Sistema Nacional de cobertura de la Dependencia con las siguientes características principales:

- La protección a las personas dependientes debe considerarse como un derecho universal y dentro del ámbito de la Seguridad Social, incluido el mutualismo social y administrativo, independientemente de la edad, de los factores o contingencias que hayan originado la dependencia y de la Comunidad Autónoma donde se resida. En definitiva, debe garantizarse el principio constitucional de igualdad.
- A efectos de las prestaciones, estarían comprendidos todos los españoles y extranjeros que residan legalmente en España. El campo de aplicación podría ampliarse a los españoles residentes en el extranjero, siempre que no estén protegidos por la misma contingencia por la legislación del país de residencia.
- El sistema de valoración de la dependencia que se establezca ha de ser común para toda España, independientemente de su gestión por las Comunidades Autónomas.
- Las prestaciones que conceda, que habrán de ser de calidad, y el nivel de protección ha de ser proporcional al nivel de dependencia y a la necesidad de cuidados.
- Los programas de cuidados deben orientarse fundamentalmente a mantener el mayor grado posible de autonomía de las personas y a que los servicios de proximidad y ayuda domiciliaria sean predominantes.
- Ha de contar con financiación suficiente de las tres administraciones (Estado, Comunidades Autónomas y Corporaciones Locales, fundamentalmente de las dos primeras).
- La aportación del usuario en el coste de los servicios ha de mantenerse en parecidos parámetros que en la actualidad, garantizando, en cualquier caso, el acceso a estos servicios a cuantos carezcan de recursos. Si se va a financiar en parte con cotizaciones sociales, la aportación del usuario, el copago, no debe ser excesivo puesto que si no estaría pagando el servicio dos veces: una al cotizar y otra al hacer uso del mismo. Sería recomendable establecer un tope máximo de aportación del usuario según el tipo de cuidados.
- El conjunto de las administraciones públicas ha de comprometerse en alcanzar objetivos ciertos, empezando por cubrir a corto plazo las necesidades de las personas con dependencia grave o severa.
- La oferta de servicios tanto pública como privada (sea con o sin ánimo de lucro) ha de ser de calidad y sometida a evaluación periódica.
- Con el fin de lograr una mayor coordinación entre los sistemas sanitario y de servicios sociales, sería pertinente la articulación de mapas

sociosanitarios que integren los diversos niveles asistenciales y de servicios.

- El modelo de cuidados debe tener en cuenta, cuando menos, ciertas particularidades como, por ejemplo, la atención en el medio rural y la atención a los discapacitados.
- Deben arbitrarse modificaciones legales con el fin de proteger jurídicamente a las personas con necesidades de cuidados regulando los derechos de las personas institucionalizadas.

En lo que se refiere a las prestaciones, es criterio de UGT que estas han de consistir preferentemente en servicios. No ignoramos, sin embargo, que habrá que tener en consideración los deseos de las familias muchas de las cuales seguirán prefiriendo la atención familiar, ni tampoco que en el medio rural las posibilidades de servicios son muy reducidas. En estos u otros supuestos, pueden establecerse prestaciones económicas y/o de otro tipo, como, por ejemplo, el aseguramiento del cuidador a la Seguridad Social y servicios de respiro en los casos de necesidades especiales.

No contemplamos, ni deseamos, la compensación a las familias mediante deducciones fiscales.

A los servicios sociales tradicionales (residencias, centros de día, ayuda a domicilio y teleasistencia, entre otros), UGT ha venido proponiendo que también se proporcionen recursos para conseguir que el domicilio habitual de estas personas reúna las condiciones necesarias de habitabilidad, confort y servicios suficientes que les permita el mayor nivel posible de autonomía personal.

UGT defiende que las administraciones públicas se impliquen más en la puesta en marcha de infraestructuras de servicios sociales por motivos como, entre otros:

- a. Porque es necesario crear una oferta pública de servicios, en primer lugar, para satisfacer la demanda creciente de esos servicios, pues el sector privado sólo acude allí donde es rentable (generalmente grandes núcleos de población).
- b. En segundo lugar, para regular la oferta en el mercado impidiendo tanto la desigualdad en el acceso debido a prácticas abusivas (caso paradigmático, las residencias privadas de ancianos) como la escasa calidad de muchos servicios de gestión privada.

- c. Porque el principal problema de buena parte de los servicios personales privados suele ser la baja calidad asistencial propiciada por la laxitud en la acreditación de los mismos al dar prioridad al precio del servicio y no a la calidad del mismo. Como demuestra tanto la experiencia nacional como internacional, los prestadores de cuidados con fines de lucro operan con mano de obra inexperta y mal pagada, y ejemplo de ello es que un notable número de proveedores ha surgido de empresas de limpieza doméstica.

Asimismo creemos conveniente que se fomente la oferta de servicios desde la iniciativa social sin ánimo de lucro por su mayor sensibilidad hacia esta problemática y porque permitiría crear unos servicios más profesionalizados y especializados.

Independientemente de la forma de financiación que se adopte, consideramos ilógico que se fomente el aseguramiento privado a través de incentivos fiscales lo que supondría que ciertos colectivos, especialmente aquellos de rentas más altas, pudieran escabullirse de la solidaridad social. No nos satisface, en absoluto, un modelo de protección pública de mínimos que se pudiese complementar con el aseguramiento privado mediante incentivos fiscales. Lo que se viene a recomendar para las pensiones privadas debe servir también para esta área de bienestar.

Madrid, 12 abril de 2005.

**ALGUNOS DATOS BÁSICOS SOBRE LA
PROTECCIÓN DE LAS PERSONAS
DEPENDIENTES.**



Abril 2005

ALGUNOS DATOS BÁSICOS

1. ¿Cuántos dependientes hay?.

El número total de personas dependientes en 2005 se estima en **2,8 millones** (en el año 2020 habrán aumentado a 3,5 millones) . De ese número **1.125.190** son los que se protegería, con mayo o menor intensidad dependiendo del grado, a través el sistema nacional de cobertura de la dependencia.

PROYECCIÓN DEL NÚMERO PERSONAS CON DISCAPACIDAD PARA LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA POR GRADOS DE NECESIDAD DE CUIDADOS Y GRANDES GRUPOS DE EDAD. (ESPAÑA, 2005).				
	<i>6 a 64 años</i>	<i>65 a 79 años</i>	<i>80 años y más</i>	<i>Total</i>
Personas dependientes				
3 (Gran Dependencia)	31.174	47.300	116.034	194.508
2 (Dependencia severa)	78.498	110.090	182.015	370.603
1 (Dependencia moderada)	188.967	216.034	155.078	560.080
Total	298.639	373.425	453.126	1.125.190
Personas con necesidad de ayuda para realizar tareas domésticas y/o discapacidad moderada para alguna actividad básica de la vida diaria. (ABVD)				
A (Disc. moderada para alguna ABVD)	291.596	287.765	219.605	798.967
B (Discapacidad para alguna AIVD)	304.400	322.876	231.158	858.433
Total	595.996	610.641	450.763	1.657.400
Total personas con discapacidad para las actividades de la vida diaria				
Total	894.635	984.066	903.889	2.782.590

Fuente: Libro Blanco

PROYECCIÓN DEL NÚMERO PERSONAS CON DISCAPACIDAD PARA LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA POR GRADOS DE NECESIDAD DE CUIDADOS (ESPAÑA, 2005-2020).				
	2005	2010	2015	2020
Personas dependientes				
Grado 3 (Gran dependencia)	194.508	223.457	252.345	277.884
Grado 2 (Dependencia severa)	370.603	420.336	472.461	521.065
Grado 1 (Dependencia moderada)	560.080	602.636	648.442	697.277
Total	1.125.190	1.246.429	1.373.248	1.496.226

Fuente: Libro Blanco

- En **Alemania**, en 2004, había aproximadamente 2 millones de beneficiarios.
- En **Francia** en septiembre de 2004, tres años después de la puesta en marcha del seguro de dependencia para los mayores de 60 años, había 837.000 beneficiarios.

2. Índice de Cobertura de algunos Servicios Sociales para Personas Mayores por CCAA

Según el siguiente cuadro, los usuarios **potenciales** de estos servicios serían unas 680.000 personas, pero esta cifra no presupone que el 9,43% de la población mayor de 65 años tiene sus necesidades cubiertas: por una parte, porque la mayor parte de ellos (salvo las residencias) son servicios de intensidad insuficiente (señaladamente los servicios de atención domiciliaria) y, por otra, algunos son de carácter complementario que se ofertan conjuntamente (p.ejemplo, SAD+Teleasistencia). Hay que señalar, además, que una parte importante de las plazas residenciales privadas, no así las públicas, están sin ocupar debido, fundamentalmente, a sus altos precios. En todo caso, el cuadro es significativo acerca de las enormes diferencias entre Comunidades Autónomas.

Índice de cobertura (por cada 100 personas de 65 o más años) de algunos servicios sociales.2004

	Residencias	Serv. Atención Domicilio	Teleasistencia	Centros Día	Total
Castilla-León	6,12	3,12	2,54	0,35	12,13
Navarra	5,32	3,56	4,68	0,38	13,95
Castilla-La Mancha	5,06	4,87	3,93	0,24	14,09
La Rioja	4,71	3,41	1,25	0,48	9,86
Comunidad de Madrid	4,56	3,37	4,57	0,70	13,20
Aragón	4,46	3,07	2,66	0,34	10,54
Cataluña	4,37	3,87	0,79	0,95	9,98
Asturias	4,06	3,26	1,76	0,37	9,44
Cantabria	4,01	1,92	0,48	0,35	6,77
País Vasco	3,90	1,77	2,26	0,55	8,48
Extremadura	3,68	7,41	1,34	0,44	12,87
Canarias	2,89	2,69	0,62	0,23	6,43
Andalucía	2,84	3,48	1,79	0,33	8,45
Baleares	2,84	2,09	1,89	0,24	7,06
Melilla	2,72	3,15	2,97	0,34	9,18
Comunidad Valenciana	2,52	1,67	1,87	0,25	6,31
Murcia	2,25	1,76	1,35	0,42	5,79
Galicia	2,08	1,91	0,67	0,18	4,84
Ceuta	1,67	3,44	0,43	0,30	5,84
TOTAL	3,78	3,14	2,05	0,46	9,43

Fuente: Libro Blanco

En relación con el SAD, si bien la población cubierta se ha incrementado ligeramente, hay que destacar que en 2004 la intensidad horaria, 16,43 horas al mes, es inferior al existente en 1994 con 22 horas de media. Además, existen unas enormes diferencias en cuanto a intensidad, a coste y distribución por tareas (la mayoría de esas horas se concentran en tareas domésticas en lugar de los cuidados personales); a pesar de la

falta de datos, de las pocas Comunidades que los aportan se deduce que las diferencias son notables:

Servicio de atención a domicilio 2004

	Índice de cobertura población >65	Nº horas de atención al MES por usuario	Precio público en € mensual/usuario	% copago
Extremadura	7,41	22,00	122,32	-
Castilla-La Mancha	4,87	19,24	168,35	-
Cataluña	3,87	14,00	145,88	-
Navarra	3,56	8,76	178,70	5,50
Andalucía	3,48	8,00	88,24	-
Ceuta	3,44	22,00	201,96	0,00
La Rioja	3,41	13,00	122,72	18,42
Comunidad de Madrid	3,37	16,85	186,53	8,94
Asturias	3,26	13,00	135,72	8,00
Melilla	3,15	21,20	383,30	0,00
Castilla-León	3,12	19,00	204,06	11,07
Aragón	3,07	10,00	80,00	15,00
Canarias	2,69	10,00	160,00	-
Baleares	2,09	12,80	107,52	-
Cantabria	1,92	20,53	150,28	-
Galicia	1,91	29,00	220,40	21,00
País Vasco	1,77	25,00	375,25	12,86
Murcia	1,76	17,00	140,93	-
Comunidad Valenciana	1,67	10,82	108,74	-
TOTAL	3,14	16,43	172,68	

Fuente: Libro Blanco

*Algunos ejemplos
Nº de horas de cuidados*

Alemania	Grado 1: los cuidados no podrán ser inferiores a 1,5 horas diarias Grado 2: “ 3 “ Grado 3: “ 5 “
Luxemburgo	Tres tipos de ayuda que se pueden acumular en el mismo beneficiario: 1. Ayuda para los actos esenciales de la vida: hasta 24,5 horas semanales. 2. Ayuda para las tareas domésticas, de 2,5 a 4 horas a la semana. 3. Actividades de apoyo: hasta 12 horas semanales. Máximo de ayuda asumida por el seguro: 40,5 horas a la semana

Servicio de Teleasistencia

	Índice cobertura	Coste público por usuario Euros/año
Navarra	4,68	72,12
Comunidad de Madrid	4,57	214,66
Castilla-La Mancha	3,93	258,37
Melilla	2,97	279,12
Aragón	2,66	180,00
Castilla-León	2,54	227,98
País Vasco	2,26	87,69
Baleares	1,89	353,40
Comunidad Valenciana	1,87	327,00
Andalucía	1,79	397,40
Asturias	1,76	274,08
Murcia	1,35	353,40
Extremadura	1,34	--
La Rioja	1,25	429,91
Cataluña	0,79	206,41
Galicia	0,67	266,76
Canarias	0,62	216,00
Cantabria	0,48	--
Ceuta	0,43	167,67
TOTAL	2,05	253,65

Fuente: Libro Blanco

Centros de día

	Índice cobertura	Precio público Plaza Euros/año	% copago
Cataluña	0,95	5.359,41	
Comunidad de Madrid	0,70	8.337,00	12,00
País Vasco	0,55	12.456,48	24,87
La Rioja	0,48	7.459,00	17,00
Extremadura	0,44		
Murcia	0,42		
Navarra	0,38	4.304,52	
Asturias	0,37	4.637,28	20,00
Castilla-León	0,35	6.300,00	25,00
Cantabria	0,35	7.032,00	
Aragón	0,34	7.738,00	
Melilla	0,34	900,00	
Andalucía	0,33	3.643,20	30,00
Ceuta	0,30	7.488,12	
Comunidad Valenciana	0,25	5.928,00	33,57
Castilla-La Mancha	0,24	4.847,50	30,00
Baleares	0,24	5.870,00	25,00
Canarias	0,23	11.135,19	20,00
Galicia	0,18	5.400,00	40,00
TOTAL	0,46	6.402,10	

Fuente: Libro Blanco

3. Plan Gerontológico: Balance

	Plazas residenciales	Teleasistencia	SAD
Objetivos Plan Gerontológico para el año 2000	4,5%	12,0%	8,0%
Situación en 2004	3,7%	10,8%	3,1%

Fuente: Libro Blanco

4. Comparación con algunos países de Europa

Ratio de cobertura (plazas por cada 100 mayores de 65 años o más)

	Plazas residenciales	Servicios domiciliarios
Francia	6,7	12,5
Holanda	9,0	20,0
Alemania	4,1	8,6
Dinamarca	13,0	31,0
España	3,7	3,1

Fuente: Libro Blanco

5. ¿Quién les cuida?.

Si bien no existen datos fiables sobre la población dependiente que recibe **ayuda institucional** por las razones expuestas en el apartado 2, puede ser interesante conocer, la oferta pública de servicios a las personas dependientes:

Oferta pública de Servicios a la Dependencia

	De 6 a 64 años	De 65 y más	Total
Residencias	19.679	74.323	94.002
Centros de Día	13.340	14.475	27.815
Ayuda a Domicilio	9.022	114.406	123.428
Teleasistencia	7.445	64.913	72.358
Estancias Temporales	-	2.640	2.640
Rehabilitación Psico-social	3.911		3.911

Fuente: Libro Blanco

En 2003, en el seguro público de dependencia de Alemania había 1.278.627 beneficiarios (el 68%) atendidos en asistencia domiciliaria, 612.499 en residencias (el 32%).

En Francia, en 2004, el 58% de los beneficiarios eran atendidos en su domicilio, el 42% en residencias.

Sin embargo, según la Encuesta de Apoyo Informal, el número de personas mayores que reciben **cuidados de su familia** se estiman en 1.226.181 (el 17% de la población mayor de 65 años). Otros 109.700 mayores son atendidas por **empleados del hogar**.

Apoyo informal a las personas mayores

	Cuidado familiar	Empleados de hogar
Mayores que reciben cuidados	1.226.181	109.700
Personas que los cuidan	950.528	92.185

En 2004 el 84% de los cuidadores eran mujeres, mismo porcentaje que en 1994. La edad media de los cuidadores es de 53 años de edad. El 73% no tienen actividad laboral retribuida; un 26% compatibiliza el trabajo remunerado con los cuidados a los mayores.

6. ¿Cuánto se gasta ahora en atención a las personas dependientes y cuanto se gastaría según el modelo del Libro Blanco?

El gasto en atención a las personas dependientes en el año 2003 se estima en 2.357 millones de euros, lo que supone el 0,32% del PIB. En dicho gasto se incluyen tanto aquellas prestaciones económicas (complementos de gran invalidez, complementos por hijo a cargo discapacitados, prestaciones de la LISMI, etc.) pagadas por la Seguridad Social y el mutualismo administrativo (MUFACE, ISFAS, MGJ) como los servicios sociales gestionados a nivel central y autonómico.

Gasto en 2003 en millones de euros.

Prestaciones económicas de la Seguridad Social y del mutualismo administrativo	372,5
Gasto en servicios	1.984,4
Total	2.356,9

Fuente: Libro Blanco.

La universalización de las prestaciones se estima tendría un **coste adicional de 6 décimas del PIB**, lo que situaría el gasto total en, aproximadamente, el 1% del PIB.

<i>Gasto en % del PIB en otros países</i>	
Austria	0,9
Alemania	1,2
Francia	1,2
Holanda	2,5
Suecia	2,8
Dinamarca	3,0

7. Participación del usuario en el coste de los servicios.

Independientemente del modelo que se adopte, parece que existe consenso en que el usuario participe mediante copago en la financiación del sistema. Y esta es una cuestión crucial. Si se va a financiar en parte con cotizaciones sociales, la aportación del usuario, el copago, no debe ser excesivo puesto que si no estaría pagando el servicio dos veces: una al cotizar y otra al hacer uso del mismo. El esfuerzo del usuario no ha de ser mayor que el existente en la actualidad. Es evidente, por tanto, que si se concibe como un sistema basado fundamentalmente en las aportaciones de la Seguridad Social, las prestaciones han de ser independientes del nivel de ingresos del dependiente.

Pero sea cual sea el modelo que finalmente se adopte, debe garantizarse que cuantas personas carezcan de recursos deben acceder a esos servicios.

Algunos ejemplos

Alemania y Luxemburgo	En la atención residencial, los llamados “gastos hosteleros”(alimentación, fundamentalmente) corre a cargo del asegurado. En caso de carencia de rentas, la asistencia social complementa el importe.			
Francia	<i>Importe medio mensual de la ayuda a domicilio</i>			
		Aportación pública	Participación financiera del beneficiario	Importe medio
	Grado 1	774	111	885
	Grado 2	632	96	728
	Grado 3	484	67	551
	Grado 4	306	39	345
Conjunto	433	59	492	

8. ¿Cuánto empleo crearía?

El potencial de creación de empleo en este tipo de servicios es enorme. No obstante, tanto la cantidad como la calidad del empleo dependerá de muchos factores, entre otros: de la intensidad de la protección (en horas de atención), de si las prestaciones son fundamentalmente en servicio o en prestaciones económicas, de la *velocidad* de implantación del sistema, de la *calidad* de la atención (no es lo mismo una atención volcada en la ayuda doméstica que otra en la atención integral a la persona dependiente que requiere de personal cualificado –enfermería a domicilio, por ejemplo), etc.

En el Libro Blanco se estima el potencial de creación de empleo siguiente:

INCIDENCIA POTENCIAL SOBRE EL EMPLEO DE LA IMPLANTACIÓN DEL SISTEMA NACIONAL DE DEPENDENCIA (EMPLEOS EQUIVALENTES A JORNADA COMPLETA). ESPAÑA, 2005-2010

<i>Número de empleos equivalentes a jornada completa</i>	
Previsión de generación neta de empleo directo	262.735
Estimación de la generación de empleo inducido en construcción, adaptación y equipamiento de nuevos recursos	20.000
Estimación de la generación de empleo indirecto (proveedores de centros y servicios)	40.000
Estimación de la afloración de empleo sumergido	80.000
Potencial de generación de empleo en la atención de las personas con necesidad de ayuda para realizar tareas domésticas y/o discapacidad moderada para alguna actividad básica de la vida diaria	50.000
Estimación de la generación de empleo derivada de la implantación del Sistema Nacional de Dependencia	452.735
Cuidadores familiares que podrían incorporarse al mercado laboral	115.000
Otros efectos potenciales sobre la tasa de actividad	115.000

Fuente: Libro Blanco.

9. Otros datos de interés.

Importe de las prestaciones de dependencia en algunos países

	Atención domicilio y Centro Día		Residencias	
	<i>Servicios profesionales</i>	<i>Cuidado familiar</i>		
Alemania (Importe máximo mensual en euros en 2004)	Grado 1	384	205	1.023
	Grado 2	921	410	1.279
	Grado 3	1.432	665	1.432
		1.918 (gravedad extrema)		1.688
Francia (Importe máximo mensual en euros en 2005)	Grado 1			1.148,10
	Grado 2			984,08
	Grado 3			738,06
	Grado 4			492,04
Luxemburgo (Importe por hora ¹ de servicio en euros en 2005)	Cuidados en centros residenciales			37,80
	Cuidados en el domicilio			40,98
	Importe máximo de las prestaciones económicas por semana			262,40

¹ En Luxemburgo las prestaciones:

- 1) De ayuda a domicilio, son de tres tipos que se pueden acumular. El seguro asume un máximo de ayuda de 40,5 horas a la semana.
- 2) Cuidados en una residencia: se mide también por horas hasta un máximo de ayuda de 47,5 horas semanales
- 3) Cuando el usuario decide su propia asistencia domiciliaria (por un familiar, por ejemplo), las prestaciones económicas no cubren toda la ayuda: una parte de la misma ha de ser obligatoriamente prestada por la red de servicios del seguro.



Prioridades de UGT en el cuidado de las personas dependientes

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.

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 señalar unos datos:

- En el año 92 los mayores de 65 ascendían a 5.761.000, en el 2002 más de 7 millones; lo que supone un 17% de la población. Se espera que en el 2020 el número de personas mayores sea de 8,5 millones
- Los grupos de 80 años se han duplicado : 1.633.000 suponen un 2,3% de la población y el 23,2% de los mayores.
- En el 2050 el grupo de 80 años supondrán el 10% de la población (1 de cada 3 mayores)
- En los próximos 20 años el grupo de 85 crecerá un 80%
- De las personas mayores de 65, 1 de cada 4 precisa ayuda para alguna de sus actividades diarias, a partir de los 85 ocurre 2 de cada 4.
- En el 2000, había 2.300.000 mayores dependientes. La estimación para el 2010 es que sea de 2.775.000, un 20% más.
- La dependencia en el segmento de edad de 75 a 79 supone un 25%, pasados los 85 superaría el 50%.

Las tasas de dependencia van a continuar aumentado, por lo que 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.

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 residen 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.
- 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 a medida que vaya envejeciendo la población, menos personas estarán en situación de disponibilidad de cuidar de éstas.

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 Confederal de marzo de 1998, UGT viene demandando una protección específica de las personas dependientes, como derecho subjetivo perfecto. La 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.

UGT viene defendiendo un Sistema Nacional de cobertura de la Dependencia con las siguientes características principales:

1.- Marco legal: El Sistema Nacional de la Dependencia debe configurarse como un conjunto de prestaciones y servicios que garanticen a todos los ciudadanos una cobertura universal en seguridad social, homogénea, digna y suficiente en todo el territorio, que más allá de un seguro de cuidados proporcione protección tanto social, jurídica como económica a las personas dependientes, bajo forma de Ley, garantizada para todo ciudadano, con independencia de la edad y del nivel de rentas pero con especial protección a las rentas más bajas.

2.- Universalidad en las prestaciones: A efectos de las prestaciones, deben estar comprendidos todos los españoles y extranjeros que residan legalmente en España. El campo de aplicación podría ampliarse a los españoles residentes en el extranjero, siempre que no estén protegidos por la misma contingencia por la legislación del país de residencia. En el supuesto de que se estableciesen dos modalidades de protección, la contributiva y la no contributiva, la primera podría ser exportable no así la segunda.

3.- Definición de dependencia: A la hora de configurar el sistema, se debe partir de una definición unitaria del concepto de dependencia, establecer los criterios de valoración de la misma con inclusión de las definiciones de actividades básicas de la vida diaria y actividades instrumentales todos ellos, conceptos básicos a la hora de determinar la valoración y el grado de la dependencia.



4.- Condiciones de acceso: Se deben configurar los baremos en función de los grados de dependencia de tal forma que queden delimitados los criterios de entrada al sistema. Los grados de la dependencia pueden dividirse en moderada, grave o severa; pero con independencia de la clasificación por la que se opte, éstos tienen que estar perfectamente delimitados para que no existan dificultades interpretativas tanto en el acceso como en las posteriores revisiones. Para ello a la hora de establecer los baremos y los criterios por los que se valoren las distintas situaciones de dependencia, debemos poner especial énfasis para que no existan grandes diferencias entre los distintos grados de dependencia; dicho de otra forma, al establecer un nivel de dependencia debemos delimitar el inmediatamente posterior de tal forma que no queden vacíos entre un grado y el otro.

5.- Sistema de valoración: El sistema de valoración de la dependencia que se establezca ha de ser común para toda España, independientemente de su gestión por las Comunidades Autónomas. Por otra parte el sistema tiene que regular los equipos de valoración, estableciendo los recursos y procedimientos comunes (plazos y tiempos de resolución de expedientes), en todo el territorio de tal forma que se equipare a todos los ciudadanos y no existan desigualdades en función del territorio de residencia. Se debe garantizar la inmediatez en la resolución de los expedientes y especialmente en la revisión de los mismos hacia otros grados de dependencia, al ser precisamente estas situaciones tan cambiantes en breves periodos de tiempo.

6.- Carácter de las prestaciones: Las prestaciones han de ser públicas y de calidad. La oferta de servicios puede ser tanto pública como privada homologada pero sometida en ambos casos a una evaluación periódica.

Se debe primar las prestaciones de servicios concebidos éstos de forma plural y de calidad; con formación específica en los diferentes servicios esto es, atendido por profesionales, de tal forma que se desincentive a las familias para la atención de los dependientes. No ignoramos que habrá que tener en consideración no sólo los deseos de la familia sino en aquellos sitios rurales donde las posibilidades de servicios son reducidas; por tanto habría que contemplar el aseguramiento del cuidador a la Seguridad Social y servicios de respiro para situaciones especiales.

7.- Alcance de la asistencia: Es evidente que a la hora de configurar el sistema de atención, se deben fijar no sólo el tipo de servicio sino el tiempo de la asistencia que requiera la persona en situación de dependencia en función del grado de la misma. Se debe tener en cuenta que los cuidados se deben orientar a obtener la mayor autonomía posible de las personas en situación de dependencia, por lo que los servicios prestados deberán recorrer un itinerario en función del grado de dependencia para obtener esa mayor autonomía, a la vez que todos los servicios deben estar coordinados en función de las posibles necesidades de la persona, de tal forma que aunque exista un catálogo de prestaciones básicas e igualitarias éstas se deben adaptar de forma específica a cada persona.



8.- Catálogo de prestaciones: A los servicios sociales tradicionales (residencias, centros de día, ayuda a domicilio y teleasistencia, entre otros), UGT ha venido proponiendo que también se proporcionen recursos para conseguir que el domicilio habitual de estas personas reúna las condiciones necesarias de habitabilidad, confort y servicios suficientes que les permita el mayor nivel posible de autonomía personal.

Uno de los principales problemas actuales es la dispersión en los servicios tanto en la calidad como en la cantidad de los mismos. Con una visión de conjunto podemos ver la desigualdad Interautonómica en todos los servicios, respecto al grado de implantación, desarrollo, costes. A su vez existen carencias respecto a la oferta de los servicios, el contenido de los mismos, el perfil de los usuarios y la conceptualización de los servicios, bajo un mismo nombre nos encontramos con una oferta muy diferente y diferencias en los costes en función del territorio.

Por tanto es imprescindible establecer la igualdad en el catálogo de prestaciones y servicios que se establezca sea cual sea el lugar de residencia. Para ello es preciso que se redefina los contenidos de las distintas prestaciones y especialmente respecto a la ayuda a domicilio, la asistencia y cuidados que la misma comporta desde el punto de vista de cuidados médicos y sociales.

9.- Coordinación sociosanitaria: Los servicios y prestaciones destinados para atender a las personas en situación de dependencia tienen una doble vertiente, por un lado desde el punto de vista sanitario y por otro social; aunque en ocasiones es difícil establecer diferencias, el carácter que tiene un servicio y otro es distinto. Por un lado, los servicios sanitarios son gratuitos y universales, mientras que los servicios sociales tienen carácter graciable y desarrollo desigual; por tanto, es imprescindible desarrollar los cuidados sociosanitarios, dirigidos a las personas dependientes a través de la red pública, complementando el cuidado de la salud con las actuaciones precisas desde el ámbito de los servicios sociales.

La descoordinación que existe entre los servicios sanitarios y de asistencia social para atender integralmente a la persona dependiente, alcanza a las distintas administraciones estatal, autonómicas, locales. Con el fin de lograr una mayor coordinación entre los sistemas sanitarios y de servicios sociales, sería pertinente la articulación de mapas sociosanitarios que integren los diversos niveles.

10.- Financiación de las Administraciones: Con respecto a la financiación ha de contar con la participación de las 3 Administraciones, incluidas las Corporaciones Locales, aunque de forma más directa con la Administración del Estado y las Comunidades Autónomas.

Por su parte, la gestión de la prestación de los servicios se desarrollarán en el ámbito de las competencias de las Comunidades Autónomas y Corporaciones Locales; sin perjuicio de la necesaria labor de coordinación por parte de la Administración Estatal.



11.- Financiación del Sistema Nacional: UGT defiende el principio general de que las prestaciones de carácter universal se financien con recursos fiscales, aunque sería deseable, al menos en un principio una financiación mixta a través de cotizaciones e impuestos.

12.- Aportación del usuario: La aportación del usuario en el coste de los servicios ha de mantenerse en parecidos parámetros a los actuales, si establecemos un copago excesivo, no sólo no se cumplen los criterios que consideramos necesarios que ha de tener un sistema de atención a la dependencia; sino que estaremos fomentando el incremento de la economía sumergida, al optar el usuario por esta vía en detrimento de prestaciones que le pueden resultar excesivamente gravosas, especialmente teniendo en cuenta los tiempos dedicados a la atención. Sería recomendable establecer un tope máximo de aportación del usuario según el tipo de cuidados.

En cualquier caso, es imprescindible que se garantice el acceso a los servicios a aquellas personas en situación de dependencia que carezcan de recursos, a la vez que se dé especial protección a las rentas más bajas. La aportación del usuario se debe establecer en función de sus rentas.

13.- Calendario de aplicación del Sistema: Con el fin de acompañar el desarrollo de las prestaciones con la creación de la infraestructura de los servicios entendemos que se establezca un calendario relativamente amplio de aplicación. Sin embargo, es necesario el compromiso por parte de las Administraciones Públicas de alcanzar 1) a corto plazo atender el 100 por 100 de las necesidades de las personas con dependencia grande y severa; 2) a medio plazo cubrir las necesidades de, al menos, el 75% de las personas con dependencia moderada; 3) en el menor tiempo posible, extender el servicio de teleasistencia a cuantos mayores vivan solos.

14.- Creación de recursos: La creación de recursos exige un esfuerzo complementario que debe venir aparejado con el establecimiento del Sistema Nacional de Atención a la Dependencia. Pero es necesario promover la existencia de residencias y centros de día ayuda a domicilio y teleasistencia de titularidad pública, garantizando la existencia de plazas suficientes, dirigidas a personas dependientes. Por tanto los esfuerzos deben venir vinculados a la creación de recursos públicos, aprovechando la infraestructura privada que existe en la actualidad mediante la concertación de los servicios.

15.- Fomento de cuidados a través de otras vías: En más ocasiones de las deseables hemos asistido a un discurso sobre la forma de proteger las situaciones de dependencia mediante compensación a las familias y creación de seguros privados. Desde UGT no compartimos ni deseamos estimular el cuidado familiar mediante



desgravaciones fiscales. Las deducciones, si bien aumentan los recursos de las familias no existe seguridad del cuidado que se dan a la personas dependientes, si es adecuado y si se destinan a las personas más necesitadas, por otra parte esto no viene a paliar las situaciones de dependencia porque en cierta medida es una de las situaciones que se dan en la actualidad. Por otra parte tal y como se encuentra configurado el Sistema fiscal español con esta medida solo se beneficiarían a grandes rentas .

UGT, es contraria a la creación de seguros privados para este tipo de cuidados, la razón: solo podrán tener este tipo de seguros aquellas personas con recursos suficientes, condenando al resto a una menor protección o ninguna, y aumentando la insolidaridad social.

Madrid, 20 de abril de 2005

RESUMEN DEL DOCUMENTO:

**“ATENCIÓN A LAS PERSONAS
EN SITUACIÓN DE
DEPENDENCIA EN ESPAÑA”**

Libro Blanco de la Dependencia

(MTAS-2004)

**Madrid-2005
COMISIÓN EJECUTIVA CONFEDERAL (CEC)**

CAPÍTULO I

BASES DEMOGRÁFICAS: ESTIMACIÓN, CARACTERÍSTICAS Y PERFILES DE LAS PERSONAS EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA

El concepto de dependencia

El Consejo de Europa define la dependencia como “la necesidad de ayuda o asistencia importante para las actividades de la vida cotidiana”, o, de manera más precisa, 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”.

La evidencia empírica disponible muestra que existe una estrecha relación entre dependencia y edad, pero la dependencia recorre toda la estructura de edades de la población.

El concepto “espacio sociosanitario” surge por la relación que existe entre los dos planos. Precisamente esto genera una de las dificultades más significativas para la protección de las personas con dependencia, pues mientras la sanidad constituye un servicio de carácter universal y gratuito como derecho legal para todos los ciudadanos, los servicios sociales públicos tienen un carácter graciable y un desarrollo muy desigual. Organizar y coordinar ambos tipos de servicios es esencial para proporcionar una respuesta integral y eficaz.

Las fuentes para el estudio demográfico de la dependencia

El primer problema que se plantea es identificar cuáles son los actos corrientes de la vida diaria que deben ser tenidos en cuenta a la hora de evaluar si una persona se encuentra o no en situación de dependencia. Es habitual diferenciar entre las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) y las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD).

- Actividades básicas de la vida diaria (ABVD): Son las actividades imprescindibles para poder subsistir de forma independiente. Entre ellas se incluyen las actividades de autocuidado, de funcionamiento básico físico y mental.

- Actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD): son actividades más complejas que las ABVD (tareas que implican la capacidad de tomar decisiones e implican interacciones más difíciles con el medio) como tareas domésticas, de movilidad, de administración del hogar, utilizar el teléfono, acordarse de tomar la medicación...

Los cuidados de larga duración

Ayudas técnicas y de asistencia personal recibidas por las personas dependientes

Siguen siendo las familias las que están asumiendo, en su mayor parte, el cuidado de las personas dependientes, a través de lo que ha dado en llamarse “apoyo informal”. Esa función ha recaído y recae, casi en exclusiva, en las mujeres del núcleo familiar y, dentro de éstas, en las mujeres de mediana edad, sobre todo en el grupo formado por las que tienen entre 45 y 69 años, dedicando un promedio de al menos cinco horas diarias a cuidar a un familiar enfermo o dependiente. Para sustituir ese tiempo por trabajo remunerado sería necesario crear en España al menos unos 600.000 puestos de trabajo.

El incremento cuantitativo de las situaciones de dependencia, motivado por el envejecimiento de la población y por el incremento de la morbilidad, coincide en el tiempo con cambios importantes en el modelo de familia y con la incorporación progresiva de la mujer al mercado de trabajo, fenómenos que están haciendo disminuir sensiblemente la capacidad de prestación de cuidados informales, haciendo que el modelo de apoyo informal, que ya ha empezado a hacer crisis, sea insostenible a medio plazo.

El modelo basado en el apoyo informal no puede sostenerse a medio plazo debido a razones estrictamente demográficas, pues cada vez existen menos mujeres en edad de cuidar y más personas que precisan cuidados de larga duración, y por las transformaciones que están experimentando las estructuras familiares.

Hacia una estimación de la población que habrá de proteger el Sistema Nacional de Dependencia

Condicionantes de la estimación

Debemos partir de una definición del “umbral de entrada” en el sistema y de una fórmula de graduación de los niveles de dependencia que servirán para determinar la cuantía de las prestaciones o para fijar los objetivos en cuanto a la intensidad y frecuencia de los servicios de atención.

Así, por ejemplo, el modelo alemán establece el umbral de entrada en función de la cantidad de ayuda que las personas dependientes precisan, o el modelo francés, que establece el umbral de entrada en función del tipo de ayuda necesaria.

Tanto el criterio de umbral de entrada como los grados o niveles de dependencia habrán de fijarse, en función de la cantidad y del tipo de ayuda que la persona necesite. Su valoración requerirá la aplicación de un baremo para discriminar, si una persona se encuentra en situación de dependencia y en qué grado encuadrarla. Existen importantes dificultades para estimar a priori, de una forma fiable, la población que finalmente resultará declarada como dependiente. Actualmente los datos de los que se dispone para basar la estimación están basados en la “autovaloración”. La EDDDES permite avanzar una estimación razonable de la población dependiente que podrá ser objeto de protección.

Estimación del número de personas dependientes

En el 1999, el número de personas residentes en domicilios familiares con discapacidad severa y total para realizar alguna de las nueve actividades básicas de la vida diaria se cifraba en 860.000.

Junto a este núcleo hay que considerar 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. 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 del Servicio de Ayuda a Domicilio y de otros servicios sociales de provisión pública.

Estimación de la distribución por grados de dependencia

Partimos de la hipótesis que se establecerán tres grados de dependencia, que provisionalmente podríamos denominar:

- **Grado 3 (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.
- **Grado 2 (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.
- **Grado 1 (dependencia moderada):** Cuando la persona necesita ayuda para realizar una o varias actividades básicas de la vida diaria, al menos una vez al día.

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 algunas áreas 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.

Modelo de estimación y resultados

Para la estimación de la población encuadrada en cada grado de dependencia se ha partido de la población que tienen una discapacidad severa o total para alguna de las nueve actividades básicas de la vida diaria consideradas (por cada actividad respecto de la cual la persona presenta una discapacidad moderada se ha asignado un punto, por cada una respecto de la cual la persona presenta una discapacidad severa, se han asignado dos puntos y por cada una respecto de la cual la persona presenta una discapacidad total, se han asignado tres puntos). Los resultados de esta estimación son los siguientes: personas dependientes 859.890, con necesidad de ayuda para realizar tareas domésticas

y/o discapacidad moderada para alguna ABVD 1.426.432, siendo en total 2.286.322 personas con discapacidad para las actividades de la vida diaria.

Dado que la EDDDES 99 cubría únicamente los domicilios familiares, a estas personas habría que sumar las personas con discapacidad para las actividades de la vida diaria que, en el momento de realizar la encuesta, vivían en residencias (se ha estimado que la población dependiente alojada en residencias en 1999 alcanzaría la cifra de unas 100.000 personas). Con esta adición, el número de personas cuya situación daría lugar a protección por el Sistema Nacional de Dependencia (datos referidos a 1999) sería de unas 960.000. El número de personas con necesidad de ayuda para realizar tareas domésticas y/o discapacidad moderada para alguna actividad básica de la vida diaria alojadas en residencias se ha estimado, con referencia a 1999, en 100.000.

CAPÍTULO II

RÉGIMEN JURÍDICO DE PROTECCIÓN DE LA DEPENDENCIA

Derechos de las personas en situación de dependencia y responsabilidades públicas

Estado - Comunidades Autónomas

Debemos tener en cuenta el reparto competencial establecido entre el Estado y las Comunidades Autónomas en cada una de las materias implicadas. Una revisión de la distribución muestra desniveles competenciales importantes:

Podemos señalar que en relación con las materias más directamente relacionadas con la dependencia, el Estado dispone de competencias sobre la legislación en materia laboral, la legislación básica en Sanidad y Seguridad Social, y en este último caso también sobre el régimen económico. Las Comunidades Autónomas, en los términos establecidos en sus Estatutos de Autonomía y según la interpretación efectuada por las comisiones mixtas de traspasos, tienen competencia en la ejecución de la legislación en materia de trabajo y relaciones laborales, desarrollo legislativo y ejecución de la legislación básica sanitaria y de la seguridad social, salvo las normas que configuran el régimen económico de esta última. En relación con los servicios sociales, todas las Comunidades Autónomas han incluido en sus Estatutos de Autonomía la competencia exclusiva sobre dicha materia, aunque con diversas denominaciones, a partir de la cual han promulgado Leyes de servicios sociales y/o acción social.

Según el Real Decreto 1971/1999, de 23 de diciembre, "Es competencia de los órganos correspondientes de las Comunidades Autónomas a quienes hubiera sido transferidas las funciones en materia de calificación del grado de discapacidad y minusvalía o del Instituto de Migraciones y Servicios Sociales: a) El reconocimiento del grado de minusvalía; b) El reconocimiento de la necesidad de concurso de otra persona para realizar los actos esenciales de la vida diaria, así como de la dificultad para utilizar transportes públicos colectivos, a efectos de las prestaciones, servicios o beneficios públicos establecidos; c) aquellas otras funciones referentes al diagnóstico, valoración y orientación de situaciones de minusvalía atribuidas o que puedan atribuirse por la legislación, tanto estatal como autonómica".

Comunidades Autónomas - Corporaciones Locales

Las Corporaciones Locales participan en la gestión de la atención primaria de la salud y la prestación de los servicios sociales y de promoción y reinserción social determinando la obligación de prestarlas, por sí o asociados, según la población del municipio, que en el caso de los servicios sociales fija en 20.000 habitantes. En relación con la provincia, esta ley establece como uno de sus fines básicos la garantía de los principios de solidaridad y equilibrios intermunicipales.

En general, podemos afirmar que las leyes autonómicas de servicios sociales atribuyen a las Corporaciones Locales competencias propias en la programación, la coordinación y la prestación de nivel primario.

Prestaciones y ayudas directas e indirectas a las personas en situación de dependencia

Prestaciones sociosanitarias

La Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud (SNS) trata de la dependencia al referirse a las prestaciones sociosanitarias como respuesta a muchas de las de las necesidades generadas por dicha situación. Esta disposición incluye explícitamente en el catálogo de prestaciones del SNS la atención sociosanitaria (artículo 7.1) y en el artículo 14 define las prestaciones mínimas, en el ámbito estrictamente sanitario, dejando a las Comunidades Autónomas la determinación de los niveles en que se llevará a cabo, y se establece que la atención sociosanitaria “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”.

El concepto de dependencia del Consejo de Europa es más amplia ya que trata de la “persona” -no de enfermo- y que enfatiza en la necesidad de asistencia y ayuda para las actividades de la vida diaria, planteamiento que desborda el espacio sociosanitario y requiere su ampliación a otros sectores (laboral, vivienda, transporte, etc.)

Otro aspecto de la Ley es el referente a las prestaciones, ya que a pesar de definir el ámbito sociosanitario sólo regula las correspondientes a “ámbito sanitario” (los cuidados sanitarios de larga duración, la atención sanitaria de convalecencia y la rehabilitación en pacientes con déficit funcional recuperable).

Dichos planteamientos sociosanitarios adolecen de carencias como no incluir todas las áreas de intervención precisas para afrontar las posibles necesidades de este colectivo y sus familias, ya que faltan algunas como las relativas a la vivienda, las pensiones y otras prestaciones económicas o las formativas.

Prestaciones de los Servicios Sociales

En el ámbito de los servicios sociales no existe una norma básica parecida a la de sanidad que haga efectivo el derecho y que establezca unas prestaciones mínimas a nivel estatal. Esta diferencia es debida al distinto nivel competencia que el Estado y las Comunidades Autónomas disponen sobre cada una de las materias. Es necesario disponer de recursos suficientes para hacer efectivo el derecho a los servicios sociales y pudiéndose sustentar bien en la competencia genérica que la Constitución española otorga al Estado para garantizar la igualdad de todos los españoles en el ejercicio de todos los derechos y en el cumplimiento de los deberes constitucionales, o en la referente a la legislación básica y al régimen económico de la Seguridad Social.

Además de las pensiones asistenciales y de la seguridad social gestionadas desde servicios sociales, existe una gran variedad y dispersión de prestaciones económicas sometidas a los requisitos que se establezcan en las convocatorias públicas anuales. Las más comunes relacionadas con la dependencia pueden agruparse según su finalidad de la forma siguiente: a) asistencia personal: atención básica, complementaria e intensiva; b) atención domiciliaria: limpieza doméstica, habitabilidad y adaptación funcional del hogar, supresión de barreras arquitectónicas, etc...

Apoyo a las familias con personas dependientes a través de las deducciones y bonificaciones del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas

La reforma del IRPF del 2003 incorporó variaciones importantes que suponen un ahorro tributario para las personas con discapacidad y sus familias, especialmente aquellos casos que requieren una especial atención, como es el caso de la dependencia.

Consideraciones finales

Existen diversas normas que abordan la dependencia desde los distintos ámbitos afectados (sanidad, servicios sociales, trabajo, etc.) que han sido dictadas, por instancias estatales y autonómicas. Su análisis muestra el incremento de las medidas adoptadas en los últimos años para afrontar las crecientes necesidades generadas por la dependencia y revela las carencias que persisten en relación a los sujetos protegidos especialmente en el caso de los menores de 18 y los mayores de 65 años con dependencia.

Las medidas establecidas presentan una gran diversidad, tanto sectorial (varía según se trate de sanidad o servicios sociales) como territorial

Una legislación integral que tomara como objeto la dependencia y regulara todos los ámbitos y facetas, no parece la más aceptada en España ni en los países de nuestro entorno, ya que es incompatible con el principio de integración y normalidad.

Los estudios realizados sobre la dependencia ponen de relieve las carencias en las prestaciones en el ámbito de los servicios sociales, debido a la debilidad del derecho que establecen las leyes autonómicas y la consecuente insuficiencia financiera.

El establecimiento de nuevas prestaciones económicas en la Seguridad Social exigiría conocer los actuales niveles de protección de la misma: nivel básico (se extiende a todos los ciudadanos, su gestión es pública y se financian a través de los Presupuestos Generales del Estado), el nivel profesional (se extiende a la población trabajadora, su prestaciones son proporcionales a las cotizaciones), y el nivel complementario (con carácter voluntario, su gestión puede ser pública o privada y se financia mediante aportaciones de los partícipes).

En la actualidad la población protegida con prestaciones económicas de la Seguridad Social de atención a la situación de dependencia se sitúa con carácter general entre los 18 y los 65 años de edad.

La competencia del Estado para regular las condiciones mínimas que garanticen la igualdad de derechos y deberes de todos los españoles.

La futura normativa debería establecer el derecho a la protección social de la dependencia y concretar las prestaciones que lo hacen efectivo, determinando el sujeto del derecho y los entes responsables de reconocer el derecho, facilitar las prestaciones y de financiarlas, total o parcialmente. Deberán señalarse las funciones que corresponden al Estado, a las Comunidades Autónomas y, en su caso, a las Corporaciones Locales. Se trataría, pues, de definir los términos de la corresponsabilidad y de la cofinanciación.

Un requisito básico para el acceso a las prestaciones es el reconocimiento, declaración y calificación del grado de dependencia.

Otra disyuntiva que deberá resolver la futura normativa se refiere a la elección entre las prestaciones económicas y de servicios, ya que, en el primer caso, las necesidades protegidas se satisfacerían mediante aportaciones monetarias, y, en el segundo caso, debería proveerse el servicio correspondiente, ya fuera directamente o mediante la acción concertada con entidades públicas o privadas, debidamente acreditadas.

Deben de concretarse las prestaciones mínimas garantizadas para la efectividad del derecho, que podrían ser complementadas de forma voluntaria a través de entidades privadas.

Deberían regularse las bases operativas de la coordinación entre los distintos sectores, especialmente entre el sanitario y los servicios sociales para garantizar la continuidad asistencial.

Si se estableciesen nuevas prestaciones económicas de atención a las personas en situación de dependencia podría reconocerse el derecho en los niveles contributivo y/o no contributivo de protección de la Seguridad Social.

CAPÍTULO III

CUIDADOS DE LARGA DURACIÓN A CARGO DE LA FAMILIA. EL APOYO INFORMAL

El apoyo informal en el esquema de producción de bienestar.

Cuando se habla acerca de los cuidados de larga duración se pone el acento en los servicios formales, que se ofrecen desde las Administraciones Públicas o desde la iniciativa social. Sin embargo, la inmensa mayoría de las personas que los necesitan reciben los cuidados a través del sistema informal de atención y, más concretamente en la familia, y sobretodo las mujeres.

La mayoría de los sistemas de protección social continúan ideológicamente sustentados en modelos familiares que no tienen en cuenta el profundo cambio social. El reparto de bienestar entre familia y Estado continúa penalizando a las mujeres y las reformas no tienen la dimensión precisa para ajustarlas a las nuevas necesidades.

En referencia a la atención a las personas adultas que precisan cuidados de larga duración, la provisión de cuidados y de apoyos de todo tipo, se suministra mayoritariamente por la red no formal y, atender a su conservación es considerado altamente recomendable para garantizar el bienestar de las personas que precisan cuidados de larga duración.

El sistema español de protección social en lo que atañe a los cuidados de larga duración, precisa ser perfeccionado y ampliado, porque no es que no existan medidas de apoyo a quienes los precisan.

Características y extensión del apoyo informal a las personas mayores en España.

El Perfil de las personas cuidadoras es: "género femenino, número singular": el 83% del total de cuidadoras/es eran mujeres, y de ellas informaron no recibir ayuda de nadie para la realización de este trabajo el 61,5%. En el 2004 ha subido un punto el porcentaje de mujeres (84%) que son cuidadoras principales.

El grupo de edad del potencial cuidador se sitúa entre los 45 y los 69 años. En la encuesta de 1994, la edad media era de 52 años, en 2004, la edad media sube hasta los 53 años, teniendo un 20% de los cuidadores más de 65 años. El estado civil que predominante es el de casadas/os (más de las tres cuartas partes de esta población).

El 65,6% del conjunto de cuidadores en 1994 poseen un nivel de enseñanza muy bajo (sin estudios o primarios), en 2004 (el 60%), continúa aún predominante el bajo nivel de estudios.

En 2004, baja ligeramente al 73% quienes no tienen actividad laboral retribuida y, se produce un decremento de la amas de casa y un incremento de las personas jubiladas con respecto a 1994.

Por lo que se refiere a las modalidades de convivencia, se ha experimentado un ascenso del 58,8% en 1994 al 60,7% en 2004.

Respecto al perfil de las personas mayores con dependencias que son cuidados por su familia, en el año 1994 era de 79 años siendo la media de edad en el 2004 de 79,8 y más de la mitad son personas mayores de 80 años.

Respecto al parentesco y las relaciones entre cuidadores/as y personas mayores atendidas, la ayuda la suelen prestar sobre todo las hijas, seguidas del cónyuge.

El carácter de la ayuda suele ser permanente para un 77%.

La duración del período en años (una media de 6 años en 2004) corrobora que se denomine a esta necesidad de atención "cuidados de larga duración".

Respecto al tiempo diario en 1994, la media de horas de atención declarada fue de 39 horas a la semana, mientras que en la encuesta de 2004, la media declarada de atención es aún más intensiva (10 horas diarias).

En una estimación para "valorar" de forma monetaria esta dedicación se calculó que la aportación anual de las familias cuidadoras era de 2.968 millones de pesetas (más de dos millones y medio de pesetas por persona dependiente y año) en el año 1994.

Los efectos negativos que el hecho de cuidar comporta en opinión de las/os encuestadas/os, pueden agruparse en tres tipos de consecuencias: laborales (no puede plantearse trabajar el 26% de la muestra; ha tenido que abandonar el trabajo el 11,5%, mientras que se han visto obligadas/os a reducir su jornada el 12,4%), sobre su propia salud (las personas cuidadoras se encuentran a menudo cansadas en un 51,2% de los casos; el 32,1% se sienten deprimidas; y el 28,7% piensa que las tareas que realizan está deteriorando su salud) y sobre la vida afectiva y relacional (el 64,1% declara que se han visto obligadas/os a reducir su tiempo de ocio, y dice no poder ir de vacaciones el 48,4% de la muestra).

Se mantiene todavía muy arraigada en España la certidumbre de que cuidar de las personas mayores es una obligación moral. Un 41,7% lo matiza reconociendo que no le queda otro remedio. Un 88,5% afirma que deberían tener acceso a servicios públicos de atención en el domicilio y centros de día.

Sólo el 7% de la población entrevistada en 1994 informaba recibir ayuda profesional para atender a la persona de quien se ocupa. Ese porcentaje se ha doblado en 2004. Pero, más de la mitad de las personas obtienen la ayuda de la iniciativa privada, pagando los servicios de una empleada de hogar, mientras que el resto recibe ayuda de los servicios sociales.

En cuanto a las preferencias, se decantaban 61,5% por salario mensual, ayuda a domicilio un 30,7% y que sea atendido a su familiar temporalmente en centros gerontológicos durante el día o una temporada el 11% en 1994 y en 2004 la preferencia por la atención domiciliaria sube a un 64%.

Consideraciones finales

Los servicios sociales formales de atención que se prestan para colaborar con la familia en los cuidados a las personas que los precisan y viven en hogares tienen muy poca significación. Sólo un 6,5% de las familias que cuidan a personas mayores se benefician de ellos.

Cuando la elección es que se haga cargo de los cuidados algún miembro de su familia que no tenga un empleo retribuido superior a 30 horas al mes, éste deberá suscribir un documento por el que acepta desarrollar este trabajo y las condiciones sobre su ejercicio. Para hacerlo de manera correcta, recibirá la correspondiente formación a cargo de profesionales. Por su parte, la Administración computará el lapso de tiempo que dedique a los cuidados como cotizado a la Seguridad Social y le ofrecerá un servicio sustitutorio para un período anual de descanso (estancias temporales en residencias).

Deben adoptarse medidas específicas que tengan un trabajo retribuido como horarios flexibles, vacaciones sin sueldo en los períodos críticos, excedencias con aseguramiento de reingresos, etc.

Si la opción elegida es la provisión de servicios, éstos deberán plantearse de manera flexible, adaptándose a las necesidades de la persona destinataria de los mismos y de su familia cuidadora y no al revés, como suele ser la norma habitual.

Las mujeres de mediana edad que han tenido experiencia acreditada 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.

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

CAPÍTULO IV

RECURSOS PARA LA ATENCIÓN DE LAS PERSONAS MENORES DE 65 AÑOS EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA.

Servicios y/o Centros de atención diurna: Entre otros se encuentran:

Hospital de Día: Centro exclusivamente sanitario con la funcionalidad de dar un tratamiento puntual, limitado en el tiempo, a un paciente.

Centro de Día: Se define este recurso como un servicio sociosanitario y de apoyo familiar que ofrece durante el día atención a las necesidades personales básicas, terapéuticas y socioculturales. Su objetivo general es favorecer unas condiciones de vida dignas.

Centro ocupacional: Este tipo de centro tiene como finalidad asegurar los servicios de terapia ocupacional y de ajuste personal y social a las personas con discapacidad y enfermos mentales cuya acusada discapacidad temporal o permanente les impida su integración en una empresa o en un Centro Especial de Empleo...

Centros Residenciales: Entre los centros residenciales para personas con discapacidad gravemente afectadas cabría significar en particular los Centros de Atención a Minusválidos Físicos (CAMF) y los Centros de Atención a Minusválidos Psíquicos (CAMP), así como los centros psiquiátricos.

Consideraciones

El establecimiento de un sistema de atención a la dependencia en el Estado español como cuarto pilar del Estado de Bienestar, constituye uno de los asuntos más relevantes de la política social de los próximos años; de su entronque con los sistemas de servicios sociales, salud y seguridad social. De la respuesta que se dé, dependerá la calidad, la equidad y la viabilidad de nuestro sistema de protección social.

No debe ligarse unilateral y exclusivamente a las personas mayores, pues las personas con discapacidad menores de 65 años son uno de los grupos sociales más directamente interesados por la regulación que tenga lugar en materia de atención a la dependencia.

El modelo de atención sociosanitaria de las situaciones de dependencia deberá garantizar las prestaciones y la continuidad de los cuidados sociales y sanitarios.

La convergencia entre los sistemas de servicios sociales y de salud para dar respuesta a las necesidades del ciudadano, no sería posible sin un crecimiento de los referidos sistemas protectores. Las dos vías que se proponen para el logro de este objetivo son el aumento de los recursos y el aprovechamiento eficaz de los actualmente disponibles.

El desarrollo de la red de servicios sociosanitarios deberá abarcar a la totalidad de las discapacidades; asimismo se deberán establecer indicadores de calidad de los servicios y de los procesos que midan su eficacia, su eficiencia y el grado de satisfacción del usuario con los mismos.

El sistema de atención a la dependencia deberá incorporar prestaciones y apoyos innovadores, como las ayudas técnicas (empleo de nuevas tecnologías).

CAPITULO V

RECURSOS SOCIALES PARA LA ATENCIÓN DE LAS PERSONAS MAYORES EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA

Evolución de las políticas de atención a las personas mayores en España

El contenido del presente capítulo se circunscribe al análisis y descripción del sistema de atención a las personas mayores en situación de dependencia.

El grado de ejecución del Plan Gerontológico ha de valorarse como bastante escaso (IMSERSO, 1998) con una reducida dotación presupuestaria, el escaso crecimiento del gasto en servicios sociales del Estado, las Comunidades Autónomas y las Corporaciones Locales, así como las dificultades del proceso de descentralización territorial.

El desarrollo de recursos para las personas mayores dependientes en el contexto europeo

Es indudable que se ha realizado un importante esfuerzo que se traduce en un considerable desarrollo de servicios sociales destinados a la atención de las personas mayores en situaciones carenciales y de dependencia. Las administraciones públicas han sido protagonistas de este proceso. Pero también la iniciativa privada con y sin fin de lucro están desempeñando un papel clave en la mejora cuantitativa y cualitativa de la oferta de servicios. Sin embargo, es obligado reconocer su insuficiencia, si ese crecimiento lo ponemos en relación con el que ha experimentado el número de personas mayores.

Los servicios sociales para personas mayores en situación de dependencia en España. Estructura y marco conceptual

La descripción y análisis de cada uno de los servicios sociales de atención a las personas mayores dependientes se presenta siguiendo la siguiente estructura:

La desigualdad interautonómica parece una característica común a todos los servicios en la mayoría de sus diferentes aspectos: grado de implantación y desarrollo, costes, soporte normativo y otras características específicas.

Los sistemas de información todavía tienen un desarrollo incipiente, en algunas CCAA. Se detectan carencias importantes referentes a la tipología de los servicios, contenidos, perfil de sus usuarios, programas, índices de cobertura, etc.

Existen serios problemas en lo que se refiere a la conceptualización de los servicios. Bajo la misma denominación, nos encontramos con una oferta muy diferente.

Es una tarea pendiente que habrá que afrontar de inmediato si queremos presentar un catálogo de prestaciones sociales que organice la oferta de servicios y prestaciones del Sistema Nacional de Dependencia.

Los Servicios Domiciliarios

Los SAD consisten en ofrecer una ayuda personal y/o determinados servicios en el domicilio de ciertos individuos (personas mayores, discapacitadas, enfermas, familias desestructuradas, etc.) cuya independencia funcional se encuentra limitada o que atraviesan una situación de crisis personal o familiar.

El contenido de los SAD debe comprender, además del cuidado y atención personales a quienes son sus usuarios/as, la prestación de otros servicios considerados clave de cara a favorecer un aceptable grado de independencia en el funcionamiento de la vida diaria, tales como la limpieza del hogar, preparación de comidas, realizar determinadas gestiones, y las prestaciones complementarias como reparaciones o adaptaciones de las viviendas, instalación de aparatos o ayudas técnicas, el servicio de teleasistencia domiciliaria, servicio de comidas o de lavandería a domicilio, etc.

Los SAD constituyen un programa individualizado (es preciso planificar de manera individualizada cada caso para adaptar con flexibilidad los apoyos necesarios a las peculiaridades concretas). Tienen un carácter preventivo y rehabilitador (pretenden recuperar capacidades funcionales perdidas, mediante entrenamiento de habilidades) y se conjugan tanto servicios como técnicas de intervención.

Cada intervención que se realice ha de ser programada, supervisada y evaluada periódicamente por profesionales adecuados (enfermeros/as, trabajadores/as sociales) y los auxiliares o trabajadores/as que realizan las tareas planificadas deben haber tenido una fase de formación para desempeñar este trabajo.

Los servicios y técnicas básicos de intervención consisten en atención personal, doméstica, de apoyo psicosocial y familiar y relaciones con el entorno. Se prestan fundamentalmente en el domicilio de la persona mayor.

El objetivo básico de los SAD es incrementar la autonomía personal en el medio habitual de vida, para que aquella pueda permanecer viviendo en su casa el mayor tiempo posible manteniendo el control sobre su propia vida, facilitándole la realización de tareas y actividades que no puede realizar por sí sola, sin interferir en su capacidad de decisión; fomentando el desarrollo de hábitos saludables y adecuando la vivienda a las necesidades de la persona atendida, mediante reparaciones, adaptaciones y/o instalación de ayudas técnicas. Se potencian las relaciones sociales, estimulando la comunicación con el exterior, y paliar así posibles problemas de aislamiento y soledad, y mejorando el equilibrio personal del individuo, de su familia, y de su entorno mediante el reforzamiento de los vínculos familiares, vecinales y de amistad.

Normalmente, la institución responsable de la prestación de los SAD es el municipio o, en su defecto, otra corporación local de mayor ámbito territorial, como son las diputaciones provinciales, los cabildos insulares, etc. En algunos lugares, la prestación se realiza con gestión directa de la corporación local, pero, en la mayoría de los casos, la gestión se concierta con alguna entidad prestataria, como puede ser una cooperativa, una institución sin ánimo de lucro o una empresa.

El responsable del servicio es casi siempre el/la trabajador/a social de los servicios sociales, y es quien marca en España las pautas de actuación inicial: tareas a desarrollar en el domicilio, tiempo de dedicación a las mismas, etc.

El número total de usuarios del SAD a enero de 2004 asciende a 228.812, lo que significa que de cada 100 personas de 65 y más años, algo más de 3 utilizan este recurso.

Sin embargo, el incremento de la población mayor de 65 años, que ha supuesto 537.062 personas en el periodo 1999-2004, hace que el aumento del índice de cobertura sea escaso a pesar de los esfuerzos que desde las administraciones públicas se están realizando para generalizar este servicio.

Del total de usuarios existentes en España más de la mitad (111.762) corresponden a las Comunidades Autónomas de Andalucía, Cataluña y Madrid.

Extremadura con un porcentaje de 7,41 usuarios por cada 100 mayores de 65 años, supera en más del doble el índice medio nacional que alcanza un 3,14%.

Por otra parte existen Comunidades Autónomas, como Comunidad Valenciana, Cantabria, Murcia, Galicia o País Vasco que se sitúan por debajo del 2% de cobertura.

Respecto a la intensidad horaria, la media española para el año 2004 se sitúa en 16,43 horas al mes, lo cual supone algo más de 4 horas a la semana.

El perfil medio de las personas mayores que reciben el SAD son mujeres (71%), con mayoría de usuarios/usuarioas mayores de 80 años (52%).

Se puede observar la variabilidad en el precio público por hora de servicio, que oscila entre los 7.60 euros de Galicia y los 20.40 de Navarra. Parece claro que estas diferencias no sólo se deben al grado de desarrollo socioeconómico y al esfuerzo en esta materia de unas y otras CCAA sino a que realmente estamos ofreciendo bajo la misma denominación, SAD, servicios muy distintos.

La Teleasistencia Domiciliaria

Se trata de un servicio complementario de la ayuda a domicilio y aunque existen personas mayores que sólo tienen teleasistencia y no ayuda a domicilio de atención personal, lo más común es que ambas prestaciones se den juntas, sobre todo entre las personas mayores que viven solas. Consiste en un entorno informático con un terminal que se encuentra en el domicilio de la persona usuaria del servicio. La persona lleva un dispositivo sobre sí que, al pulsarlo, desencadena una señal de alarma identificable en la central de escucha, donde, de manera automática, se muestra en el ordenador del operador/a los datos identificativos y relevantes del usuario o usuaria. Inmediatamente, se produce el contacto telefónico (sin manos) para detectar la causa de la llamada.

En Enero de 2004 eran 148.905 usuarios, lo que supone un índice de cobertura de 2.05 sobre > de 65 años. La mayoría de los usuarios/as que utilizan el Servicio de Teleasistencia son mayores de 80 años (51%).

El precio a enero de 2004 era, como media, de 253,65 euros anuales.

Las Ayudas Técnicas para la mejora de la autonomía y la reducción de la dependencia

Podemos distinguir tres aspectos en la tecnología:

- 1º. Tecnología del mercado general con diseño para todos.
- 2º. Entornos adaptables.
- 3º. Tecnología específica de apoyo (tecnología de la rehabilitación)

Adaptaciones en las viviendas

Para ello lo ideal es partir de la idea de que necesitamos viviendas accesibles y adaptables que estén bien diseñadas para todas las edades y circunstancias y se vayan acomodando a las cambiantes necesidades que a lo largo de la vida van surgiendo.

Los Programas de Intervención con Familias

Es necesario incorporar a la familia en el plan de cuidados, así como desarrollar programas específicos dirigidos directamente a la familia, tal como ya se ha comenzado a realizar en algunos contextos. Entre los programas existentes en la actualidad se encuentran:

- Programas de información, orientación y asesoramiento: Estos programas, que suelen ser realizados por el/la trabajador/a social o profesional de la enfermería, según el recurso desde donde se actúe (unidades de trabajo social, centros de salud, ayuda a domicilio, centro de día, residencia, Asociaciones de afectados...), se dirigen a informar, orientar y asesorar a las familias sobre cuestiones generales relacionadas con los cuidados que precisan las personas mayores, según tipo de afecciones y grados de dependencia.
- Los grupos psicoeducativos se dirigen a grupos de familiares o de cuidadores/as principales de personas mayores dependientes. Su objetivo general es dotarles de los conocimientos necesarios para cuidar mejor y también para saber auto cuidarse.
- Los grupos de autoayuda o de ayuda mutua: Consisten en reuniones de un grupo de familiares con el objetivo de ofrecer apoyo social de tipo emocional e informativo mediante la habilitación de un espacio para compartir experiencias y problemas derivados del cuidado e intercambiar las estrategias de afrontamiento que utiliza cada uno de sus miembros.
- Las Asociaciones de Familiares de Personas en situación de dependencia.
- Las ayudas económicas a las familias cuidadoras.

Análisis y evaluación de los Servicios Intermedios y de respiro familiar: (Estancias temporales y Centros de Día)

Los llamados servicios intermedios se sitúan dentro de la cadena asistencial, entre el domicilio y la residencia o alojamientos para estancias prolongadas. Algunos de ellos también se conocen como programas de respiro familiar.

Existe gran variedad de recursos como estancias temporales en residencias, centros de día, estancias de día o de noche en centros gerontológico, vacaciones para personas dependientes, períodos de atención y evaluación sociosanitaria, etc., aunque su extensión es todavía escasa en muchos lugares.

Los servicios sociales clásicos, como el servicio de ayuda a domicilio, teleasistencia, residencias, si se orientan hacia la complementariedad con el apoyo informal y no hacia su sustitución, cumpliendo perfectamente esta función de respiro y apoyo a las personas que cuidan a personas mayores con problemas de dependencia, como se ha mencionado anteriormente.

Sistemas alternativos de alojamiento

- Los alojamientos heterofamiliares o servicios de acogimiento familiar consisten en que las personas mayores se integran en una familia diferente de la propia, y los acogedores reciben una prestación económica a cambio de alojamiento, manutención, atención y compañía.
- Los modelos de alojamientos alternativos a las residencias combinan la calidad asistencial con un modo de vida más normalizado del que pueden ofrecer las residencias.
- Los Apartamentos/viviendas individuales o bipersonales con servicios de apoyo y las viviendas tuteladas.
- Las unidades de convivencia.

Las Residencias

La residencia ha sido definida, como: "Centro gerontológico abierto de desarrollo personal y atención socio-sanitaria interprofesional en el que viven temporal o permanentemente personas mayores con algún grado de dependencia".

Como objetivo general de la atención, tiene el "facilitar y potenciar el mantenimiento de la autonomía de la persona mayor".

El número total de plazas residenciales, públicas y privadas, a enero 2004 era de 265.712 distribuidas entre 4.743 centros, de los cuales, 3.765 son de titularidad privada y 978 de titularidad pública.

La cobertura de las plazas residenciales se sitúa en 3,65 plazas por cada 100 personas de 65 y más años, de las cuales 2 son financiadas por el usuario mediante precio de mercado y 1,5 son de financiación mixta (plazas públicas y concertadas).

CAPÍTULO VI

EL SISTEMA SANITARIO Y LA ATENCIÓN A LAS PERSONAS EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA

1. Definición de la Dependencia

El Consejo de Europa (Oslo, 2000) define la dependencia como: “un estado en que las personas, debido a la pérdida de autonomía física, psicológica o intelectual, necesitan algún tipo de ayuda y asistencia para desarrollar sus actividades diarias. La dependencia también podría estar originada o verse agravada por la ausencia de integración social, relaciones solidarias, entornos accesibles y recursos económicos adecuados para la vida de las personas mayores”.

Hasta ahora las prestaciones sanitarias se han centrado, principalmente, en la atención con fines curativos. Sin embargo, el envejecimiento demográfico, la mayor prevalencia de las enfermedades crónicas, 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.

Servicios sanitarios dedicados a la Dependencia

Se han desarrollado en muchas Comunidades Autónomas, no existiendo un sistema de información unificado sobre recursos para la atención de personas dependientes, impidiendo de esta forma poder valorar adecuadamente el mapa de recursos a nivel estatal.

1. Atención Primaria: Zona de Salud, Centro de Salud, Equipos de Atención Primaria, y el Coordinador Médico; programas relacionados con las personas dependientes en atención primaria; equipos de Soporte de Atención Domiciliaria (ESAD y PADE) y Unidades de Cuidados Paliativos.
2. Los hospitales generales de agudos.
3. Los hospitales y unidades de media estancia y convalecencia.
4. Los hospitales y unidades de larga estancia (públicos existen 28, frente a 117 privados de los cuales sin fin de lucro son 33 y con él 89).
5. La hospitalización domiciliaria.: Cuidados tras el alta hospitalaria, de soporte, paliativos, hospitalización domiciliaria propiamente dicha, equipos de soporte de atención domiciliaria (ESAD), programas de atención domiciliaria equipo de soporte (PADES, es un programa

catalán), Equipos de asistencia geriátrica domiciliaria, y la hospitalización a domicilio.

6. Los Centros diurnos: Hospitales de Día y Centros de Día.
7. Atención especializada y las residencias asistidas.
8. Cuidados informales: Según algunos estudios, el perfil medio del cuidador en España es el de una mujer de entre 50 y 60 años, hija en la mayor parte de los casos, que dedican muchas horas al día al cuidado.

Consideraciones sobre el desarrollo de la atención sanitaria a personas en situación de dependencia en el Sistema Nacional de Atención a la Dependencia.

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.
- Priorizar un enfoque preventivo de la dependencia basado en atención durante todo el ciclo de vida de las personas.
- Prestaciones 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.
- Garantizar 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 con una atención con criterios homogéneos en toda España.
- La extensión de esta cartera a toda la población gracias a la financiación prevista para el Sistema de Atención a la Dependencia.
- Deberán establecerse sistemas de evaluación y mejora de la calidad de esta prestación.

Su objetivo es mejorar el estado de salud y de autonomía física, psíquica y social y la permanencia en la medida de lo posible del usuario en su domicilio o entorno social para así contribuir a una mejor calidad de vida tanto del paciente como del cuidador respetando sus estilos de vida y sus preferencias.

Contenido de la atención sanitaria a la Dependencia:

- Protección, promoción de la salud y prevención de la enfermedad.
- Cuidados sanitarios de larga duración, atención sanitaria a la convalecencia y rehabilitación de pacientes con déficit funcional recuperable.
- Programas de apoyo sanitario a centros sociales o residenciales.
- Garantías de calidad, seguridad, movilidad y tiempo de acceso a las prestaciones
- Sistemas de información.

CAPÍTULO VII

COORDINACIÓN SOCIO SANITARIA

Coordinación entre servicios sociales y sanitarios. Un reto imprescindible.

Ámbito estatal.

La coordinación debe realizarse a varios niveles:

- a) entre los servicios sanitarios y los servicios sociales.
- b) entre los diversos servicios de un mismo sistema.
- c) entre los servicios profesionales, sociales y sanitarios, y el sistema de apoyo informal.
- d) entre las diferentes Administraciones Públicas: General del Estado, Autonómicas y Locales.

Ámbito autonómico.

Diversas Comunidades Autónomas han creado órganos de coordinación de las prestaciones sociosanitarias que centralizan la información y coordinan las actuaciones de los departamentos de Sanidad y Servicios Sociales:

- Cataluña en 1986 puso en marcha el programa Vida Als Anys.
- En el País Vasco se ha creado el Consejo Vasco de Atención Sociosanitaria.
- Galicia planteaba la atención sociosanitaria desde un enfoque de integración
- En Navarra, los sistemas de salud y de servicios sociales constituyen dos estructuras orgánicas independientes.
- En Castilla y León, el II Plan Sociosanitario trata de potenciar la coordinación a través de la creación de comisiones sociosanitarias con base territorial (provincia).
- Aragón, a través de una gerencia única que integra todos los recursos, tanto de atención primaria como de atención especializada, está desarrollando la coordinación entre servicios sanitarios y sociales.
- Cantabria, que tiene una consejería única para sanidad y servicios sociales.
- Canarias, dentro de su Plan de Salud, incluye, entre otros objetivos, la elaboración del Programa Integral Socio-sanitario para la atención a las personas mayores y la integración y coordinación de los recursos sociales y sanitarios destinados a los ancianos.
- Asturias donde participan conjuntamente los Servicios Sociales y los profesionales de Atención Primaria.
- En Extremadura en 2003, se creó dentro del Servicio Extremeño de Salud, la Dirección General de Atención Sociosanitaria y Salud que asumió junto con la de Servicios Sociales de Bienestar Social, la tarea de definir un modelo de atención sanitaria de la dependencia, proceso en el que se está trabajando.
- Andalucía, en el II Plan Andaluz de Salud, incluye objetivos concretos de desarrollo de mecanismos de coordinación entre los servicios hospitalarios, los de atención primaria, servicios sociales y otras instituciones.
- Valencia puso en marcha el programa PALET, programa de intervención en el ámbito sociosanitario dirigido a pacientes con cronicidad avanzada y

- terminales en el que se especifica la valoración por parte de comisiones de coordinación autonómica por Áreas de Salud.
- En Castilla-La Mancha También la existencia de Planes de Atención a Personas Mayores (1998-2002) y el Plan de Mayores de la Comunidad de Madrid de 1998.

Situación actual, criterios generales y propuestas de mejora de la coordinación sociosanitaria.

La coordinación entre Atención Primaria y los Servicios Sociales suele producirse a través del trabajador social, el cual evalúa los casos a demanda del profesional médico o de enfermería y solicita, en el supuesto que lo precise, el correspondiente servicio social institucional o comunitario.

Ejemplos de los métodos de trabajo que evitarían la fragmentación y duplicidad en el acceso a los recursos son: la posibilidad de hacer coincidir mapas sociales y sanitarios; utilización de sistemas de información e instrumentos de valoración comunes que eviten la multiplicación de esfuerzos profesionales y el consiguiente gasto inútil; las Áreas o Sectores sanitarios deberán coordinarse con los servicios sociales.

Tipología de usuarios de atención sociosanitaria: Enfermos geriátricos; enfermos mentales crónicos; grandes minusvalías; enfermos terminales; personas con enfermedades crónicas evolutivas y en situación de dependencia funcional; personas en situación de precariedad social con problemas sanitarios.

Consideraciones finales

1. La correcta atención sociosanitaria a las personas mayores dependientes.
2. Es necesaria la creación de órganos, estructuras o instrumentos de coordinación.
3. Se debe realizar una evaluación exhaustiva de la eficacia de los equipos consultores de soporte.
4. Se han de promover experiencias piloto de gestión sociosanitaria.
5. Es indispensable que se avance definitivamente en el establecimiento de criterios de sectorización acordes con las necesidades de intervención sociosanitaria.
6. Se han de elaborar criterios consensuados y flexibles de ordenación y utilización de los recursos sociosanitarios disponibles en el ámbito de actuación correspondiente.
7. La formación de los profesionales de la atención sociosanitaria.
8. Es necesario mejorar la formación continuada.
9. En el diseño de los planes de coordinación y atención sociosanitaria, se tendrá en cuenta la opinión de los usuarios y los cuidadores.
10. La calidad de los programas y servicios de atención sociosanitaria ha de ser vigilada y promovida desde las administraciones públicas.
11. El establecimiento de estándares de calidad. Estándares relacionados con el ejercicio de derechos fundamentales de las personas.
12. Es necesario potenciar un cambio cultural.

CAPITULO VIII

PRESUPUESTOS Y RECURSOS ECONOMICOS DESTINADOS A LA FINANCIACIÓN DE LA DEPENDENCIA

1. Panorámica general del gasto público en protección social a las personas en situación de dependencia.

Los costes de la dependencia recaen en gran medida sobre la familia, o las mujeres en concreto, que asume tanto costes directos en dinero y tiempo como costes de oportunidad.

1. Tipología de recursos

- a) En primer lugar, las prestaciones monetarias de la Seguridad Social, tanto contributiva como no contributiva por ayuda de tercera persona o hijo a cargo necesitados de cuidados especiales.
- b) En segundo, en lo referente a los servicios sociales.
- c) En cuanto a las desgravaciones fiscales por razón de dependencia, en el ámbito normativo de la Ley 40/1998 del IRPF, existen diferentes tipos de beneficios fiscales.
- d) Las políticas de ayuda al cuidador: la Ley 39/1999 sobre conciliación de la vida familiar y el trabajo prevé la concesión de excedencias hasta un año de duración para el cuidado de un familiar por razón de enfermedad (dependencia incluida) y edad (atención a personas mayores).

Aproximación a un presupuesto de las Administraciones Públicas. Protección de situaciones de dependencia en 2004.

Los presupuestos se refieren al ejercicio económico 2004 mientras que los gastos que se analizan en el apartado siguiente se cierran en 2003, lo que justifica también por sí mismo la mayor cuantía del presupuesto.

Datos básicos sobre centros y servicios

- El presupuesto total destinado a servicios sociales de protección de la dependencia por parte de las Comunidades Autónomas asciende a 2.381,3 millones de euros.
- El presupuesto para atención residencial representa el 68,6 % del total de los presupuestos.
- Los recursos institucionalizados (Residencias y Centros de día) superan el 80% de los presupuestos destinados a la dependencia.
- La ayuda a domicilio supone solo el 10,1% de lo presupuestado en mayores y del 2,0% en el caso de las personas dependientes con discapacidad.

Aproximación a un presupuesto para situaciones de dependencia: Si consideramos conjuntamente los presupuestos para el año 2004 en centros y servicios de las Comunidades Autónomas y en prestaciones monetarias para situaciones de dependencia, el resultado es un presupuesto estimado total de 2.767 millones de euros, lo que supone un 0,36% del PIB aproximadamente.

El gasto en prestaciones monetarias para situaciones de dependencia:

- Unas son de tipo contributivo como la ayuda de tercera persona de la pensión contributiva de gran invalidez , prestaciones a favor de familiares y prestaciones por hijo a cargo de trabajadores en activo con hijos menores de 18 años con discapacidad igual o superior al 75%.

- También existen prestaciones de tipo no contributivo o asistencial como son la ayuda de tercera persona en las pensiones no contributivas de invalidez para personas mayores de 18 años y menores de 65 años con minusvalía o enfermedad crónica igual o superior al 75%, las prestaciones por hijos a cargo con discapacidad igual o superior al 75% y las ayudas de la extinta LISMI por ayuda de tercera persona.

- La gran invalidez prevista en el seguro escolar; víctimas del terrorismo o personas afectadas por el síndrome tóxico cuando llevan.

- Mutualidades (ISFAS, MUFACE, MGJ) se han incluido los beneficiarios de las ayudas por gran invalidez e hijo a cargo con minusvalía menor de 18 años con cuantías equivalentes a las de la Seguridad Social.

La evolución del gasto en protección social a la dependencia (1995-2003).

Se analiza la evolución del gasto en protección a la dependencia en los últimos años tomando como referencia el año 1995. En lo que se refiere al gasto en servicios sociales se toma como dato de partida para la estimación el del IMSERSO para el año 1995 llegando a 584,6 millones de euros, en lo referente a personas mayores, y se parte del supuesto probable de que el porcentaje de gasto en servicios sociales para personas con menos de 65 años sobre el total de gasto en servicios es equivalente al del año 2003.

El gasto total en protección social a la dependencia ha crecido, tanto en términos corrientes como constantes. Así, el crecimiento interanual del gasto total en dependencia ha sido del 11,1% en términos corrientes, y del 7,6% en términos constantes, entre 1995 y 2003.

En 1995 era el 77,1% del gasto total en dependencia, alcanzando un porcentaje del 84,2% en 2003. El gasto en prestaciones monetarias, competencia del Gobierno Central, se ha mantenido prácticamente en términos constantes.

CAPITULO IX

LA VALORACIÓN DE LA DEPENDENCIA: CRITERIOS Y TÉCNICAS DE VALORACIÓN CLASIFICACION

Actualmente las escalas de dependencia se utilizan entre, otros usos, para la derivación y/o orientación hacia servicios socio-sanitarios, valoración de la progresión de la enfermedad o graduación de determinadas deficiencias o, control de acceso a servicios sociales.

Los métodos más utilizados en la realización de escalas son: la observación directa, la entrevista al propio interesado, sus familiares o cuidadores, y los formularios de autoevaluación.

Los componentes de los instrumentos de valoración de la dependencia son: el cuerpo, las actividades, y el contexto (la necesidad de ayuda de otra persona).

Las actividades básicas de la vida diaria (ABVD): son "las actividades más elementales de la persona que le permiten la autonomía e independencia básicas" (entre ellas se encuentran las actividades de autocuidado, movilidad, vida doméstica).

La graduación de la dependencia

Existen tantas formas de graduar y de denominar la gravedad de la dependencia como baremos para medirla. Se han formado diferentes criterios de agrupación.

1. Isogrupos de dependencia.

1. Por clase de dependencia: problemas de movilidad, psíquicos...
2. Por cargas de trabajo.
3. Por gravedad.

2. Umbrales de dependencia

1. En función de la graduación de la escala: dependientes ligeros, moderada, gran dependiente, y grave.
2. En función del número de horas de atención: diaria, semanal o mensual.

3. Períodos de isovaloración y reevaluación: La mayoría de los métodos reconocen un periodo de por lo menos seis meses seguidos en situación de dependencia para que ésta se valore.

Valoración de la dependencia en Europa

ALEMANIA: La prestación se concede a las personas que precisan asistencia permanente de una tercera persona para las actividades cotidianas durante seis o más meses.

Grado 1: dependencia considerable una vez al día, con dos o más actividades.

Grado 2: dependencia grave: al menos tres veces al día.

Grado 3: dependencia muy elevada o máxima: cinco horas de ayuda, tanto durante el día como por la noche, para higiene personal, comer o moverse.

Las valoraciones se realizan en los domicilios, por expertos del departamento medico de del sistema de salud, formados por médicos, trabajadores sociales y psicólogos.

FRANCIA: Existe una diferenciación en función de la edad de la persona que requiere de ayuda. La realiza un equipo medico-social, conformado como mínimo por un médico y un trabajador social, información sobre la vivienda y ayudas del entorno.

Se conforman cinco niveles de dependencia: extremadamente dependientes, muy fuertemente dependientes, fuertemente dependientes, personas que necesitan una ayuda importante y frecuente para actividades de autocuidado, parcialmente dependientes para el autocuidado, y ligeramente dependientes.

LUXEMBURGO: Presenta un seguro de dependencia de tipo universal, sin límite de edad y al mismo nivel que el de enfermedad. Comienza por una Evaluación Médica y una segunda parte que se denomina Evaluación de la Dependencia, presentada como encuesta constando las siguientes partes: valoración en su domicilio, y, valoración en establecimientos residenciales. El evaluador hace una síntesis sobre la evaluación, las aptitudes cognitivas y una orientación o recomendaciones, y posteriormente se realiza una escala denominada "Relación estándar de la asistencia y los cuidados necesarios".

AUSTRIA: Tendrán derecho a un subsidio de asistencia aquellas personas que requieran de más de 50 horas mensuales de cuidados. La herramienta de valoración está estructurada en tres partes: condiciones de la vivienda, cuidador y frecuencia, tipos de ayudas médicas o de otro tipo.

REINO UNIDO: Existe una prestación por discapacidad para personas de 0 a 65 años (necesidad de ayuda para cuidados personales y para desplazamientos), y otra prestación de cuidados de características similares pero destinadas a mayores de 65 años con discapacidad física o mental severa.

SUECIA: Cubre a aquellas personas que tienen una gran necesidad de ayuda y necesitan asistencia más de 20 horas semanales. Lo financia el gobierno central, si no se hacen cargo las autoridades locales.

Valoración de la dependencia en el Estado Español

La mayoría de las CCAA mantienen servicios diferenciados: unos para los menores de 65 (servicios para personas con discapacidad) y otros servicios para mayores (a los que se identifica como servicios de geriatría).

Las valoraciones de la dependencia estarán realizadas por equipos multiprofesionales existiendo más de un baremo:

- Desde el campo sanitario, informes sobre: enfermedad, su severidad y tratamiento, necesidad de tratamientos y cuidados, estado mental, contexto, ayudas familiares, cuidadores y recursos
- Desde el campo social, informes sobre: deficiencias, estado mental y enfermedades mentales, y un informe social especializado y/o de base municipal sobre el contexto y recursos.

CAPÍTULO X

GENERACIÓN DE EMPLEO Y RETORNOS ECONOMICOS Y SOCIALES DERIVADOS DE LA IMPLANTACIÓN DEL SISTEMA NACIONAL DE DEPENDENCIA.

El futuro del empleo pivotará fundamentalmente sobre las potencialidades que tiene el sector de los servicios, sobretodo de proximidad, y especialmente público y comunitario (sanidad, servicios sociales, educación, administración pública...) y en la distribución, hostelería y servicios a las empresas.

El potencial de generación de empleo del Sistema Nacional de Dependencia

Ampliar el Estado de Bienestar es apostar por el empleo: emergerían empleos irregulares o sumergidos, creándose nuevos empleos en los ámbitos público y privado, y liberando mano de obra hoy apartada total o parcialmente del mercado laboral por estar dedicada al cuidado de personas dependientes incorporándose a la vida laboral (la mayoría beneficiarán a colectivos como mujeres, trabajadores con escasa cualificación, desempleados de larga duración, jóvenes en busca de su primer empleo y trabajadores de más de 45 años). Sólo con que la décima parte de los cuidados que actualmente se prestan a las personas ancianas y enfermas en el seno de la familia se profesionalizaran, podrían crearse en España más de medio millón de puestos de trabajo.

La atención de calidad genera más y mejor empleo: La implantación del Sistema Nacional de Dependencia debe traducirse en una mejora sustancial de la calidad de los cuidados, tanto en lo que se refiere a la atención en el domicilio como a la institucionalizada.

Hacia una estimación de potencial de generación de empleo del Sistema Nacional de Dependencia: La siguiente estimación se contempla desde el punto de vista del 31 de diciembre de 2005 y del 31 de diciembre de 2010. A finales del 2005 el número de personas con discapacidad severa o total ascenderá a algo más de 1.1250.000 más 1,8 millones que sin ser dependientes necesitan ayuda para realizar tareas domésticas y/o discapacidad moderada para alguna actividad básica diaria. En el año 2010 el Sistema Nacional debe haberse consolidado, superando el número de personas dependientes cubiertas la cifra de 1.245.000, y el número de personas no dependientes con necesidad de ayuda para realizar tareas domésticas y/o discapacidad moderada para alguna actividad básica de la vida diaria se acercará a los 2 millones.

En el año 2005 habría un total de 1.551.507 personas cubiertas por recursos formales (residencias, centros de día, ayuda a domicilio y asistencia personal para la autonomía) y 738.873 personas cubiertas por medio de la atención informal. Si nos fijamos a finales del 2010, la cifra de cuidados formales asciende a 1.772.101 y la de atención informal desciende a 720.755.

El potencial neto de generación de empleo supondrá para el 2005 un total de 602.528 puestos de trabajo a jornada completa y para el 2010, 704.447. De estas cifras habría que deducir los puestos de trabajo que actualmente se dedican a la atención de personas dependientes.

La previsión de creación neta de empleo en el período 2005-2010: en el 2005 se prevé una creación de 13.333 puestos de trabajo que pasarán a 69.853, 131.475, 213.445, 285.909 y 330.432 para el 2006, 2007, 2008, 2009 y 2010 respectivamente.

Perfil de los empleos que se generarán: Atención personal más directa a los usuarios, y en especial cuidadores con conocimientos sobre geriatría o discapacidad y auxiliares de enfermería; hostelería; mantenimiento técnico de los centros y servicios, personal de transporte, vigilantes, ordenanzas, etc; personal de mayor especialización; tareas de gestión y administración de los centros y programas.

Los retornos económicos y sociales

Retornos económicos: el gasto neto será considerablemente inferior, como consecuencia de los importantes ahorros e ingresos fiscales:

- Una parte de los trabajadores procederían del desempleo subsidiado, con lo que descenderá el gasto en prestaciones por desempleo.
- El sector público incrementará sus ingresos por cuotas a la Seguridad Social.
- Se producirán ingresos procedentes del IVA, del Impuesto de Sociedades de los prestadores, del incremento de la recaudación del IVA vía consumo (por el incremento de renta de los trabajadores participantes en el programa) y del incremento de la recaudación del IRPF aplicable a los salarios.

Se produciría una mejora de la eficiencia del gasto sanitario al reducir las estancias de pacientes que podrían ser tratados mediante recursos alternativos, evitando atender en centros hospitalarios a personas dependientes cronicadas o en procesos de larga estancia. Y se produciría un ahorro al suprimir o modificar toda una serie de prestaciones económicas y ayudas que actualmente protegen ese riesgo, y al suprimir las desgravaciones fiscales por razón de dependencia que no son eficaces en su aplicación por excluir del ahorro fiscal a aquellos que no hacen la declaración de la renta (precisamente la población con menores recursos). Además las reducciones en la base imponible benefician en mayor medida cuanto mayor es el nivel de renta del contribuyente, cuando de lo que se trata es de proteger la situación objetiva de dependencia con independencia de los ingresos.

Retornos sociales: Siguen mostrando las encuestas, que el principal motivo por el que los empleadores prefieren contratar o promocionar a los varones antes que a las mujeres, radica en la convicción de que, en el caso de problemas familiares, serán éstas las que se ausenten del trabajo.

La implantación de una cotización por esos cuidados, bonificada o cubierta en parte por el Sistema Nacional de Dependencia, permitirá que estas personas puedan perfeccionar una carrera de seguro y disfrutar, en el futuro, de unos beneficios que en este momento le están siendo injustamente negados.

CAPITULO XI

ANÁLISIS DE MODELOS DE PROTECCIÓN A LAS PERSONAS EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA EN ALGUNOS PAÍSES DE LA UNION EUROPEA Y DE LA OCDE

Modelos de protección a las personas en situación de dependencia en el ámbito de las Unión Europea.

Podemos diferenciar tres grupos o tipos de sistema de cuidados personales como reflejo de los distintos modelos de Estado de Bienestar:

- De protección universal y financiación mediante impuestos. Es el modelo de los países nórdicos y de Holanda.
- De protección a través del Sistema de la Seguridad Social, con prestaciones que tiene su origen en cotizaciones. Es el modelo bismarkiano de los países centroeuropeos, vigente en Alemania, Austria y Luxemburgo.
- Asistencial, dirigido esencialmente a los ciudadanos carentes de recursos. Es fundamentalmente el modelo de los países del sur de Europa.

Sistema de protección universal: Países Nórdicos y Holanda. Presentan los siguientes rasgos comunes:

- Se basa en el principio de ciudadanía, de los derechos sociales, que garantiza una asistencia sanitaria y social universal y gratuita, que es financiada mediante ingresos generales.
- La protección a la dependencia es una extensión de las prestaciones y servicios sociales y sanitarios.
- Es un sistema fundamentalmente de prestación 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. Los países que han implantado este modelo, como los Nórdicos, dedican a los cuidados de larga duración entre el 2,6% y el 3% del PIB.

Sistema de protección a través de la Seguridad Social: Alemania, Austria, Luxemburgo y Francia.

- Naturaleza de derecho subjetivo, independientemente de la situación económica.
- La prestación sirve para apoyar a la familia cuidadora o para sustituirla.
- Se evalúa en grados o niveles de gravedad, derivándose prestaciones monetarias de diferente cuantía o servicios de distinta intensidad o duración.
- Se puede optar entre prestaciones monetarias y servicios.

- 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 servicios está descentralizada en las administraciones territoriales.
- Las prestaciones están topadas, cubren una parte importante del coste, 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.

Sistema asistencial

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.

- Fuerte peso tradicional de las organizaciones no lucrativas (entre ellas las religiosas), y donde el peso de la carga de los cuidados recae, aún, en la familia (las mujeres son más del 80% de la población cuidadora).
- Los cuidados de larga duración se dirigen a las personas con insuficiencia de recursos.
- 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.
- Este sistema de protección asistencial deja en una desprotección casi total a las clases medias.
- 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.

La tendencia general dominante en los países de la UE se orienta hacia modelos de naturaleza universal, si bien son modelos topados, que prestan servicios o conceden prestaciones monetarias que cubren una parte del coste de los cuidados de larga duración y donde, por tanto, el copago es una característica común de todos los países en mayor o menor medida.

Sistemas de cuidados de larga duración en algunos países de la O.C.D.E.

1. EEUU y Australia: Son típicos modelos asistenciales.

En el caso de los EEUU han tenido un cierto desarrollo los seguros privados. Existen dos posibilidades de protección social a la dependencia: estrictamente privado y la de tipo público.

El caso de Australia presenta una cobertura baja, siendo su financiación pública.

2. Japón y Suiza

Japón tiene un sistema de cobertura universal financiado mediante cotizaciones (nivel contributivo para activos y pasivos) e impuestos (nivel asistencial). En Suiza la cobertura se contempla en el ámbito de la Seguridad Social (nivel contributivo) y en el de la Administración Local o Cantonal (nivel asistencial).

CAPITULO XII

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

Concepto y grados de dependencia

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 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, discriminando las situaciones de menor a mayor intensidad en: dependencia moderada, severa, y gran dependencia.

Modelos de protección social de la dependencia

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.

Los debates en relación con el modelo de protección de la dependencia en España: está íntimamente relacionado con el de política de control del gasto público y de estabilidad presupuestaria y del Sistema de la Seguridad Social. 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 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.
- 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".

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

- Universalidad.
- Carácter público.
- Igualdad en el acceso al derecho.
- Cofinanciación por parte de los usuarios en las condiciones que se establezcan con carácter general para toda España.

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.

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 una prestación que fuera igual para todos.

Cabe también que, aún considerando 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.

Valoración de la dependencia

Requiere 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.

La gestión de la valoración 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.

A tales efectos, se propone un concepto de dependencia que contempla como descriptores esenciales: necesidad e intensidad de la ayuda requerida;

limitaciones graves en las actividades de auto cuidado, de relación, autoprotección y de movilidad dentro del hogar; 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 que visitarán el hogar o residencia.
- Baremación de los datos recogidos según una Escala Estatal de Valoración de la Dependencia.
- Cribado y convalidación de las valoraciones por un Sistema estatal informatizado que garantice la uniformidad y equidad de las prestaciones.

Beneficiarios, servicios y prestaciones de atención a la dependencia:

1. Beneficiarios de la prestación de dependencia: las personas mayores de 18 años, que residan legalmente en España, y se encuentren en situación de dependencia, y las personas que tengan a su cargo menores de 18 años que se encuentren en situación de dependencia

2. Naturaleza de la prestación de dependencia: caben dos alternativas:

- A) Que la persona dependiente reciba una cuantía económica con la que hacer frente a los gastos de los servicios en idénticas condiciones en todo el territorio nacional. 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 (finalidad desincentivadora). 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.
- B) Que el Sistema le proporcione estos servicios. 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. 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.
- C) Modelo mixto en el que convivan ambos.

3. Cuantías: Se fijarán 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.

4. Catálogo de servicios

- Teleasistencia
- Servicios de ayuda a domicilio.
- Atención en Centros de Día: para mayores, centros de noche y centro de atención diurna mayores de 65 años.
- Servicio de autonomía personal.

- Atención residencial: residencia asistida, centros de atención dependientes psíquicos, y, centros de atención dependientes físicos.
- Ayudas Técnicas.
- Ayudas para la adaptación y accesibilidad del hogar.

Consideraciones relacionadas con la cartera de servicios

1. El modelo de atención a la dependencia debe integrar todo su catálogo de programas y servicios en el entorno comunitario más cercano.
2. Deben priorizarse los servicios que permiten a las personas permanecer en su domicilio y en su entorno, mediante una planificación individualizada.
3. 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.

Consideraciones específicas sobre cuidados familiares

1. Protección de la carrera laboral y de seguro del cuidador/ra a tiempo parcial, bonificando las cotizaciones.
2. El mantenimiento del apoyo informal pasa por garantizar servicios de soporte que minimicen el riesgo de abandono de los que se ocupan del cuidado de una persona en situación de dependencia.
3. Los cuidadores/ras con experiencia acreditada deben ser incluidos 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.
4. El grupo de personas inmigrantes trabajando como cuidadores debe tenerse en cuenta para determinar el futuro de los cuidados de larga duración.

Desarrollo de la atención sanitaria a personas en situación de dependencia

- a) Los cuidados sanitarios de larga duración.
- b) La atención sanitaria a la convalecencia a personas tras sufrir un proceso agudo de enfermedad o accidente, o un episodio intercurrente.
- 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.

Coordinación sociosanitaria

Pretende facilitar la accesibilidad a los diferentes servicios y garantizar o facilitar la continuidad de cuidados entre servicios (entre los servicios sanitarios y los sociales, y entre los diversos servicios de un mismo sistema).

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 sociosanitario en el consenso y la coordinación como principios fundamentales, y sustentado, fundamentalmente en:

Financiación del Sistema

El sistema de la dependencia abordará su financiación según se enmarque o no dentro del Sistema de la Seguridad Social. Si la opción fuera esta última, ello conllevaría establecer una cotización específica o destinar recursos excedentes si existiera margen en el actual esquema de financiación.

En el supuesto de que la opción fuera 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).

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

Organización y gestión del Sistema

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 lo gestionan a través de sus leyes de Servicios Sociales.

También las Corporaciones Locales participan en la cobertura 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.

Al Estado le corresponde regular mediante una ley todos aquellos aspectos, que configuran el alcance y contenido del derecho a la atención a las personas en situación de dependencia. Asimismo, 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 y el establecimiento de un Observatorio de la Dependencia.

A las Comunidades Autónomas les correspondería, entre otras funciones reseñadas en el Libro Blanco, 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, les correspondería 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.

A las Corporaciones Locales les correspondería gestionar los servicios que, por su naturaleza y proximidad, deben ser prestados por los órganos locales y

facilitar la creación de nuevos servicios y centros, habilitando suelo dotacional y agilizando trámites.

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

Calidad de los recursos: Existen normas UNE sobre gestión de servicios en las residencias de mayores.

Las actuaciones en materia de calidad de los recursos convendrían dirigirlas 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 teniendo en cuenta la dificultad de implementación a corto plazo. Convendría fijar condiciones mínimas o requisitos en los grados básico (de obligado cumplimiento para todo recurso que se pusiera en marcha a partir de la entrada en funcionamiento del Sistema) y óptimo (de obligado cumplimiento para todos los recursos del Sistema que iniciaran su actividad a partir de unos años a determinar desde su puesta en marcha).

Calidad en la prestación de los servicios: habría que contemplar dos tipos de intervenciones con su correspondiente regulación: los aspectos institucionales (Carteras o Cartas de Servicios), y por otra, los aspectos de gestión que al menos englobaran estándares de calidad, indicadores de rendimiento, y aplicación de encuestas de satisfacción.

Seguimiento y evaluación de los servicios: con un seguimiento y control del cumplimiento de la norma y de los requisitos exigidos, lo que conlleva la inspección por parte de las Administraciones y régimen sancionador. Y una evaluación del funcionamiento de los servicios, con especial atención a la percepción de los usuarios que reciben el servicio y/o tutores/cuidadores mediante las correspondientes encuestas de satisfacción

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

En los currículos universitarios apenas aparecen créditos destinados al conocimiento de la dependencia y, en todo caso, suelen ser muy concretos (geriatría, psicomotricidad). Los postgrados también están muy orientados a un campo concreto y suelen ser asistenciales o de gestión de recursos especializados en uno de los campos.

Los programas formativos habrán de tener en cuenta los siguientes grupos:

- Cuidadores informales: para ayudar a desarrollar su papel.
- Cuidadores profesionales de atención directa (han obtenido una titulación específica que les capacita). Hace falta homogeneizar respecto a la denominación del puesto de trabajo, los contenidos, la duración y la titulación.

- Profesionales especializados: revisar el currículo básico de los titulaciones universitarias implicadas en atención a la dependencia, y su adecuación a los sistemas europeos de educación en el sector.

Alcance de la formación

1. Conocimientos sociológicos y sociales de la dependencia.
2. Conocimientos específicos de teorías, técnicas y herramientas para la atención a la dependencia (grupos profesionales más próximos a la persona dependiente).
3. Conocimientos para la asistencia de la Salud de la persona dependiente.

Conclusiones del debate de la reunión del 20 de abril para analizar los criterios de UGT respecto a la protección de las personas dependientes.

LA FINANCIACION DEL SISTEMA NACIONAL DE COBERTURA DE LA DEPENDENCIA



Abril 2005

La financiación del Sistema Nacional de cobertura de la Dependencia. Conclusiones del debate de la reunión del 20 de abril para analizar los criterios de UGT respecto a la protección de las personas dependientes.

En el momento actual el gasto tanto en prestaciones económicas como servicios dirigidos a las personas dependientes se estima en el 0,32% del PIB. Las proyecciones más sensatas estiman que la implantación de un sistema nacional supondría un gasto en torno al 1% del PIB. Es decir, un sobreesfuerzo en torno a 6 décimas del PIB.

Comparado con el bienestar que supondría para las familias su universalización y con el empleo que crearía, esa cifra resulta perfectamente asumible por nuestra sociedad. Una reciente encuesta del CIS ponía de manifiesto que una mayoría de españoles estaría dispuesta a pagar más impuestos o cotizaciones con tal de que se procurase protección pública a las personas con necesidades de cuidados.

Sólo hay dos fuentes importantes de financiación de las prestaciones sociales: los impuestos y las cotizaciones sociales. Tanto una como otra fuente, tienen ventajas y desventajas.

Impuestos directos	
Ventajas:	Desventajas:
<ul style="list-style-type: none"> • Son progresivos ya que, en un esquema ideal, aportan más proporcionalmente quienes más recursos tienen. • No inciden directamente sobre el coste del trabajo • Refuerza la solidaridad de la población en su conjunto 	<ul style="list-style-type: none"> • Cuando en casi todas las agendas políticas está presente la reducción o reordenación de los impuestos, confiar toda la financiación a los recursos fiscales supone posponer <i>sine die</i> la solución a este problema. • Las prestaciones ligadas a impuestos pueden ser reducidas más fácilmente o empeorar su calidad. En definitiva, tenderían a su "asistencialización".

Cotizaciones sociales	
Ventajas:	Desventajas:
<p>Si la dependencia se integra dentro de la Seguridad Social y sus presupuestos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Existe una conciencia mayor de que cotizando se adquieren derechos. • Esos derechos son más difíciles de reducir dentro del ámbito de la Seguridad Social que fuera de ella. • Existe, además, un ámbito institucional de participación de los agentes sociales. 	<ul style="list-style-type: none"> • Influyen en coste del factor trabajo.

El llamado modelo continental de protección a la dependencia que se pone en marcha en algunos países a partir de 1995, nace precisamente de la dificultad por allegar recursos por la vía fiscal en unos momentos en el que la reducción de impuestos está presente en todos los programas políticos. En este modelo se concibe la dependencia dentro del sistema de Seguridad Social con financiación mixta, aportaciones públicas y cotizaciones sociales. De forma resumida, la financiación sería como sigue para los siguientes países:

Alemania	<ul style="list-style-type: none"> • 1,7% de cotización sobre salarios o pensiones. La cotización se reparte, a partes iguales, entre empresarios y trabajadores. Los pensionistas cotizan la mitad, la otra mitad corre a cargo de las cajas de pensiones. • Las administraciones públicas (ayuntamientos, provincias,..) complementan, con cargo a los recursos de asistencia social, las ayudas de dependencia para las personas con escasos recursos.
Luxemburgo	<ul style="list-style-type: none"> • Aportaciones públicas (45% del gasto corre a cargo del Estado). • Contribución especial "tasa de electricidad" (tasa que abonan los clientes, incluidos los productores de esa energía, con un consumo anual por encima de 1 millón de kWh). • Contribución de dependencia: 1% sobre los salarios, pensiones y rentas de patrimonio.
Francia	<ul style="list-style-type: none"> • Aportaciones de los departamentos • Aportaciones de los regímenes del seguro de vejez (con cargo a cotizaciones) • 0,1 punto de la Contribución Social Generalizada (impuesto).

Los sistemas alemán y francés tienen dos defectos que conviene tener en cuenta para no repetirlos aquí. En el caso alemán, la ausencia de aportaciones públicas directas a la financiación, supone que toda la carga recae en las cotizaciones. Dado que el proceso de envejecimiento aumenta y las cotizaciones no se van a incrementar por compromisos del gobierno en su programa de reformas sociales, se está barajando la posibilidad de fomentar los seguros privados complementarios. En el caso francés, el problema es tanto de modelo como de presupuestación: las aportaciones de las cajas de vejez (que se fijan anualmente por decreto) y de la contribución social generalizada son insuficientes para atender las demandas por lo que los *departamentos* (división territorial que no tiene equivalente en España) tienen que hacer cada año sobreesfuerzos para cubrir esos mayores gastos. El Estado ha tenido que hacer frente a créditos suplementarios y ciertos requisitos para acceder a las prestaciones se han endurecido a poco más de un año de entrada en vigor de las nuevas prestaciones.

UGT viene defendiendo el principio general de que las prestaciones de carácter universal se financien con recursos fiscales. Si bien hay margen suficiente para financiar mediante recursos fiscales esas prestaciones –la carga fiscal en España, excluidas las cotizaciones, es 5 puntos del PIB inferior a la media de la UE-25-, podría plantearse inicialmente una financiación mixta (cuotas y recursos fiscales), primero, por razones de oportunidad pues es prácticamente imposible que se acepte una subida de impuestos, en segundo lugar, porque con ello se reforzaría la concepción de la prestación de dependencia como una prestación de la Seguridad Social. La pertinencia de que en esa cobertura tuviesen cabida también prestaciones económicas, podría hacer conveniente ese tipo de financiación.

Si se opta porque también la Seguridad Social participe en su financiación, existen, cuando menos, cuatro alternativas:

1ª) Aumentar el tipo de cotización¹, que iría destinado exclusivamente a la protección de la dependencia.

2ª) Atribuir una parte del actual tipo de cotización del 28,3%, por ejemplo un 1%, a la protección de la dependencia, lo que reduciría el volumen de excedentes por un importe equivalente.

3ª) Destinando una parte de los excedentes de la Seguridad Social a la protección de la dependencia en lugar de destinarlo íntegramente al Fondo de Reserva.

4ª) Que con los excedentes se liquiden las deudas que tiene la Seguridad con el Estado por los préstamos realizados de 1994 a 1999², pagos que se destinarían exclusivamente a la puesta en marcha de dicho seguro. Claro está, si se devuelven esos préstamos los excedentes serían mucho menores.

La primera opción, con toda probabilidad contaría con el rechazo de los empresarios salvo que el reparto de ese 1%, en el ejemplo, recayese en mayor medida en los trabajadores³. La segunda alternativa, sería factible a corto o medio plazo pero no a más largo plazo dados los problemas que pueden tener en el futuro las pensiones; en definitiva, esta segunda alternativa abocaría en el futuro a un incremento en el tipo de cotización. Las dos últimas, si bien sirven para la puesta en marcha del sistema, tampoco despejan la incógnita de cómo se

¹ Un punto de cotización equivale a 2.300 millones de euros (0,27% del PIB).

² El importe de estos préstamos ascendería a unos 13.800 millones de euros (2,3 billones de pts.)

³ En algunos casos, ese mayor cotización se compensaría por la vía de incrementos salariales, pero no en los colectivos con escasa capacidad de negociación colectiva.

financiará en el futuro, toda vez que los excedentes van a ir disminuyendo progresivamente.

En cualquier caso, la Ley que regule la protección a la dependencia debería, por tanto, prever un marco estable, y no temporal, de financiación, en la que la participación de las administraciones, de la Seguridad Social y de los usuarios quedasen perfectamente delimitados.

En el corto plazo, y con el fin de que esos derechos se garanticen cuanto antes y se pongan en marcha los dispositivos necesarios para la cobertura de los mismos, podría establecerse cualquiera de las opciones números 2, 3 y 4 para que la Seguridad Social impulse su puesta en marcha, con la garantía de que en el futuro esas prestaciones se seguirán garantizando con aportaciones de las administraciones públicas, cotizaciones o un combinación de ambas.

Del resultado del debate del pasado día 20 de abril, resumidamente se concluyó en lo siguiente.

UGT concibe la protección del Sistema Nacional de Atención a la Dependencia como un derecho universal y subjetivo, financiado **fundamentalmente** con impuestos generales. No obstante, no descartamos una contribución especial destinada a un Fondo específico del sistema que se cree al efecto, cuyas fuentes serían bien cotizaciones sociales específicas bien impuestos específicos para financiar estas prestaciones, junto a aportaciones generales de las tres administraciones (Estado, Comunidades Autónomas y Corporaciones Locales) en la proporción que se determine, en el entendido de que estas últimas aportaciones serán, en todo caso, adicionales a las que estas tres administraciones vienen aportando en la actualidad.

En este contexto, UGT no tendría inconveniente en la participación de la Seguridad Social en su financiación para la puesta en marcha del Sistema Nacional de atención a la Dependencia, siempre que quede claro tanto origen de esas mismas aportaciones (excedentes, canje de deudas de la Seguridad Social con el Estado, etc.) como el horizonte en el que la Seguridad Social dejaría de hacer aportaciones.