

RESUMEN DEL LIBRO BLANCO SOBRE LA ATENCIÓN A LAS PERSONAS EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA EN ESPAÑA

Febrero de 2005

CAPÍTULO I. BASES DEMOGRÁFICAS: ESTIMACIÓN, CARACTERÍSTICAS Y PERFILES DE LAS PERSONAS EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA	3
CAPÍTULO II. RÉGIMEN JURÍDICO DE PROTECCIÓN DE LA DEPENDENCIA	7
CAPÍTULO III. CUIDADOS DE LARGA DURACIÓN A CARGO DE LA FAMILIA. EL APOYO INFORMAL	11
CAPÍTULO IV. RECURSOS PARA LA ATENCIÓN DE LAS PERSONAS MENORES DE 65 AÑOS EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA	15
CAPÍTULO V. RECURSOS SOCIALES PARA LA ATENCIÓN DE LAS PERSONAS MAYORES EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA	23
CAPÍTULO VI. EL SISTEMA SANITARIO Y LA ATENCIÓN A LAS PERSONAS EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA	31
CAPÍTULO VII. “COORDINACIÓN SOCIOSANITARIA”	42
CAPÍTULO VIII. PRESUPUESTOS Y RECURSOS ECONÓMICOS DESTINADOS A LA FINANCIACIÓN DE LA DEPENDENCIA	51
CAPÍTULO IX. LA VALORACIÓN DE LA DEPENDENCIA: CRITERIOS Y TÉCNICAS DE VALORACIÓN CLASIFICACION	57
CAPÍTULO X. GENERACIÓN DE EMPLEO Y RETORNOS ECONOMICOS Y SOCIALES DERIVADOS DE LA IMPLANTACIÓN DEL SISTEMA NACIONAL DE DEPENDENCIA	77
CAPÍTULO XII. CONSIDERACIONES GENERALES	85

(Consideraciones generales: El contenido de los capítulos debería estar más coordinado, pues se repiten en muchos de ellos. Por ello, epígrafes de algún capítulo se han adaptado a otro, con el fin de hacer la lectura del informe más ágil. Otra cuestión a tener en cuenta es la verificación de los datos de Andalucía).

Por ejemplo, algunos de los datos a verificar serían:

- Servicios de información, orientación y/o valoración para personas con discapacidad en **Andalucía** = 9, usuarios/as (389.486) y coste anual (9.963.358) (Capítulo IV— Página 111).
- Servicios de atención domiciliaria para personas con discapacidad en Andalucía = 0 (Capítulo IV— Página 112).
- Centros de día para personas con discapacidad en Andalucía (Capítulo IV— Página 114):
 - Públicos, 122, plazas (2.963), usuarios/as (2.963) y coste anual (5.116.945).
 - Concertados, 84, plazas (1.742), usuarios/as (1.902) y coste anual (10.510.818).
 - Subvencionados = 0.
 - TOTAL, 206, plazas (4.705), usuarios/as (4.865) y coste anual (15.627.763).
- Centros para personas con discapacidad (Capítulo IV— Página 116 a 128).

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

La importancia que ha adquirido el fenómeno de la dependencia obliga a poner a punto los esquemas conceptuales que faciliten su estudio e investigación, para lo cual La **Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud de 1999** (EDDES 99) se ha revelado como una cantera de información excepcional.

(**Nota:** Esta encuesta fue realizada por el Instituto Nacional de Estadística con la colaboración del IMSERSO y Fundación ONCE, 70.500 personas en toda España. Los datos se publicaron en 2002. A tener en cuenta que la mayoría de las encuestas manejadas en el Libro tienen una *antigüedad* considerable -años 90-, indicio de la necesidad de poner en marcha nuevas investigaciones).

En este sentido, antes de pasar al grueso de información, es de interés comentar algunas **CONSIDERACIONES ACERCA DE LA FALTA DE INFORMACIÓN ESTANDARIZADA PARA SERVICIOS Y CENTROS**.

Son conocidas las **carencias existentes para la disponibilidad de información estandarizada, detallada y actualizada sobre la variada tipología de centros y/o servicios** para personas con discapacidad existente en los distintos ámbitos territoriales del Estado español. Esto impide disponer, al menos, de una contabilización adecuada del número de centros por tipología, número de plazas y usuarios/as y su coste.

Esta situación deberá ser superada con la aplicación de aquellas herramientas adecuadas, como la del *DESDE* ("**Descripción Estandarizada de Servicios de Discapacidad en España**"), que permitan alcanzar tres objetivos permanentemente demandados por los responsables de las políticas destinadas al colectivo de personas con discapacidad:

- Una descripción y clasificación estandarizada de los servicios de discapacidad de los distintos ámbitos territoriales del Estado y/o sectores de discapacidad.

- Una base de datos informatizada de servicios de discapacidad en la que se establezcan los pertinentes procesos de actualización.
- Un catálogo avanzado de servicios de discapacidad que dé respuesta a la demanda de los usuarios/as.

El Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales **define el concepto de persona dependiente**, a efecto de tener derecho a una protección con cargo al Sistema Nacional de Dependencia, cuando **“no puede realizar, sin ayuda, alguna de las actividades básicas de la vida diaria relacionadas con el cuidado personal, la movilidad dentro del hogar o las funciones mentales básicas”**.

Aunque la sociedad española no considera a las personas con discapacidad como uno de sus principales problemas sociales, en los últimos años están apareciendo algunos fenómenos asociados a la discapacidad que hacen de ella un problema social emergente. **Su número, por ejemplo, es superior al de parados/as registrados y el coste de su atención es netamente superior** pero, sin embargo, la percepción e impacto en la conciencia colectiva es claramente inferior.

Se trata de “cuestiones de Estado”, como el elevado número de pensiones de incapacidad, el incremento en el número de personas en situación de dependencia o el desarrollo de la coordinación entre los servicios sociales y de salud que dé respuesta a la compleja situación de las enfermedades crónicas.

Nos encontramos ante unas poblaciones con deficiencias en aumento, que nos plantean demandas mucho más complejas, lo que está obligando a un **giro, lento todavía pero ya perceptible, en las prioridades básicas de nuestra Sociedad del Bienestar**.

La citada encuesta cifra en **3.528221 el número total de personas con alguna discapacidad**, un 9% de la población española (en Andalucía el número es de 708.831).

Aunque el 58,3% son mujeres, en las edades jóvenes el número de hombres es mayor.

En España, **825.000 personas mayores de 65 años** se encuentran en situación de dependencia (en Andalucía 388.837), y se estima que para 2020 esa cifra aumentará en unas 400.000 personas.

Sin embargo, junto al envejecimiento demográfico es previsible que se produzca una **cierta reducción** de la prevalencia de las situaciones de dependencia por grupos de edad, como consecuencia de la mayor conciencia de la población sobre la **conveniencia de llevar una vida saludable y actuaciones preventivas**.

GRADOS DEPENDENCIA para acceder a los recursos sociosanitarios de la Administración, grupos mutuamente excluyentes. Puntuación máxima son 27 puntos y la mínima 2:

- ✓ **Grado 3 (dependencia grave):** necesita ayuda para realizar las actividades básicas de la vida diaria¹ varias veces al día y, por su pérdida total de autonomía mental o física, precisa la presencia continua de otra persona. Más de 15 puntos.
- ✓ **Grado 2 (dependencia severa):** necesita ayuda para realizar varias actividades básicas dos o tres veces al día, pero no requiere la presencia permanente de un cuidador o cuidadora. Entre 7 y 15 puntos.
- ✓ **Grado 1 (dependencia moderada):** necesita ayuda para realizar una o varias actividades básicas de la vida diaria, al menos una vez al día. Menos de 7 puntos.

¹ **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 (asearse, vestirse y desnudarse, poder ir solo al servicio, poder quedarse solo durante la noche, comer...) y de funcionamiento básico físico (desplazarse dentro del hogar) y mental (reconocer personas y objetos, orientarse, entender y ejecutar instrucciones y/o tareas sencillas).

Actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD): Son actividades más complejas que las ABVD, y su realización requiere de un mayor nivel de autonomía personal. Se asocian a tareas que implican la capacidad de tomar decisiones e implican interacciones más difíciles con el medio. En esta categoría se incluyen tareas domésticas, de movilidad, de administración del hogar y de la propiedad, como poder utilizar el teléfono, acordarse de tomar la medicación, cortarse las uñas de los pies, subir una serie de escalones, coger un autobús, un metro o un taxi, preparar la propia comida, comprar lo que se necesita para vivir, realizar actividades domésticas básicas (fregar los platos, hacer la cama, etc.), poder pasear, ir al médico, hacer papeleos y administrar el propio dinero, entre otras.

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

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

- ✓ **Grupo B:** 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. {En 1999 había 1.426.432, de las cuáles más de 900.000 eran mujeres}.

NIVELES DE PROTECCIÓN EN OTROS PAÍSES DE NUESTRO ENTORNO

MODELO ALEMÁN. Establece el umbral de entrada **en función de la cantidad de ayuda** que las personas dependientes precisan, considerando que se da una situación de dependencia cuando la persona necesita como mínimo 90 minutos al día de atención, la mitad de este tiempo para cuidados personales.

MODELO FRANCÉS. Establece el umbral de entrada **en función del tipo de ayuda necesaria**, considerando que existe dependencia cuando una persona necesita ayuda para asearse y vestirse, para realizar actividades personales o para alimentarse, y también cuando necesita ayuda para levantarse de la cama o de una silla, aunque pueda desplazarse sola en el interior del domicilio. A diferencia del sistema alemán, el subsidio personalizado de autonomía francés sólo cubre a las personas mayores de 60 años.

CAPÍTULO II. RÉGIMEN JURÍDICO DE PROTECCIÓN DE LA DEPENDENCIA

Incremento de las medidas adoptadas en los últimos años para afrontar las crecientes necesidades generadas por la dependencia, pero también pone de relieve **algunas carencias**, especialmente **en el caso de los menores de 18 y los mayores de 65 años con dependencia**.

Gran **diversidad, tanto sectorial** (por ejemplo, el derecho de acceso y la determinación de las prestaciones varía en gran medida según se trate de sanidad o servicios sociales) **como territorial** (por ejemplo, las leyes de servicios sociales autonómicas regulan de forma desigual las prestaciones para las personas dependientes y sus familiares y las Corporaciones Locales establecen dentro de sus competencias distintas políticas en su territorio).

- ✓ Carencias más significativas en el ámbito de los servicios sociales, debido a la debilidad del derecho que establecen las leyes autonómicas y la consecuente insuficiencia financiera.

Es prioritario el establecimiento del derecho a lo que se ha denominado **protección social de la dependencia funcional**, la definición de las correspondientes **prestaciones de soporte a la autonomía** y la concreción de los requisitos de acceso, **determinando con precisión el sujeto del derecho** (la persona dependiente, el cuidador y/o su familia) y los entes responsables de reconocer el derecho, facilitar las prestaciones y de financiarlas, total o parcialmente.

- ✓ **Concreción de las prestaciones mínimas garantizadas para la efectividad del derecho**, que debería de ajustarse a las características personales, familiares y sociales de cada caso, así como del entorno, teniendo en cuenta las peculiaridades de los que viven en grandes ciudades y en las zonas rurales aisladas.
- ✓ **Aprovechar la experiencia** de los Equipos de Valoración y Orientación y de los Equipos de Valoración de Incapacidades.

- ✓ La posibilidad de establecer una **regulación estatal para abordar la protección social de la dependencia** podría encontrar su fundamento constitucional en el artículo 149.1, en sus apartados 1º y 17º o en ambos.

(**Nota:** El primero se refiere a la competencia del Estado para regular las condiciones mínimas que garanticen la igualdad de derechos y deberes de todos los españoles y en el otro apartado citado se dispone la competencia estatal sobre la legislación básica y el régimen económico de la Seguridad Social. Se trata de mínimos y de bases que deben permitir un amplio desarrollo autonómico, especialmente en los aspectos organizativos y de gestión).

- ✓ **Definir los términos de la corresponsabilidad y de la cofinanciación.** Es decir, las funciones que corresponden al Estado, a las Comunidades Autónomas y, en su caso, a las Corporaciones Locales (parecen llamadas a desempeñar un importante papel en la coordinación y ejecución de las actuaciones y prestaciones en su territorio si se opta por un modelo descentralizado y no burocratizado) y, consecuentemente, las responsabilidades en la financiación de cada prestación y de las demás actuaciones que puedan establecerse. También habrán de determinarse, en su caso, las obligaciones de la persona dependiente y de sus familiares.

ELECCIÓN ENTRE:

- ✓ **Las prestaciones económicas.** Las necesidades protegidas se satisfarían mediante aportaciones monetarias que deberían ser finalistas, acompañadas de adecuados mecanismos de control para verificar que el dinero se aplica realmente a la atención de la persona.
- ✓ **Las prestaciones de servicios.** Debería proveerse el servicio correspondiente, ya fuera directamente o mediante la acción concertada con entidades públicas o privadas, debidamente acreditadas. 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.

Regulación de las bases operativas de la coordinación entre los distintos sectores, especialmente **entre el sanitario y los servicios sociales** con el fin de garantizar la continuidad asistencial, optimizar recursos y crear sinergias.

La regulación de nuevas prestaciones exigirá el establecimiento de normas derogatorias que extingan las prestaciones actuales de análoga naturaleza y finalidad (prestaciones de la Seguridad Social y subsidios de la LISMI), respetando en todo caso los derechos adquiridos, así como el establecimiento de disposiciones transitorias para regular la protección de las situaciones de dependencia existentes y los términos de su implantación, a semejanza de lo regulado en la Ley 26/1990, de 20 de diciembre, por la que se establecen en la Seguridad Social prestaciones no contributivas.

LOS ÓRGANOS GESTORES DE LAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS Y LA PARTICIPACIÓN DE LAS ENTIDADES LOCALES

En 1998 culmina el proceso de traspaso de funciones y servicios encomendados al Instituto a las distintas Comunidades Autónomas.

(**Nota:** Las Comunidades Autónomas, constitucional y estatutariamente, asumen las competencias en materia de servicios sociales y, por ende, los gestionan a través de la correspondiente Consejería, Dirección General o Instituto. Existen Órganos de cooperación y coordinación interadministrativa, como es la Conferencia Sectorial de asuntos Sociales o las comisiones de seguimiento de los distintos Planes de Acción).

La realidad política del Estado español demanda que las distintas **CC. AA. participen en la elaboración de todas aquellas normas de carácter estatal en el ámbito de los servicios sociales**, dado que su aplicación, desarrollo y gestión se realizará en el ámbito territorial de las mismas. **Se imprime el principio de coordinación y cooperación** desde el que deben promoverse actuaciones y medidas de participación en marcos comunes y en propuestas compartidas.

Las Administraciones Públicas deben contar con la implicación de la sociedad civil. Las propias asociaciones son las que han dado un paso trascendental organizándose para ofrecer las prestaciones sociales básicas.

El gran logro del **Comité Español de Representantes de personas con discapacidad** (CERMI) ha sido reunir en una plataforma representativa al sector de la discapacidad en España, **consolidándose como entidad de referencia**, con el reconocimiento unánime de los poderes públicos y de la sociedad civil como interlocutor válido de las personas discapacidad.

El **Consejo Nacional de la Discapacidad** es el órgano colegiado interministerial, de carácter consultivo, adscrito al Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, en el que se institucionaliza la colaboración del movimiento asociativo de las personas con discapacidad y sus familias y la Administración General del Estado para la definición y coordinación de una política coherente de atención integral. Le corresponde la **promoción de la igualdad de oportunidades y no discriminación de las personas con discapacidad**.

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

El reparto de bienestar entre familia y Estado continúa penalizando a las mujeres y las reformas que se han ido produciendo no tienen la dimensión que se precisaría para ajustarlas a las nuevas necesidades (Rodríguez P, 2002a²).

A nivel europeo, los países mediterráneos y, por ende, también en España, constituyen un ejemplo y paradigma del **modelo de bienestar “familista”**, según el cual las políticas públicas dan por supuesto que las familias deben asumir la provisión de bienestar a sus miembros (Esping-Andersen et al, 2002³).

Concepto de “familismo”: “una confianza permanente en la familia, en su solidaridad intergeneracional y en su estructura tradicional de género, como proveedora de trabajo y servicios asistenciales y como integradora de medidas inadecuadas de apoyo a los ingresos” (Chiara Sarraceno).

(**Nota**: Dentro de la Unión Europea, España, donde la familia es la máxima proveedora de atención y cuidados a todos sus miembros que los precisan, es el último de los quince (composición de la U.E. hasta mediados de 2004) en gasto social de apoyo familiar, en porcentaje de los respectivos PIB).

LOS CAMBIOS EN EL MODELO DE FAMILIA Y LA INCORPORACIÓN DE LA MUJER AL TRABAJO REDUCEN LA DISPONIBILIDAD DE APOYO INFORMAL

El sistema de protección social español no ha tenido en cuenta los grandes cambios sociales que se han ido fraguando a lo largo de los últimos cincuenta años y, entre ellos, la transformación del rol social de las mujeres, el fenómeno del envejecimiento de la población y los cambios en los modelos de familia.

² Rodríguez Rodríguez, P. (2002^a), “Mujeres mayores y sistema de género”, en Maquieira, V. (comp.): *Mujeres mayores en el siglo XXI*. IMSERSO. Madrid.

³ Esping-Andersen, G.; Duncan, G.; Hemerick, A. y Milles, J. (2002), *Why we need a new Welfare State*, Oxford University Press., Oxford.

El cuidado de las personas dependientes (“apoyo informal”) **ha recaído y recae, casi en exclusiva, en las mujeres del núcleo familiar** (madres, cónyuges, hijas o hermanas de las personas dependientes), sobre todo en el grupo formado por las que tienen entre 45 y 69 años. Las mujeres siguen ocupándose de las tareas domésticas y de las responsabilidades familiares, bien como actividad exclusiva, bien como extensión de la jornada laboral extradoméstica (“**doble jornada laboral**”).

- ✓ El 5% de los y las responsables de hogar (mujeres en el 95% de los casos) dedica 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.
- ✓ Mientras que **las mujeres** son las que más bienestar producen son quienes **se benefician menos de las prestaciones sociales** (el diferencial en las cuantías de las pensiones según sexo es uno de los más claros ejemplos).

Los cambios tan importantes en el modelo de familia y la incorporación progresiva de la mujer al mercado de trabajo están haciendo que el modelo de **apoyo informal**, que ya ha empezado a hacer crisis, **sea insostenible a medio plazo**.

Un 20% de la población cuidadora de personas mayores tiene más de 65 años, segmento de población que debe ser focalizado de manera especial en las intervenciones, pues se trata muchas veces de personas muy mayores que se ven forzadas a asumir una carga desmedida para sus posibilidades reales de estado de salud, energía, habilidades y capacidad de trabajo.

LA AYUDA DE SERVICIOS PROFESIONALES

Sólo el 7% de la población encuestada en 1994 **recibía ayuda profesional** para atender a la persona de quien se ocupa.

La contratación de servicios formales privados de atención (fundamentalmente, mediante empleadas/os domésticas) es **más habitual en las familias de estratos sociales más altos**, mientras que en las capas sociales más bajas no pueden pagar cuidados sustitutorios y es la familia quien los asume a su exclusivo cargo.

Hay que tener en cuenta el cuidado realizado por la **población inmigrante, fundamentalmente mujeres** procedentes de los países Iberoamericanos. Con una cultura acerca de la ética de los cuidados muy acendrada, que suele generar una alta satisfacción entre las personas mayores que son atendidas por estas trabajadoras.

Aunque **las iniciativas de voluntariado** están creciendo en los últimos años, se considera muy conveniente **promover un crecimiento de sus actuaciones** en el ámbito de la dependencia.

OPINIONES DE LA POBLACIÓN CUIDADORA

La mayoría (65,3%) opina que **la Administración debe participar con las familias en la atención mediante recursos formales de apoyo**, mientras que sólo un 6% de ella manifiesta que son las familias las que deben cuidar en exclusiva.

En la actualidad, las familias **prefieren (64%) recibir el apoyo de los poderes públicos en forma de servicios**, especialmente de ayuda a domicilio. Quienes se decantan por la prestación económica ha bajado en 2004 al 32%. (**Nota:** A tener en cuenta estas opiniones cuando antes se ha planteado la elección entre las prestaciones económicas y de servicios).

CONSIDERACIONES EN UNA POLÍTICA DE APOYO A LAS FAMILIAS CUIDADORAS

Posibilidad de utilizar una fórmula realizada en otros países, la **elaboración de una Carta de Cuidadores/as** en la que se subrayen sus derechos y necesidades, así como los fines que cumple la prestación de estos apoyos.

Deben priorizarse los servicios que **permiten a las personas permanecer en su domicilio y en su entorno**, mediante una planificación individualizada de los casos. En la elaboración del plan de cuidados han de intervenir tanto la persona que precisa cuidados de larga duración como sus familias cuidadoras.

En la evaluación inicial de los casos se debe orientar a la persona y a su familia para **procurar la implicación de todos los miembros de la unidad familiar en la atención (hombres y mujeres)** con el fin de obtener un clima de múltiples apoyos sin sobrecargar especialmente a una sola persona. Deberá cuidarse especialmente la involucración de los hombres, del mismo modo que se ha comenzado a realizar para el cuidado de los/as niños/as.

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

APROXIMACIÓN AL FENÓMENO

Según la Encuesta de Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud de 1999 (EDDES), en España 3.528.221 personas presentan algún tipo de discapacidad; **de las que el 41,26% (1.455.569) tienen entre 6 y 64 años**, y casi **50.000 son menores de 6 años**. En Andalucía 319.994 tienen entre los 6 y los 64 años.

En los primeros años de edad los dos grandes grupos de riesgo generadores de deficiencias infantiles **son el riesgo perinatal** (defectos y malformaciones congénitas, prematuridad y/o bajo peso y daño obstétrico en el momento del parto,...) **y el riesgo socioambiental** (niños/as que viven en situaciones sociales o culturales muy desfavorecidas, niños/as con grandes carencias afectivas,...).

A partir del primer año de edad, **los accidentes son la principal causa de mortalidad y de incapacidad a lo largo de la infancia, de la adolescencia y de la juventud**. Se estima que en torno al 10% del total de discapacidades se deben a un accidente; los accidentes más frecuentes son los domésticos en los/as menores de 4 años y los de ocio en los/as jóvenes de 15-24 años; en la juventud prevalecen los accidentes de tráfico y en etapas más adultas es la siniestralidad laboral la que más incapacidades genera.

DESCRIPCIÓN DE LOS RECURSOS EXISTENTES

SERVICIOS DE ATENCIÓN PRIMARIA

Centros de Salud y Consultorios: fundamentalmente servicios de medicina general, pediatría y enfermería. Dependiendo de los Centros de salud existen Unidades de Apoyo a la Atención Primaria en los ámbitos de salud maternoinfantil, salud mental y rehabilitadora.

Centros de Servicios Sociales: equipamientos de carácter comunitario que dan soporte a las prestaciones básicas; atención a la problemática social tanto en un nivel individual y familiar como de desarrollo comunitario.

Centros de Atención a personas con discapacidad: de carácter ambulatorio en los que se prestan servicios de información, valoración, evaluación, diagnóstico, orientación, tratamientos de rehabilitación y recuperación profesional a las personas afectadas por cualquier tipo de discapacidad.

SERVICIOS DE ATENCIÓN DOMICILIARIA

Asistencia sanitaria en el domicilio: dirigido a toda la población que, desde los centros sanitarios de atención primaria, presta los cuidados de salud integrales y en su domicilio a las personas con necesidades sanitarias y a sus familias.

Hospitalización a domicilio: presta atención en el domicilio, desde el hospital de referencia, a determinados/as usuarios/as que requieren un cuidado sanitario que, de no existir, precisarían de una estancia hospitalaria. Esta modalidad de atención produce una menor distorsión en la vida del paciente y en la de su familia o cuidadores, proporcionando una atención más cercana.

Apoyo a la unidad de convivencia y ayuda a domicilio: servicio básico del sistema de servicios sociales que presta una serie de atenciones o cuidados de carácter personal, psicosocial, educativo, doméstico y técnico a familias y personas con dificultades para procurarse su bienestar físico, social y psicológico, proporcionándoles la posibilidad de continuar en su entorno natural.

Teleasistencia: atención telefónica ininterrumpida que permite a las personas con discapacidad, que viven solas y/o con graves problemas de movilidad, mantener una comunicación inmediata con un centro de atención que presta la respuesta adecuada.

SERVICIOS Y/O CENTROS DE ATENCIÓN DIURNA

Hospital de Día: exclusivamente sanitario con la funcionalidad de dar un tratamiento puntual, limitado en el tiempo; también suelen ser empleados como recursos de evaluación y diagnóstico.

Centro de Día: sociosanitario y de apoyo familiar que ofrece durante el día atención a las necesidades personales básicas, terapéuticas y socioculturales de las personas con diferentes grados de discapacidad, promoviendo la permanencia en su entorno habitual.

Centro ocupacional: 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. Destacado papel en la normalización de determinadas personas con discapacidad física o intelectual así como en enfermos mentales.

Centros y servicios de rehabilitación: conjunto muy variado de recursos, tanto dentro del Sistema Nacional de Salud (rehabilitación hospitalaria, centros de salud mental, etc.), como en el ámbito de los servicios sociales (rehabilitación profesional en el sector de las Mutuas Patronales y en el sector de las entidades sin fin de lucro, atención precoz, rehabilitación logopédica, etc.).

Centros y servicios de respiro familiar: servicios de atención integral por un período limitado de tiempo a miembros de una unidad familiar, con el fin de permitir a sus cuidadores espacios de tiempo libre y descanso.

CENTROS RESIDENCIALES

Unidad de media estancia: modelo asistencial destinado a la mejora funcional, a la prevención del deterioro o de la discapacidad y a la recuperación de los procesos derivados de una enfermedad reciente.

Unidad de larga estancia hospitalaria: unidades específicas de internamiento con cuidados sanitarios en donde las previsiones de alta se alargan en el tiempo, aunque limitado.

Centros residenciales: en los que viven de forma definitiva o temporal personas con distinto nivel de dependencia (atención integral).

Otros alojamientos alternativos: conjunto de actuaciones que se realizan desde el ámbito de los servicios sociales para conseguir que una persona en situación de necesidad cuente con un marco estable para el desarrollo de la convivencia (mini-residencias, viviendas tuteladas, viviendas protegidas o casas hogar).

Centros de recuperación profesional: para facilitar la integración sociolaboral de las personas con discapacidad.

CENTROS DE ESPECIALIDADES Y DE REFERENCIA

Centros que cumplen **tanto la atención directa** a personas con un tipo específico de problemática **como centros de referencia estatal para la promoción y apoyo técnico a otros recursos del sector**, y en este sentido suelen desarrollar servicios de información y documentación, de investigación, de formación de especialistas, de consultoría y asistencia técnica.

PRESTACIONES ECONÓMICAS Y TÉCNICAS

Se comentan, de forma somera, aquellas prestaciones y ayudas más importantes que de una forma u otra dan cobertura a las situaciones de dependencia en las que pueden incurrir personas menores de 65 años y sus familias.

(**Nota:** En el Libro blanco no se han analizado algunas prestaciones que por su carácter residual (Pensiones Asistenciales), por lo insignificante de su cuantía (Gran Invalidez del Seguro Escolar) o por su especificidad (ayudas individuales para rehabilitación, de asistencia especializada o para apoyo a familias convocadas por las distintas CC.AA.), ponen de manifiesto su exigua importancia protectora.)

La Pensión de Incapacidad Permanente, en el grado de Gran Invalidez

Grado de Gran Invalidez: aquel trabajador/a afectado/a de incapacidad permanente que, a consecuencia de pérdidas anatómicas o funcionales, necesita la **asistencia de otra persona para llevar a cabo los actos más esenciales de la vida**, como vestirse, desplazarse, comer y análogos.

La prestación consiste en una pensión, cuya cuantía es igual al 100 por 100 de la base reguladora, incrementado en un 50 por 100 destinado a la persona que atiende al gran inválido. Este incremento puede sustituirse, a petición del *gran inválido/a* o de sus representantes legales, por su alojamiento y cuidado, en régimen de internado, en una institución asistencial pública de la Seguridad Social, financiada con cargo a sus presupuestos.

(**Nota:** La cuantía mínima en 2004 asciende a 727,34 €/mes si tiene cónyuge a cargo, y de 617,34 €/mes en caso contrario; la cuantía máxima de la pensión es de 2.089,10 €/mes, abonable en 14 pagas al año. El número es de 27.184, en vigor a 31 de diciembre de 2003.)

El Complemento por Ayuda de Tercera Persona de la Pensión no Contributiva de Invalidez

En el supuesto de que el pensionista de PNC de invalidez cuyo grado de minusvalía/discapacidad sea igual o superior al 75% y acredite la necesidad del concurso de otra persona para realizar los actos esenciales de la vida, percibirá además un complemento del 50% del importe genérico establecido para la PNC invalidez.

Alguno de los **requisitos básicos para tener derecho a este complemento:** además de carecer la unidad económica de convivencia del pensionista de rentas o ingresos suficientes conforme a los límites establecidos anualmente, ser mayor de 18 y menor de 65 años y acreditar un mínimo de residencia de cinco años en territorio español.

(**Nota:** Para 2004 la cuantía genérica de la PNC de Invalidez, incluyendo el complemento por ayuda de tercera persona, asciende a 5.802,30 €/año abonables en 14 pagas (414,45 €/mes). El número de pensionistas de PNC de Invalidez con complemento por ayuda de tercera persona era de 30.670 en diciembre de 2003.)

Asignación por Hijo/a a Cargo de Minusválido/a mayor de 18 años que precisa el concurso de tercera persona

Personas que tienen a su cargo hijos/as con 18 o más años, que requieren el cuidado de otra persona para la realización de los actos esenciales de la vida. **Tienen que convivir con el beneficiario/a** y acreditar un grado de minusvalía igual o superior al 75%.

(**Nota:** Su cuantía para 2004 asciende a 4.825,68 €/año abonables en 12 pagas, 402,14 €/mes. El número era de 53.442 en diciembre de 2003.)

Cofinanciación de Planes y Programas con Comunidades Autónomas y Corporaciones Locales

Se firman anualmente por el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales y las correspondientes Consejerías de las CC.AA. **convenios de colaboración para la cofinanciación de planes y programas de servicios sociales** (Red Básica de servicios sociales; municipales y de equipamientos complementarios; plazas residenciales para mayores y discapacitados dependientes; plazas de atención diurna; servicios de apoyo a familias; y unidades de convivencia).

Prestaciones ortoprotésicas y ayudas técnicas

Cualquier producto, instrumento, equipo o tecnología adaptada o diseñada específicamente para apoyar la rehabilitación de una persona enferma o con discapacidad. Ayudas técnicas para el cuidado personal, para la comunicación, para la movilidad, para las tareas domésticas, órtesis y prótesis, y las ayudas para la rehabilitación.

Ayudas para adaptaciones del hogar

Actuaciones dirigidas a adecuar los entornos a las necesidades específicas de personas enfermas o con discapacidad (arquitectónicas, equipamientos y tecnologías especiales).

Ayudas para la realización de proyectos de I+D+i

Tanto del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales como de las Comunidades Autónomas. Poner en práctica una serie de actuaciones que persigan la **búsqueda de soluciones que favorezcan la normalización** de la vida de las personas con discapacidad y que se concretan en actuaciones dirigidas a la promoción de la accesibilidad arquitectónica, urbanística y a los medios de transporte, en la comunicación y en la investigación de nuevas tecnologías.

PROBLEMÁTICA ESPECÍFICA DE LAS PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL GRAVE Y DE LOS Y LAS MENORES DE 6 AÑOS CON LIMITACIONES GRAVES

Aunque presentan una problemática similar a la de las personas con dependencia, por sus características especiales nos demandan soluciones en parte diferenciadas.

En España, **aunque los datos existentes son parciales y escasos** y no permiten extraer conclusiones definitivas para la planificación en esta materia, **parecen apuntar en una misma dirección:**

- **Hacer extensiva la cultura de la promoción de la salud mental** y de la prevención primaria de los trastornos mentales al conjunto de la población española.
- Prestar especial importancia a la **problemática infantil y juvenil** que puede incidir en la salud mental, así como a la hora de recibir una orientación e intervención en atención temprana.
- Disponer de una **red de servicios sociosanitarios** suficientes, bien articulada, de calidad y distribuida equitativamente entre todas las Comunidades Autónomas y dentro de cada Comunidad entre las distintas Áreas sociosanitarias. Estandarización de los protocolos de actuación.
- **Proteger los derechos y libertades fundamentales** de las personas que no tienen capacidad de libre elección en sus decisiones, y ofrecer apoyo, información y asesoramiento a las familias de personas con trastornos mentales.
- **Mejorar y perfeccionar la formación académica de los/as profesionales** que los atienden e impulsar la investigación en el campo de la salud mental de los trastornos mentales y de los tratamientos para una rehabilitación integral.

CONSIDERACIONES INNOVADORAS

El sistema de atención a la dependencia **deberá incorporar prestaciones y apoyos innovadores** (ayudas técnicas o tecnologías de apoyo, los asistentes personales, y las ayudas para hacer accesibles los entornos de las personas en situación de dependencia).

El empleo de las Nuevas Tecnologías ofrece posibilidades hasta hace poco inimaginables para contribuir a la calidad de vida y a una mayor autonomía de las personas dependientes.

Impulso decidido del desarrollo normativo, así como la puesta en práctica de la legislación estatal, autonómica y local, y el **establecimiento de una base de criterios mínimos de obligado cumplimiento**.

Actuaciones para **difundir la normativa vigente** sobre medidas de financiación en materia de rehabilitación de edificios y viviendas y de eliminación de barreras.

Actuaciones tendentes a **incorporar las recomendaciones del Plan de Accesibilidad (2004-2012)** a los programas elaborados por las distintas Administraciones Públicas.

Difundir la información suficiente sobre utensilios, aparatos y enseres destinados a favorecer la autonomía personal, así como el empleo de Nuevas Tecnologías.

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

SISTEMA DE SERVICIOS SOCIALES

- **Serios problemas en lo que se refiere a la conceptualización de los servicios**, lo que origina que bajo una misma denominación nos encontremos con una oferta muy diferente de programas y servicios (**Nota:** En el Libro Blanco existe un capítulo de conceptualización de cada uno de los servicios).
- **“Envejecer y vivir en casa”**, aunque se tengan problemas de dependencia, **es la fórmula preferida** por las personas mayores, por la población general y por los/as cuidadores/as familiares, a enorme distancia de cualquier otra propuesta, incluida la de vivir con los hijos/as. Todos los países que tienen en marcha sistemas de protección de la dependencia priman en sus políticas el **desarrollo de un conjunto de prestaciones y servicios de proximidad**, en los que la atención domiciliaria es el eje.
- En España, aunque las administraciones públicas han sido protagonistas de la generalización de servicios sociales a la atención a estas personas mayores, **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.
 - Pero si ese crecimiento lo relacionamos con el incremento de personas mayores y con los cambios en los modelos familiares, **debemos reconocer su insuficiencia** (**Nota:** El 93% de las personas mayores que viven en domicilios y necesitan cuidados de larga duración son atendidos por su familia, sin el apoyo de los servicios sociales).

- **La desigualdad ínter autonómica es una característica común a todos los servicios en la mayoría de sus diferentes aspectos:** grado de implantación y desarrollo, costes, soporte normativo, calidad de la atención y otras características específicas. Evidente falta de equidad en el acceso, en función del territorio, que choca de frente con el principio fundamental de igualdad de todos los españoles (art. 14 de la Constitución).
- **El peso de las residencias es absolutamente desproporcionado en comparación con los servicios de apoyo en el domicilio (SAD),** lo que determina, como efecto perverso, que se ejerza por las familias una presión impropia hacia la solución menos deseada: las residencias.
- **Las rigurosas condiciones de acceso a los servicios sociales** continúan restringiendo su uso a las capas sociales económicamente más deprimidas y, en muchos lugares, se mantiene la práctica perversa de “castigar” a las familias más solidarias, al primarse en los baremos a las personas que viven solas y/o que son desatendidas por su familia.
- **El sistema organizativo-competencial de los servicios sociales perjudica** seriamente la necesaria coordinación entre los diferentes niveles de los recursos sociales y con los del sistema sanitario.
 - **Las experiencias de coordinación sociosanitaria continúan siendo aisladas en nuestro país.** Tampoco el desarrollo de mapas de sectorización por áreas, en los que se produzca coincidencia entre las sanitarias y las de servicios sociales (recomendación clara del Plan Gerontológico para los años noventa) se ha llevado a efecto.
- **Deficitaria profesionalización** de los servicios sociales, y su consiguiente baja remuneración. Una mejor remuneración contribuirá a un mayor reconocimiento y valoración social que el que ahora tienen este tipo de profesiones, elegidas en muchos casos como último recurso de subsistencia.
 - **La investigación es escasa** y no se tiene en cuenta en la planificación y programas de intervención social: **es una asignatura pendiente del sistema de servicios sociales.**

- Aunque se observa una tendencia a **la organización sistemática de los datos, todavía tienen un desarrollo incipiente en algunas CC.AA.** (tipología de servicios, contenidos, perfil de usuarios/as, índices de cobertura, etc.).

SERVICIOS DOMICILIARIOS

- **Adelantamos que la debilidad del SAD**, expresada por sus indicadores clave, sugiere que el conjunto de prestaciones de que se compone en la actualidad este recurso no alcanza, ni en cantidad ni en calidad, para resolver las necesidades de las personas en situación de dependencia y de sus familias cuidadoras.
- **Recurso más demandado y**, al mismo tiempo, **valorado muy positivamente** (91.6%) como solución más adecuada para poder seguir viviendo en su casa.
- Aunque el número total de usuarios/as del SAD a enero de 2004 asciende a 228.812, **sólo 3 de cada 100 personas de 65 y más años utilizan este recurso**. Elevado porcentaje de mujeres (71%), así como una mayoría de mayores de 80 años (52%).
- **Índices de cobertura:** Extremadura y Castilla La Mancha a la cabeza (4,47 y 7,41, respectivamente), mientras la Comunidad Valenciana, Cantabria, Murcia, Galicia o el País Vasco se encuentran por debajo del 2% de cobertura. **Andalucía está en una posición intermedia (3,48)**, junto con Cataluña, Navarra o Madrid (3,87, 3,56 y 3,37, respectivamente)
- **La intensidad horaria**, indicador clave en el SAD, **ha descendido** de manera incomprensible en los últimos años (**Nota:** la media española en 2004 se sitúa en 16,43 horas al mes; Andalucía y Navarra ostentan la *peor* situación, unas 8 horas al mes).
- Los SAD destinados a apoyar a las personas en situación de dependencia deben **priorizar los cuidados personales sobre las tareas domésticas**.

- **Precio público por hora de servicio** también gran variabilidad, que oscila entre los 5,56 euros de Extremadura y los 20.40 de Navarra. El precio público medio es de 10.83 euros (**Andalucía 11,03€**) (**Nota:** Esta información sugiere 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 se está ofreciendo bajo la misma denominación, SAD, servicios que son muy distintos).
- Existe **poca dedicación a la valoración individualizada de los casos y a su seguimiento periódico**, que debe realizarse en la vivienda de la persona destinataria de la ayuda y con la participación de ésta y su familia cuidadora.
- **El SAD continúa sin realizarse en coordinación con la atención domiciliaria de carácter sanitario**, con lo que se va en contra de todas las recomendaciones avaladas científicamente y se pierde también eficacia en el resultado de las intervenciones que se continúan realizando de forma separada.

SERVICIO DE TELEASISTENCIA

- A Enero de 2004, **148.905 personas de 65 y más años son usuarias** de este servicio, lo que supone un índice de cobertura de 2.05 sobre > de 65 años (Nuevamente se recuerda las cautelas con que hemos de tomar los datos referidos por las CC.AA.).
 - **Nota:** Las CC.AA. con mayor número de usuarios/as son Andalucía y Madrid, seguidas de Castilla-La Mancha y Castilla-León. A su vez Madrid y Navarra alcanzan una mayor cobertura (algo más del 4%) frente a la media nacional, que se sitúa en el 2,05% de la población de 65 y más años. **Andalucía se sitúa en una posición intermedia** (1,79), por delante de Galicia (0,67) y Murcia (1,35), entre otras.
- **El precio público, enero 2004, de 253,65 euros anuales (21,13€/mes)**. Bastante uniformidad interautonómica en el precio de este servicio. La evolución y perfeccionamiento tecnológico de este programa ha abaratado considerablemente sus costes. La mayoría de Comunidades no contemplan el copago en este servicio.

ACCESIBILIDAD Y AYUDAS TÉCNICAS

- **Un entorno puede ser *discapacitante* si algunos de sus factores de uso cotidiano lo son.** La importancia de adecuar los productos a las características reales de las personas mayores puede ser en muchas ocasiones suficiente para favorecer su vida independiente.
- **La mayoría de las personas mayores en situación de dependencia no utiliza ayudas técnicas**, en parte porque no tiene información sobre ellas y, otra parte, porque no sabe dónde adquirirlas (**Nota:** También aluden como razones las económicas, pero hay que tener en cuenta que existe un buen número de ayudas de precio muy bajo, mientras que la de mayor coste suelen estar comprendidas como prestaciones sanitarias).

SERVICIOS INTERMEDIOS

- Aunque se cuenta con muy escasa información sobre la disposición por las CC.AA. de estos servicios, mediante programas de estancias temporales en alojamientos y residencias, concluyen que **la extensión de este importante soporte para las familias cuidadoras es escaso y adolece de deficiencias.**
- **Apenas se realizan valoraciones e intervenciones individualizadas**, ni tampoco planes al alta con recomendaciones para seguir en casa.
- **EL CENTRO DE DÍA** es uno de los recursos más **recientemente implantados** en España, pero no alcanza las dimensiones que debería tener para responder a la demanda.
 - A enero 2004, la oferta en España ascendía a **1.756, públicos y privados**, con una oferta de **33.709 plazas** para personas mayores dependientes. El índice de cobertura es 0.46 sobre > de 65 años, lo que supone un 1,9 sobre mayores de 80 años, que son sus usuarios/as mayoritarios/as.

(**Nota:** Madrid y Cataluña disponen del mayor n.º de plazas en términos absolutos y en su índice de cobertura, mientras que Castilla La Mancha (0,24), Baleares (0,24), Canarias (0,23) y Valencia (0,25) se sitúan en los índices más bajos. Andalucía, con 3.721 plazas, el índice es de 0,33).

- Diversidad importante en cuanto a los precios. De nuevo sugiere que las prestaciones y programas que se ofrecen en los centros de día son diferentes en cada territorio, **al estar mezclando y confundiendo términos.**

CONDICIONES DE LA VIVIENDA Y PRESTACIONES RELACIONADAS CON SU ADECUACIÓN

- **El 41% de personas mayores españolas declara no disponer de ningún tipo de calefacción**, individual o colectiva, y el 15.6% no dispone de ningún medio de producción de calor en su domicilio (INE, 2001).
 - **{Nota:** Observamos con preocupación que en algunas CC.AA. en las que el frío del invierno se deja notar hay porcentajes significativos que no cuenta con ningún medio para calentar alguna habitación: Galicia (26%), Extremadura (25%) y Castilla La Mancha (15%). En Andalucía el porcentaje es de 23,7%}.
- Un 26% necesita subir tres alturas o más para llegar a su domicilio.
- **La mayoría de las CC.AA. dispone de programas específicos para la adecuación de las viviendas**, que suelen depender, en unos casos, de los servicios sociales y, en otros, de las instituciones que tienen competencia en materia de vivienda.
- **No se cuenta con información** sobre el cumplimiento de los porcentajes de viviendas accesibles establecidos legalmente **en la modalidad de V.P.O. y viviendas sociales**, ni tampoco de la utilización que de este cupo hacen las personas mayores, aunque parece que es muy escasa (**Nota:** A destacar que la mayoría de las personas mayores desconocen la existencia de esta oferta, pues existe la imagen generalizada de que son exclusivamente para personas con discapacidad más jóvenes).

SISTEMAS ALTERNATIVOS DE ALOJAMIENTO Y RESIDENCIAS

- Existen iniciativas innovadoras, como las modalidades de viviendas compartidas (**acogimientos heterofamiliares**). La familia acogedora recibe una prestación económica a cambio de los servicios que presta (**Nota**: Actualmente Galicia es pionera en esta iniciativa, con resultados positivos, disponiendo de 467 plazas destinadas a este recurso, de las cuales 281 son para personas en situación de dependencia. Asimismo Madrid informa de la existencia de 106 plazas de acogimiento familiar y Asturias de 60 plazas).
- **Las fórmulas de alojamientos alternativos a las residencias** (apartamentos/viviendas con servicios, pisos tutelados, etc.) **apenas han avanzado** en su conceptualización y modelo asistencial, al contrario de lo que ocurre en otros países desarrollados (**Nota**: Castilla y León (260) y Andalucía (169) se sitúan a la cabeza tanto en el número de viviendas como en el de plazas).
- La oferta residencial en España se basa en un modelo de gestión y financiación mixta (público/privado). **El peso de la privada ha ido adquiriendo protagonismo a lo largo del tiempo**. Si en el año 1994, el 32,5% de las plazas de residencia eran públicas, ese porcentaje ha bajado en 2004 al 24,6%.
- En la oferta de plazas residenciales sigue siendo muy importante el número de plazas para personas sin problemas de dependencia (sólo el 60% son para personas en situación de dependencia).
- **No existe información sobre el coste real de las plazas públicas** (**Nota**: si realizamos un análisis comparativo basado en el precio del concierto, las diferencias son la norma: Asturias y Extremadura conciertan sus plazas para personas con dependencias en menos de 11.000 €, mientras en el País Vasco se paga más de 19.000 € y en Canarias más de 27.000 €. En Andalucía es de 14.464,95 €).
- Otras cuestiones importantes, como **el sistema de acceso** (baremos), **el copago de los/as usuarios/as**, etc. son también elementos que suman más heterogeneidad a la distribución de este recurso.

- Aunque la mayoría de las residencias son de tamaño medio, se considera que los grupos económicos y la propia Administración **han devaluado las ventajas de las instalaciones pequeñas y han sobrevalorado la de las grandes.**

- Mientras para obtener una plaza pública de residencia existen lista de espera de manera generalizada, **un número importante de plazas privadas se encuentran vacantes**, debido a su alto precio.
 - (**Nota:** La situación actual de la oferta residencial determina que sólo las personas pertenecientes a las clases sociales más bajas y en situaciones más carenciales puedan aspirar a una plaza pública, y que sólo las clases altas o medias-altas puedan acceder a una privada de calidad aceptable. **En el centro queda**, sin posibilidad de acceder ni a unas ni a otras, **una gran parte de la población de clase media y media-baja**, que se ven obligadas a quedar desasistidas o a optar, bien por plazas en residencias de baja calidad, bien por la sobrecarga familiar).

- Las noticias que periódicamente saltan a los medios de comunicación sobre la ínfima calidad de algunas residencias **pone en cuestión el sistema de vigilancia e inspección de las instituciones públicas en esta materia**
 - (**Nota:** A destacar que la Consejería para la Igualdad y Bienestar Social de la Junta de Andalucía inspeccionará este año 2005 la totalidad de las residencias de personas mayores de la comunidad autónoma, tanto públicas como privadas y concertadas).

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

Las enfermedades son la causa principal de la dependencia y, mayoritariamente, requiere controles y tratamiento para evitar que la dependencia progrese. Por tanto, **la atención sanitaria es un factor clave.**

La mayor esperanza de vida determina nuevas demandas de cobertura, funcionamiento y utilización de los servicios sanitarios, y en este mismo sentido será necesario cubrir las necesidades sanitarias que presenten las cada vez más personas con dependencia.

Nuevamente, y como ya se avanzaba en el capítulo de servicios sociales, **se apuesta por la coordinación de las prestaciones sociales y sanitarias** para dar una respuesta adecuada a las personas dependientes.

(**Nota:** Deben marcarse las competencias de uno y otro en el futuro Sistema de Atención a la Dependencia y la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, así como la ordenación sanitaria y social de cada Comunidad Autónoma).

SERVICIOS SANITARIOS DEDICADOS A LA DEPENDENCIA

Necesidad de un **análisis sobre las necesidades sanitarias de los recursos actualmente disponibles** (**Nota:** Es una tarea compleja al no existir un sistema de información unificado sobre recursos para la atención de personas dependientes, lo que impide poder valorar adecuadamente el mapa de recursos a nivel estatal).

1.- Atención primaria

La reforma de la Atención Primaria de Salud en España ha influido muy positivamente en la calidad de la atención de la salud prestada a la población, con una valoración positiva de los cambios por parte del usuario/a.

(**Nota:** Según la Encuesta Nacional de Salud de 2001, en el ámbito en que se produce la mayoría de las consultas al médico por parte de la población general es en los Centros de Salud (57%), frente al 20% en el Centro de Especialidades y el 9% en consultas externas al hospital. Los mayores de 65 años generaron el 37,8%, un 33% hombres y un 41,4% mujeres).

Actuaciones sanitarias más planificadas en relación al dependiente:

- **Programa de actividades de prevención y promoción de la salud (PAPPS)** (Previene el deterioro funcional y, cuando éste se ha producido, recupera el nivel de función previo con el objetivo de que el anciano pueda permanecer en su domicilio con el mayor grado de independencia posible).
- **Programa del anciano.** (Pretende fomentar la autonomía física, psíquica y social de las personas mayores de 65 años, prevenir los riesgos relacionados con su edad y garantizar la continuidad de sus cuidados).
- **Programa de atención domiciliaria.** (Atención domiciliaria a pacientes inmovilizados y atención a terminales, y Evaluación de las coberturas en los servicios de Cartera de Atención Primaria del INSALUD).

Para mejorar la calidad de la atención sanitaria que se presta en domicilio y potenciar el mismo como el lugar de atención, desde 1998 en Madrid se emplean los **Equipos de Soporte de Atención Domiciliaria (ESAD)**. Y desde 1986 Cataluña desarrolla los **Equipos de Soporte a la Atención Domiciliaria (PADES)**. Ambos tienen como principal objetivo la actividad asistencial de manera compartida con la Atención Primaria y la coordinación con la atención especializada y con los recursos socio-sanitarios.

2.- Los hospitales generales de agudos

La población anciana consume más recursos hospitalarios porque su tasa de *morbimortalidad* es mayor que la de otros grupos de edad.

(**Nota:** Entre un **15-20% de la población mayor de 65 años son ancianos frágiles** y precisan de una atención específica, con alto riesgo de incapacidad y dependencia y que la hospitalización aguda puede agravar).

Según un estudio de la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología de junio de 2003, **el 32% de los hospitales españoles tienen cobertura geriátrica especializada**, y en un 22% de los casos estaría constituida por los equipos geriátricos multidisciplinares de evaluación con diferente nomenclatura según la comunidad autónoma.

Las personas mayores de 65 años suponen el 26% de las personas que acuden a urgencias hospitalarias y **constituyen el 40% de los ingresos hospitalarios por esta vía**.

3.- Los hospitales y unidades de media estancia y convalecencia

Como pieza clave en la eficacia de la asistencia al paciente dependiente con necesidades de atención sanitaria, tienen como **objetivo prioritario la recuperación funcional de los y las pacientes**, generalmente ancianos con incapacidad o deterioro inicialmente reversible.

Entre otros cuidados están los dirigidos a la implicación y **aprendizaje de familiares en el cuidado de ancianos/as incapacitados/as**, la planificación de la ubicación definitiva al alta hospitalaria, la evaluación de los síndromes geriátricos e incluso la estabilización clínica de enfermedades en fase subaguda.

Como en otras partes del Libro existen diferencias dependiendo de los planes de salud de las comunidades autónomas, y **nuevamente es difícil conocer el número de camas que hay para tal fin, debido a la escasa precisión de los datos publicados y a la confusión terminológica que hay al respecto**.

4.- Los hospitales y unidades de larga estancia

Para los y las pacientes dependientes, la atención sanitaria en régimen de internamiento se prestará en los hospitales de media y larga estancia y los de salud mental y tratamiento de toxicomanías. Cuando sea preciso, la atención se prestará en hospitales generales.

(Su desarrollo en España es heterogéneo, no hay consenso suficiente sobre su necesidad y las características que deben reunir estas unidades. **Reciben nombres diferente y su sistema de acceso y de financiación es diferentes** dependiendo de la comunidad autónoma en que se halle).

5.- Hospitalización domiciliaria

Engloba diferentes sistemas asistenciales que a menudo se superponen y que se pueden agrupar en:

- ✓ **Cuidados tras el alta hospitalaria.** Aseguran la continuidad de cuidados entre el hospital y la comunidad, facilitando la adaptación de los pacientes en su domicilio y previniendo reingresos hospitalarios evitables.
- ✓ **Cuidados de soporte.** Cuidados que se proporcionan a pacientes con incapacidad funcional y/o mental grave.
- ✓ **Cuidados paliativos.** A pacientes con enfermedades en estadio terminal, habitualmente neoplásicas, centrándose en aspectos de control de síntomas de apoyo psico-social tanto al paciente como a sus cuidadores.
- ✓ **Hospitalización domiciliaria propiamente dicha.** Alternativa asistencial capaz de realizar en el domicilio del paciente procedimientos terapéuticos y cuidados similares a los dispensados en los hospitales.

6.- Los centros diurnos: hospitales de día y centros de día

- ✓ **HOSPITALES DE DÍA GERIÁTRICOS (HDG).** Centro de día interdisciplinario, integrado en un hospital y actúa entre este y la comunidad. Tratamiento integral y/ o valoración geriátrica y regresa posteriormente a su domicilio. Lo más recomendable es que estén dentro del hospital, pudiéndose así reforzar los aspectos de control clínico y valoración.
- ✓ **CENTROS DE DÍA.** Servicio sociosanitario de apoyo a la familia, que ofrece a los pacientes dependientes y durante el día, atención a las necesidades personales básicas, terapéuticas y socioculturales de las personas afectadas por diferentes grados de dependencia, promoviendo su autonomía y la permanencia en su entorno habitual. Es un recurso dependiente más de los servicios sociales que de los sanitarios.

(**Nota:** Recordamos que **la cobertura de plazas** de Centros de Día públicas (propias o concertadas) **no sobrepasa en ninguna comunidad autónoma las 0,33 plazas por cada 100 mayores de 65 años**. El índice de cobertura es, por tanto, muy escaso. Informe “Las personas mayores en España, 2002”, IMSERSO).

7.- Atención especializada y las residencias asistidas

La atención institucional de larga duración a personas mayores se realiza en residencias y unidades hospitalarias de larga estancia.

En las residencias deberían vivir las personas mayores que necesiten cuidados sociales. Al estar adscritas a bienestar social dependen, para la atención sanitaria inicial, de atención primaria.

En unidades de larga estancia para personas que precisen cuidados principalmente sanitarios.

Cuidados informales

Aunque ya ha sido tratado, volvemos a señalar que casi en su totalidad los cuidados los proporcionan **miembros de la familia de la persona dependiente**.

(**Nota:** Recordar que **el perfil del cuidador/a en España** es el de una mujer de entre 50 y 60 años, hija en la mayor parte de los casos, que dedica muchas horas al día al cuidado. Sólo el 11,23% de las familias reciben ayuda externa de un cuidador profesional).

DESARROLLO DE LA ATENCIÓN SANITARIA A PERSONAS EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA EN EL SISTEMA NACIONAL DE ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA

- ✓ **Los cuidados sanitarios de larga duración** se refieren a la atención de pacientes que precisan cuidados sanitarios de baja complejidad, que pueden proporcionarse en su domicilio o requerir un periodo prolongado de internamiento.

La atención sanitaria a la convalecencia se dirige a personas que requieren atención y cuidados durante un periodo de tiempo limitado.

- ✓ **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.

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/a, **respetando su estilo de vida y sus preferencias**.

Principios generales: acceso universal y gratuito, enfoque preventivo, prestaciones orientadas a la atención de las necesidades individuales de las personas ajustadas a su historia de vida y su entorno familiar y social, un sistema de valoración de la dependencia y un enfoque integral de los dispositivos sociales y de salud, entre otros.

El **CONTENIDO de la atención sanitaria a la Dependencia** hace referencia a los siguientes puntos:

1.- Protección, promoción de la salud y prevención de la enfermedad

Mediante la promoción y prevención individual realizada en consultas médicas y de enfermería, **en el domicilio del o la paciente**, en los periodos de hospitalización, así como mediante educación para la salud a grupos de población en los centros sanitarios o en centros comunitarios o en medios de comunicación.

Esos contenidos se concretan en:

- ✓ **En la población general.** Desarrollando medidas preventivas y promocionando hábitos saludables.

- ✓ **En el anciano o anciana** (junto a lo anterior). Prevenir la aparición de enfermedades (físicas y mentales) y de sus secuelas, manteniendo el mayor grado de autonomía (por encima de los umbrales de dependencia) que le permita la integración social en su medio gozando de una calidad de vida satisfactoria con unos sistemas adecuados de apoyo.

- ✓ **Prevención durante la hospitalización en hospital de agudos.** En ocasiones el resultado de una hospitalización es el de una persona con más necesidades para realizar las actividades de la vida diaria y una familia desbordada y confusa ante la nueva situación, lo que conlleva una demanda de institucionalización o en su defecto de ayuda social comunitaria.

Una parte de esta demanda podría ser evitada instaurando estrategias preventivas y terapéuticas adecuadas. En los hospitales de agudos hay que potenciar más la movilización y la deambulación precoces, el mantenimiento y la reeducación de los esfínteres, o la conservación de las actividades de la vida diaria.

2.- Cuidados sanitarios de larga duración, atención sanitaria a la convalecencia y rehabilitación de pacientes con déficit funcional recuperable

La valoración clínica y funcional para evaluar la necesidad de cuidados sanitarios y de ayuda social de la persona dependiente incluirá el **diagnóstico de los problemas de salud relevantes y utilizará una escala o cuestionario** que aporten datos básicos sobre la edad y filiación del usuario, nivel cognitivo y comportamiento, estado físico, estado nutricional, consumo de medicamentos y tratamientos y procedimientos especiales.

Esta valoración orientará los **planes de cuidados** basados en factores de riesgo y diagnósticos detectados, así como en las necesidades funcionales del paciente. Estos planes integrarán atención médica, cuidados de enfermería y cuidados sociales.

Estos cuidados se realizarán en el ámbito domiciliario, en el hospital de día y en centros de internamiento.

A. Atención sanitaria en el domicilio

Opción asistencial que proporciona a los pacientes dependientes una mejor calidad de vida. Esta atención debe ser una prestación común para toda la población que la necesite y **no depender de iniciativas puntuales de una zonas respecto a otras**.

Esta atención incluiría: captación del enfermo dependiente, valoración clínica y funcional y plan de cuidados, atención médica, cuidados de enfermería, formación y apoyo a la familia y a los cuidadores, programas de apoyo sanitario a personas en situaciones de exclusión, maltrato, violencia doméstica y con conductas de riesgo social además de atención sanitaria a distancia.

B. Atención sanitaria en Hospital de Día

En este ámbito **serán de importancia** los programas que tengan como objetivo la recuperación funcional, la valoración exhaustiva y el control clínico (médico y de enfermería).

C. Atención sanitaria a pacientes en régimen de internamiento: hospitales de media y larga estancia

Este tipo de atención **incluirá:** programa de captación y derivación; valoración clínica y funcional y plan de cuidados; atención médica; cuidados de enfermería; rehabilitación funcional de procesos específicos; valoración de la seguridad y gestión de riesgos de los residentes; programa de apoyo al enfermo/a para su desinstitucionalización; derivación a otros niveles de atención cuando sea preciso y otros servicios (como podología, apoyo psicológico, medicación, curas, etc).

3.- Programa de apoyo sanitario a centros sociales o residenciales

La atención sanitaria incluirá: gestión de medicamentos y protocolización para su dispensación y derivación para atención sanitaria a Atención Primaria o Especializada por parte del centro residencial cuando se precise (**Nota:** Sin olvidar, de nuevo, que deben **establecerse sistemas de coordinación** de los y las profesionales del medio residencial con los de atención primaria y los de atención especializada).

4.-Garantías de calidad, seguridad, movilidad y tiempo e acceso a las prestaciones

Establecer **estándares de calidad** que garanticen la calidad e idoneidad de los cuidados, tanto en domicilio como en centros de día y en centros de internamiento.

Se debe garantizar que el derecho a las prestaciones acompañe al paciente en el caso de desplazamientos dentro del estado español y establecer plazos para el acceso a estas prestaciones.

5.- Sistemas de información

Favorecer la **implantación de una metodología de valoración común** de los pacientes dependientes y útil para todos los ámbitos o entornos del mismo que permita una continuidad en la atención.

Servirá de base para elaborar un mapa de recursos sociosanitarios con el fin de facilitar la evaluación, planificación y realización de estudios epidemiológicos.

GESTIÓN DE RECURSOS NECESARIOS

Definir un sistema de valoración homologado que identifique los requisitos que debe reunir una persona para ser considerada como dependiente y ser incluida en el Sistema de Atención a la Dependencia. Debe ser una condición previa al establecimiento del plan de cuidados sanitarios, que afectará a la planificación y la asignación de recursos.

Prácticas profesionales: Gestión de casos

- ✓ **Reorientar las prestaciones** a aquellas que sean realmente necesarias y útiles,
- ✓ **Identificación precoz** de las personas en situación de riesgo,
- ✓ **Énfasis en la protección**, promoción de la salud y prevención de la enfermedad,

- ✓ **Atención integral**, multidisciplinar, personalizada y continuada,
- ✓ **Rehabilitación física, psicoafectiva y social** para promover mayor grado posible de autonomía y prevenir la aparición o agravamiento de situaciones de discapacidad y/o dependencia.
- ✓ Orientación de los cuidados hacia el **mantenimiento** de las personas **en el medio socio familiar** y en el entorno domiciliario.
- ✓ **Apoyo a las familias y a los y las cuidadoras informales.**
- ✓ La **participación** de la persona y, en su caso, la familia o personas que le representen **en la toma de decisiones** sobre los cuidados a recibir, a partir de una información suficiente y veraz de su condición o estado.

Habría que **potenciar el papel de los y las geriatras** en la atención sanitaria a los y las mayores y en la coordinación con la atención primaria.

Formación y capacitación profesional

Los y las profesionales de los servicios de salud deberán tener a su disposición: programas de actuación sanitaria aplicables a estos pacientes y programas de formación para llevar a cabo la promoción, prevención, diagnóstico precoz y la valoración de cuidados y el establecimiento de la atención sanitaria a personas con dependencia.

Recursos sanitarios necesarios

Una vez desarrollado el Sistema de Atención a la Dependencia y definidas las prestaciones sanitarias correspondientes, **se tendrá derecho a la provisión de una serie de servicios sanitarios y sociales hasta ahora no reconocidos de forma explícita.**

Habrá que planificar el sistema teniendo en cuenta que dar una adecuada atención socio-sanitaria a las personas dependientes requiere más recursos sanitarios de los actuales, independientemente de la mejora en los sistemas de gestión y coordinación existentes y de las entidades provisoras de los mismos.

CAPÍTULO VII. “COORDINACIÓN SOCIOSANITARIA”

UN RETO IMPRESNCINDIBLE. Necesidad de reformular los sistemas de financiación, gestión y distribución de recursos destinados a este colectivo. **Abordar respuestas sociosanitarias y coordinarlas para facilitar la accesibilidad a los diferentes servicios y garantizar o facilitar la continuidad de cuidados entre servicios.**

Esta situación se está abordando en toda Europa y tiene como objetivo **distribuir de forma más racional** las responsabilidades de los sistemas social y sanitario en el abordaje de las situaciones de dependencia.

ANÁLISIS DE LAS INICIATIVAS Y PROGRAMAS SOCIO-SANITARIOS

1. Ámbito estatal

En España no existe un modelo uniforme de prestación ni de coordinación de servicios sanitarios y sociales.

La coordinación debe realizarse a varios niveles: entre servicios sanitarios y servicios sociales, entre diversos servicios de un mismo sistema, entre los servicios profesionales, sociales y sanitarios, y el sistema de apoyo informal.

En 1998 la Subsecretaría de Sanidad y Consumo, en estrecha colaboración con la Secretaría General de Asuntos Sociales a través del IMSERSO, decidió en el año **1998**, dar impulso a la tarea de **avanzar en la configuración de un modelo de atención sociosanitaria** que tuviese una bases comunes, sin menoscabo de las competencias que las Comunidades Autónomas tienen otorgadas en este materia.

Para ello se constituyó un grupo de expertos y expertas con el encargo de realizar un informe sobre el tema, y avanzar en el cumplimiento del acuerdo parlamentario antes citado. **De ahí buena parte de la Ley 63/2003 de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud.**

2. 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. Programa *Vida als anys*, ha permitido la creación de una red de servicios de media y larga estancia, así como otros servicios como hospitales de día, equipos de valoración y soporte de geriatría a domicilio, y equipos de valoración y soporte en el hospital. Se consolidó en la red sociosanitaria.

(La coordinación entre los recursos propiamente sanitarios es satisfactoria pero no ha resuelto la coordinación entre el sistema sanitario y el social que se mantienen con sistemas de acceso y modelos de financiación distintos).

PAÍS VASCO. Creado el Consejo Vasco de Atención Sociosanitaria como órgano superior de coordinación de los sistemas sanitario y social. Sus funciones son: elaborar el Plan Estratégico de Atención Sociosanitaria, garantizar la prestación de servicios, delimitar competencias, promover programas comunes y coordinar mecanismos de evaluación.

Está formado por: el Consejero de Sanidad, el Consejero de Vivienda y Asuntos Sociales, cuatro vocales del departamento de Sanidad o Servicio Vasco de Salud, los tres Diputados Forales de Acción Social y un representante de la Asociación de Municipios.

(No tienen una red propia de servicios y busca una mejor respuesta al paciente sociosanitario integrando sistemas de información y coordinación entre la atención primaria y especializada).

GALICIA. Hasta el momento no existe una red de centros sociosanitarios como tal, ni tampoco una coordinación entre prestadores. En la ley de Ordenación Sanitaria de Galicia (LOSGA) se señala que la continuidad del servicio se garantizará por ambos sistemas mediante la adecuada coordinación entre las distintas administraciones públicas.

NAVARRA. Los sistemas de salud y de servicios sociales constituyen dos estructuras orgánicas independientes, con dos organismos autónomos: el Servicio Navarro de Salud, adscrito al de Bienestar Social; y la figura del Coordinador del Plan Foral de Atención Sociosanitaria.

CASTILLA Y LEÓN. El II Plan Sociosanitario trata de potenciar la coordinación a través de la creación de comisiones sociosanitarias con base territorial que tiene funciones de gestión de casos y promoviendo sistemas de información compartidos.

ARAGÓN. Gerencia única que integra todos los recursos, tanto de atención primaria como especializada (está desarrollando la coordinación entre servicios sanitarios y sociales).

CANTABRIA. Tiene una Consejería única para sanidad y servicios sociales y dispone de un programa y ordenación sanitaria encargado de gestionar los servicios sociosanitarios. Ha desarrollado estructuras de coordinación sociosanitaria.

CANARIAS. Dentro de su Plan de Salud incluye 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. Existen 11 consejos de salud en distintas zonas básicas. Están estructurados en su funcionamiento por representantes de distintos sectores donde participan conjuntamente los servicios Sociales y los profesionales de Atención Primaria.

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 definición de un modelo de atención sanitaria de la dependencia. Los entienden como modelo en el que los sectores social y sanitario evalúen conjuntamente las necesidades sanitarias y sociales y definan las responsabilidades y competencias de cada uno.

ANDALUCÍA. En el II Plan Andaluz de Salud incluye objetivos concretos que desarrollan mecanismos de coordinación entre los servicios hospitalarios, los de atención primaria, servicios sociales y otras instituciones.

VALENCIA. Puso en marcha el programa PALET 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.

CASTILLA LA MANCHA. Desarrolla Planes de Atención a Personas Mayores (1998-2002).

MADRID. Desde 1998, el Plan de Mayores de la Comunidad de Madrid

En general, **todas** las comunidades han demostrado su **interés por desarrollar estructuras de coordinación a nivel de la administración.** Otras prefieren coordinación entre sus servicios sin crear estructuras nuevas en la administración.

El Ministerio de Sanidad y el de Trabajo y Asuntos Sociales en sus sucesivos planes han incorporado la coordinación sociosanitaria.

MODELOS DE COORDINACIÓN. CUESTIONES CONCEPTUALES

- ✓ **COORDINACIÓN SOCIO-SANITARIA.** Conjunto de acciones encaminadas a ordenar los sistemas sanitario y social para ofrecer una respuesta integral a las necesidades de atención sociosanitaria que se presentan simultáneamente en las personas que padecen situaciones de dependencia.

Se acerca a lo que podríamos llamar metodología de la intervención, intentando optimizar los recursos de ambos sistemas y lograr la mejor comunicación entre ellos con vista a la intervención conjunta y toma de decisiones sobre la utilización de los recursos.

Parte del reconocimiento de las competencias atribuidas a cada una de las administraciones, sanitaria y social, autonómicas y general del Estado.

- ✓ **RED DE ATENCIÓN SOCIO-SANITARIA.** Conjunto de recursos destinados de forma específica a la atención socio-sanitaria de las personas en situación de dependencia.

Objetivo: crear un nuevo espacio de atención del que forman parte algunos de los recursos del sistema Nacional de Salud y del Sistema de Servicios Sociales, así como nuevos servicios específicos para la atención socio-sanitaria.

Se trata de una estrategia de reorientación de los servicios sanitarios y sociales e **implica cambios en el diseño de los modelos de gestión y financiación** para que este sistema tenga entidad propia.

CONVERGENCIA Y DIVERGENCIAS EN LOS MODELOS DE ATENCIÓN SOCIOSANITARIA

Sólo se encuentran coincidencias en el empleo del adjetivo sociosanitario, el reconocimiento de la urgencia de ofrecer respuestas integrales o cuidados de larga duración a las personas que necesitan ayuda social y sanitaria de forma simultánea y duradera.

Otro aspecto de consenso es el **reconocimiento de que la atención sociosanitaria**, cualquiera que sea su modelo, requiere coordinación en múltiples aspectos y desde los diferentes sistemas que tienen responsabilidades en este campo.

SITUACIÓN ACTUAL, CRITERIOS GENERALES Y PROPUESTAS DE MEJORA DE LA COORDINACIÓN SOCIOSANITARIA

La coordinación con los servicios sociales desde Atención Primaria. Situación actual

Suele producirse **a través del trabajador/a social del centro de salud**, quien evalúa los casos a demanda del profesional médico o de enfermería y solicita, en el supuesto de que lo precise, el correspondiente servicio social institucional o comunitario.

Son escasas las comisiones sociosanitarias de distrito o de zona, o sus equivalentes según las diferentes Comunidades Autónomas, que sean un verdadero foro donde profesionales de los servicios sociales y sanitarios puedan comunicarse.

(**Nota:** *Falta coordinación entre los dispositivos asistenciales sanitarios y sociales.* En general, las competencias se encuentran repartidas entre las Consejerías de Sanidad y las de Servicios Sociales, con redes sanitarias y sociales independientes).

Criterios generales de la coordinación sociosanitaria

Deben partir de una **base de factibilidad y de comprensión de la realidad de cada territorio**. Algunos de ellos son:

- ✓ Que **la coordinación sociosanitaria no puede sustituir la escasez de recursos**, y que parte del reconocimiento de la competencia de cada una de las partes (sanitaria y social y diversos servicios) y de la necesidad de la mejor utilización del recurso adecuado en cada situación.
- ✓ El acceso a los recursos sanitarios y sociales debe basarse en la **valoración exhaustiva** por parte de profesionales expertos/as.
- ✓ **Distribución equitativa de los recursos** según las características de cada territorio.
- ✓ **El acceso a los recursos** debe producirse **descentralizadamente** a nivel territorial.
- ✓ Las estructuras básicas de coordinación **deben contar con la presencia de profesionales expertos/as** y deben tener territorios delimitados donde tengan competencias ejecutivas.
- ✓ **La Administración es el garante de la equitativa provisión de los servicios**, así como del establecimiento de prioridades de acceso según necesidades ante las diferencias entre oferta y demanda.

Propuestas de mejora de la coordinación entre Atención Primaria y Servicios Sociales

Puesta en marcha de una metodología de trabajo más eficaz que incluya los siguientes puntos:

- ✓ Hacer **coincidir los mapas sociales y sanitarios**.
- ✓ **Descentralización en la toma de decisiones** y desarrollo de la capacidad de gestión de los y las profesionales de atención directa.
- ✓ **Diseño de protocolos de derivación** que hagan posible la automatización de los procesos.
- ✓ 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**. Deben delimitarse las competencias que corresponden a cada sector y orquestar un sistema coordinado garantizando que la suma total de servicios dé una respuesta integral a las necesidades de las personas dependientes que requieran además cuidados sanitarios.
- ✓ **Equipos de gestión de casos**, que asuman funciones de valoración, prescripción de cuidados y vínculo entre las diferentes organizaciones implicadas en la atención, los usuarios de los servicios y sus cuidadores familiares. Aquí los equipos gestores de casos representan la personificación de las estrategias de coordinación.

POBLACIÓN DIANA DE LA ATENCIÓN SOCIOSANITARIA

Hay que **eliminar el componente discriminatorio** que conllevan a las actuaciones protectoras exclusivas de mayores.

La **tipología de usuarios/as de atención sociosanitaria** es la siguiente: enfermos/as geriátricos, mentales crónicos, terminales, grandes minusválidas, personas con enfermedades crónicas evolutivas en situación de dependencia funcional y personas en situación de precariedad social con problemas sanitarios.

A MODO DE CONCLUSIÓN; PROPUESTAS

- ✓ El Sistema Nacional de Dependencia deberá **avanzar en la clarificación y homogeneización de principios**, criterios y acciones de coordinación entre los dos sistemas, que garanticen e identifiquen los derechos de los ciudadanos y ciudadanas a recibir una atención integral adecuada y suficiente, ante sus necesidades sean estas sociales o sanitarias.

(**Nota:** Se considera que buena parte de las propuestas que se realizan en el **Informe del Defensor del Pueblo** pueden ser asumidas en la puesta en marcha de un Sistema Nacional de Dependencia a pesar de estar dirigidas de manera específica a las personas mayores).

PROPUESTAS:

1- **Garantía de continuidad en los cuidados entre los diferentes niveles asistenciales sociales y sanitarios.** Sólo es posible si se desarrollan estrategias estables de coordinación sociosanitaria que posibiliten atención integral y adecuada utilización de los recursos.

2- Necesaria **creación de órganos, estructuras o instrumentos de coordinación** que tengan el suficiente respaldo normativo de las Administraciones Públicas.

3- Se debe realizar una **evaluación exhaustiva de la eficacia de los equipos consultores de soporte**, como una de las alternativas a tener en cuenta en la implantación de estrategias de coordinación.

4- **Promover experiencias piloto en gestión sociosanitaria**, pilotando diferentes modelos de gestión de casos que actualmente se realizan en otros países.

5- Avanzar definitivamente en el establecimiento de criterios de sectorización acordes a las necesidades de intervención sociosanitaria. Es indispensable, por tanto, el **diseño de áreas y mapas comunes de recursos sociosanitarios**.

6- **Elaborar criterios consensuados y flexibles de ordenación y utilización de los recursos sociosanitarios** disponibles en el ámbito de actuación correspondiente estableciendo acuerdos estables sobre:

- ✓ Generalización del uso de atención primaria y servicios sociales.
- ✓ Creación de circuitos de derivación entre los diferentes sistemas y servicios que posibiliten la continuidad de los cuidados.
- ✓ Sistema único de valoración para el acceso a los servicios.
- ✓ Elaboración de indicadores de evaluación del sistema de coordinación y de los servicios implicados.

7- Formación de los y las profesionales de la atención sociosanitaria requiere la asunción de cambios en los contenidos curriculares de las diferentes disciplinas implicadas en la atención a las situaciones de dependencia. **Establecer experiencias de formación conjunta** en las que se incluyan técnicas de trabajo en equipo y de intervención interdisciplinar.

9- En el diseño de los planes de coordinación y atención sociosanitaria **se tendrá en cuenta la opinión de los usuarios/as.**

10- La calidad de los programas y servicios de atención sociosanitaria debe estar **vigilada y promovida desde las Administraciones Públicas** (controles objetivos de calidad).

11- El **establecimiento de estándares de calidad para la acreditación** de servicios públicos y privados incluirán indicadores que garanticen la efectividad de los programas puestos en marcha para la mejora de la asistencia a las personas dependientes.

12- Es necesario **potenciar un cambio cultural** que permita la mejora en la interrelación entre profesionales de distintas instituciones con el objetivo de ofrecer los mejores servicios posibles con los recursos de que se dispone.

CAPÍTULO VIII. PRESUPUESTOS Y RECURSOS ECONÓMICOS DESTINADOS A LA FINANCIACIÓN DE LA DEPENDENCIA

Aunque la protección sanitaria es universal en cuanto a cobertura es incompleta en lo referente a la atención de las personas en situación de dependencia. **El déficit en la protección de la dependencia reside fundamentalmente en la oferta de servicios sociales**, así como en el limitado y descoordinado impacto de las prestaciones monetarias por dependencia.

La cobertura de servicios sociales comunitarios y residenciales es aún baja en términos comparativos con otros países de la UE.

El derecho a los servicios sociales es un derecho “**debilitado**”, de naturaleza asistencial, y el desarrollo de los servicios sociales por cada CCAA ha generado una creciente **desigualdad entre regiones en cuanto a cobertura e intensidad protectora**.

TIPOLOGÍA DE RECURSOS

- a) **Prestaciones monetarias de la Seguridad Social**, tanto contributiva como no contributiva por ayuda de tercera persona o hijo/a a cargo necesitados de cuidados especiales.

Uno de los problemas generales es la **diversidad de cuantías para cubrir objetivos en muchos casos parecidos**. Según de donde se provenga (contributivo–no contributivo), según el tipo de colectivo, según la cuantía de la pensión, como en el caso de las pensiones contributivas de gran invalidez, así será la cuantía de la prestación por ayuda de tercera persona, que no siempre se relaciona de manera objetiva con la situación de dependencia a proteger.

(**Nota:** Esta situación plantea la **necesidad de reconducir** esta diversidad de prestaciones y cuantías a unas prestaciones directamente relacionadas con la situación o niveles concretos de dependencia y no con la cuantía de las pensiones o subsidios asistenciales relacionados con la carencia de rentas).

- b) En lo referente a los **servicios sociales nos remitimos al capítulo correspondiente del Libro Blanco**.

(**Nota:** Enfatizar de nuevo que se trata de una oferta con no escasos **desequilibrios territoriales entre CC.AA.** (existe una amplia dispersión en cuanto a las tasas de cobertura, y los requisitos de acceso a los servicios y, sobre todo, las aportaciones del usuario/a, varían también entre CC.AA.

Es un sistema de carácter asistencial en el que tienen garantizada su protección las personas sin recursos, cuando **el problema de la dependencia afecta a todas las clases sociales**).

c) En cuanto a las **desgravaciones fiscales** por razón de dependencia, aunque en el ámbito normativo de la **Ley 40/1998 del IRPF** existen diferentes tipos de beneficios fiscales, la propia ley confirma que **no se cumplen con efectividad las necesarias condiciones de equidad y eficacia en su aplicación**.

Por una parte, quedan excluidos del ahorro fiscal o compensación fiscal los que no hacen la declaración de la renta, y, por otra parte, las cuantías de ahorro están en función de la base imponible y de distintos niveles de discapacidad, cuando de lo que se trata es de proteger la situación objetiva de dependencia con independencia de los ingresos.

Para poder ser beneficiario/a de las desgravaciones fiscales el cuidador/a debe vivir en la misma residencia que la persona dependiente, **excluyéndose, por tanto, los cuidadores y cuidadoras a distancia** (**Nota:** recordar que el 37,5% de las personas cuidadoras residen fuera del hogar del dependiente y que de estos el 60,3% son familiares de diferente tipo).

En suma, las desgravaciones fiscales no son equitativas ni son eficaces. Así, **la separación de los ingresos de la situación de dependencia a proteger es crucial**, tal como sucede en el caso de la asistencia sanitaria. Por tanto, **las desgravaciones fiscales deberían ser profundamente reconsideradas** o, en todo caso, moduladas en función del objetivo protector.

d) **Políticas de ayuda al cuidador/a**, hay que señalar, junto a su importancia, también su **insuficiencia**.

Por ejemplo, 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). Pero, si bien el puesto de trabajo se conserva durante la excedencia, **no existe prestaciones que compensen por el tiempo de cuidados ni se financian las cuotas a la Seguridad Social**, excepto en el caso de los trabajadores/as en situación de activo durante el primer año, con lo que durante el tiempo de cuidados se suspende la carrera de seguro a partir del segundo año, aunque es posible establecer un convenio por el que el trabajador/a asume el coste de sus cuotas y las de la empresa.

APROXIMACIÓN A UN PRESUPUESTO DE LAS ADMINISTRACIONES PÚBLICAS, 2004

En primer lugar, algunas **PRECISIONES METODOLÓGICAS** a tener en cuenta:

La estimación del gasto en dependencia, servicios sociales y prestaciones monetarias, se aborda por una doble vía:

- ✓ A partir de los **presupuestos** (los que las CCAA han considerado como dependencia en 2004), vía de los “presupuestos”.
- ✓ A partir del gasto real estimado, en base a la información existente sobre usuarios o número de horas de cuidados y precios unitarios de los servicios; vía “**gasto real**” estimado en 2003.

(**Nota:** Ahora bien, es preciso advertir que prácticamente ningún país de nuestro entorno dispone de una estimación completa del gasto público en dependencia (no digamos sobre el gasto total, público y privado). La mayoría presentan estimaciones tentativas, puesto que tiene lugar en distintos niveles de las Administraciones Públicas, donde **existen prestaciones que no siempre son reconocidas como prestaciones por dependencia y existen prestaciones cuya asignación a la dependencia es dudosa o discutible**).

Se hace necesario, por tanto, la necesidad de **establecer indicadores de medida de gasto real** una vez tenga lugar en España el desarrollo de un sistema público de protección a la dependencia.

Se les pidió a las Administraciones Públicas que realizaran un esfuerzo de aproximación en la cuantificación de las cantidades que de forma directa o indirecta las presupuestan para atender esta problemática, siendo conscientes de que el resultado ha de tener un valor estimado e incluso cuestionable en el apartado de servicios sociales.

(Nota: *Se han recibido datos de todas las Comunidades Autónomas, excepto de Baleares y de la Ciudad Autónoma de Ceuta.* En el País Vasco la información, por su realidad competencial, comprende datos referidos a cada una de las Diputaciones Forales. En la información de Madrid no se incluyen datos sobre plazas residenciales y Centros de Día de personas dependientes con discapacidad y en la de Galicia no se incluyen los destinados a personas mayores dependientes).

Datos básicos sobre centros y servicios

(Ver Libro Blanco, **Capítulo VIII, cuadro 3, página 14; Adjunto**).

- 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 de atención residencial representa el 68,6%; **especialmente significativa la cantidad destinada a mayores** (por encima del 73%), lo que viene a confirmar el desfase existente en nuestro país, en relación con los países de nuestro entorno, respecto de la **alta incidencia de la atención residencial en contraposición con la escasa de la atención en el propio domicilio**.
- Le sigue en importancia relativa el recurso de centros de día, si bien el porcentaje en personas con discapacidad atendidas es mayor que el de personas mayores, lo que nos indica la **necesidad de nuevos recursos en este tipo de centros para las personas mayores**.
- En todo caso, **los recursos institucionalizados** (Residencias y Centros de día) **superan el 80%** de los presupuestos destinados a la dependencia.

- **La ayuda a domicilio**, recurso que se considera fundamental en el planteamiento del sistema de dependencia, supone **solo el 10,1%** de lo presupuestado **en mayores** y del **2,0% en el caso de las personas dependientes con discapacidad**.

El gasto público en servicios sociales en términos de coste en 2003

Para estimar el gasto público actual en la atención a la dependencia se hace referencia a la financiación de las plazas públicas exclusivamente (los datos son los referidos a la **oferta pública**).

El resultado de la estimación del **gasto en servicios asistenciales para personas dependientes en 2003 es de 1.984,4 millones de euros**, aproximadamente, desglosado en 1.514,3 millones euros para el colectivo mayor de 65 años y 470,1 millones de euros para la población comprendida entre 6 y 64 años (cuadro siguiente).

Cuadro. Gasto actual en servicios para personas dependientes, 2003

Tipo de servicios	Indicador	Precio (Euros/mes)	Gasto anual (miles euros)
Residencias	74.323 plazas	1.296	1.155.871
Centros de día	14.475 plazas	643,5	102.461
Ayuda a domicilio	114.406 usuarios/as	172,0	236.134
Teleasistencia	64.913 usuarios/as	21,13	16.459
Estancias temporales	2.640 usuarios/as	1.296,0	3.421
Total mayores 65 años			1.514.346
Tipo de servicios	Indicador	Precio (Euros/mes)	Gasto anual (miles euros)
Residencias	19.679 plazas	1.377,0	325.176
Centros de día	13.340 plazas	643,5	94.427
Ayuda a domicilio	9.022 usuarios/as	344,0	37.243
Teleasistencia	7.445 usuarios/as	21,13	1.888
Rehab. Psico-social	3.911 usuarios/as	241.18	11.319
Total menores 65 años			1.984.399

Gasto público actual en servicios y prestaciones económicas

Considerando de manera conjunta el gasto público en prestaciones monetarias de las Administraciones Centrales, fundamentalmente de la Seguridad Social, y el gasto público en servicios de todas Administraciones Públicas, en su inmensa mayoría en el ámbito de las Administraciones Territoriales, el resultado es que el gasto público total destinado a las personas en situación de dependencia **alcanza la cifra de 2.356,9 millones de euros, aproximadamente, lo que supone el 0,32% del PIB en 2003.**

(**Nota:** El esfuerzo público que actualmente está realizando el Estado en la atención a las personas con dependencia **es bastante inferior al que realizan actualmente otros países de nuestro entorno:** desde cifras alrededor del 0,7% en países como Italia, Bélgica e Irlanda, pasando por el 1,2% de Alemania y Francia, hasta el 2,8 - 3,0% de Holanda y los países nórdicos).

Evolución del gasto público en protección social a la dependencia (1995-2003) (Millones €)

(Ver Libro Blanco, **Capítulo VIII, cuadro 9, página 28; Adjunto**).

CAPÍTULO IX. LA VALORACIÓN DE LA DEPENDENCIA: CRITERIOS Y TÉCNICAS DE VALORACIÓN CLASIFICACION

(**Nota:** El objetivo principal es el **estudio de la gravedad de la dependencia o intensidad de la necesidad de ayuda de otra persona para realizar diversas actividades**, y no de la necesidad de utilizar ayudas técnicas, que la persona pueda utilizar de forma autónoma e independiente. Por ejemplo: Una persona puede tener una importante dificultad para desplazarse por su entorno, con cojera y la necesidad de un bastón, sin embargo puede hacerlo sin ayuda de nadie, ya que existen muy pocas barreras en el mismo, por tanto, y para nuestro estudio, esta persona será independiente para el desplazamiento por su entorno; no se da un problema de dependencia para esta actividad (aunque tenga un importante problema de movilidad y requiera de una ayuda protésica) ya que no interviene otra persona).

La universalidad e importancia que tienen las situaciones de dependencia, en muy diversos aspectos de la vida personal, familiar, social, médica, económica, asistencial... ha hecho que sean múltiples disciplinas y profesionales las que se encarguen de su estudio. Esta pluridisciplinaridad ha aportado -y lo sigue haciendo- una importante, e inagotable, fuente de datos, definiciones, baremos etc. que profundizan y enriquecen su estudio. **Pero también ha sido, frecuentemente, fuente de confusión**, desarrollándose paralelamente múltiples terminologías, definiciones, escalas de valoración y métodos de clasificación.

(La falta de criterios técnicos reconocidos y el situar el problema en un plano fundamentalmente económico / gestor, ha desembocado en que **cada administración haya desarrollado sistemas de clasificación y de valoración propios**, creando auténticos “reinos de taifas”, favoreciendo un intrincado galimatías terminológico, que no hace sino complicar la comunicación y comprensión entre usuarios, profesionales y administraciones).

La última Asamblea Mundial de la Salud, (resolución WHA 54/21) aprobó la “**Clasificación internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud**” (CIF). En nuestro caso, así mismo, apostamos por que la CIF va ha servir como referente para:

1. **Favorecer una futura unificación** de los sistemas de valoración de la discapacidad / dependencia, aproximándolos a métodos internacionales, que puedan ser compatibles con los de otras administraciones y estados.

2. **Simplificar y optimizar** el proceso de valoración.
3. Hacerlos **más comprensibles**, tanto para la administración, como para profesionales y usuarios/as.

LA MEDICIÓN DE LA DEPENDENCIA EN LA ACTUALIDAD

1.- USO DE LAS ESCALAS DE DEPENDENCIA

- ✓ Como sistema de clasificación de usuarios/as en grupos de **“isodependencia” o “isorrecursos”** (sistemas de medición de la casuística o case-mix).

(Hipótesis de que es posible delimitar ciertos grupos homogéneos de personas dependientes en función de una serie de parámetros, tales como características de la deficiencia y tipo e intensidad de los cuidados prestados, y según estos calcular el gasto que generan).

En general, se simplifica a tres grandes “clases” de dependientes: 1. **Dependientes ligeros**; 2. **Dependientes**; 3. **Gran dependientes**, y en función de estos grupos se calculan los costes de los sistemas de financiación, relacionados fundamentalmente con el consumo de recursos, dentro de la planificación de las políticas sociales.

- ✓ **Los baremos socio-sanitarios.** Nos van a ofrecer una buena “cantera” de baremos de dependencia.
- ✓ **Para evaluación de la calidad, gestión, planificación y seguimiento asistencial** (cargas de trabajo, cuidados a largo plazo...), a veces ligadas con los anteriores o no.
- ✓ Para la valoración de la **progresión de la enfermedad o la graduación de determinadas deficiencias.** Sobre todo en fases avanzadas de diversas enfermedades, como la enfermedad de Alzheimer y otras enfermedades geriátricas, se utiliza la graduación de los problemas de funcionamiento / discapacidad en general y de la necesidad de ayuda para el autocuidado en particular, dentro normalmente de las actualmente denominadas valoraciones integrales.

- ✓ **Para el control de acceso a servicios sociales.** Para conformar los criterios de adjudicación de plazas en las listas de demanda de residencias, centros de día de las redes públicas, ayudas domésticas, prestaciones económicas, desgravaciones fiscales, etc. Cada Administración usará sus propios criterios socioeconómicos para la adjudicación de plazas u otros servicios, que sumados a los primeros darán lugar a un segundo nivel de tablas, listas o baremos.

- ✓ **En estudios estadísticos y sociológicos de salud y calidad de vida,** introduciendo en sus cuestionarios algún tipo de escala o método para identificar la incidencia de la dependencia en la población general.

(**Nota:** Sin profundizar en el tema, señalar que, habitualmente, en los estudios sociales se considera como persona “dependiente” –al contrario que en los “baremos” de las administraciones– a toda persona que requiere ayuda para alguna actividad. Por ejemplo, sitúan el porcentaje de personas mayores de 65 años con algún grado de dependencia por encima del 26%, mientras en los porcentajes manejados con “baremos” oficiales rondan el 18%).

2.- PROFESIONALES IMPLICADOS EN LA REALIZACIÓN

- ✓ **Profesionales de la salud** (médicos o personal de enfermería), en servicios y unidades especializadas, hospitalarias y residenciales, así como en los técnicos que reconocen el grado o la condición legal de persona con discapacidad o dependencia.

- ✓ **Profesionales de los servicios sociales y residenciales.** Trabajadores/as sociales, cuidadores/as o profesiones “relacionadas” con la salud que prestan ayuda personal, o profesionales especializados en productos y tecnología de ayuda o de eliminación de barreras. Se realiza en casos de asistencia domiciliaria, ingresos residenciales de larga estancia, ayudas técnicas o eliminación de barreras.

- ✓ **La propia persona interesada o sus familiares.** Mediante encuestas y formularios de autovaloración. Se suele utilizar esta modalidad fundamentalmente en estudios estadísticos y sociológicos.

3.- METODOLOGÍA EN LA REALIZACIÓN DE ESCALAS

- ✓ **Mediante la observación directa.** Observar la o las actividades concretas a valorar en el contexto habitual de la persona y con las ayudas técnicas, adaptaciones y medidas rehabilitadoras necesarias, en un periodo concreto de tiempo (que puede prolongarse hasta semanas) repitiendo la valoración con periodicidad predeterminada.

(Nota: Sería la forma ideal de valoración y es la que preconizan diversas escalas y métodos de valoración (Barthel, RAI,...), si bien en la práctica sólo se realiza ocasionalmente en medios institucionalizados).

- ✓ **Entrevista al propio/a interesado/a, sus familiares o cuidadores/as.** Se realiza mediante el estudio de los datos médicos y la información obtenida durante una entrevista con el interesado/a, o con un familiar (o cuidador/a) en caso de encontrarse este gravemente discapacitado. Dicha entrevista se realiza normalmente en un despacho o consulta, fuera del contexto habitual de la persona.

(Nota: Es la forma habitual de realizar las valoraciones, por ser más sencilla, rápida y económica que la anterior).

- ✓ **Formularios de autovaloración.** Mediante formularios de autovaloración realizados por el propio interesado/a, familiares, personas cuidadoras o personal sanitario que trata y conoce la situación real de la persona y que posteriormente son interpretados por personal técnico.

(Nota: Se suele utilizar esta modalidad fundamentalmente en estudios estadísticos y sociológicos y es probablemente la forma más sencilla de realizar las valoraciones, si bien condicionada por la comprensión y buena colaboración del individuo que la realiza).

ESTRUCTURA Y COMPONENTES DE LOS INSTRUMENTOS DE VALORACIÓN DE LA DEPENDENCIA

La medición de la dependencia dependerá fundamentalmente del **estudio de ciertas actividades** en las cuales se va a necesitar de ayuda de otra persona y de la intensidad de esta, pero sin dejar de tener en cuenta su interacción con el contexto ambiental y personal, ni con las deficiencias.

A medida que queramos obtener mayor sensibilidad y/o especificidad en la valoración de la dependencia, tendremos que ir **diferenciando y midiendo los tres componentes; deficiencia, actividades y ayuda**, sin prescindir de ninguno de ellos.

Descripción de las escalas de dependencia más utilizadas

(**Nota:** A continuación se comentan brevemente algunas de ellas. En el Libro Blanco se desarrollan en profundidad un total de 19, capítulo IX, páginas 23 a 30).

- ✓ **Conjunto Mínimo de Datos (CMD) del RAI (Control de recursos asistenciales y financiación en media larga estancia socio-sanitaria; geriatría)** (El número de ítems es numeroso, superando el centenar, agrupados en 11 secciones, recogiendo datos de diverso tipo, aunque el grueso de los ítems hace referencia a las dificultades para realizar diversas actividades).
- ✓ **Escala de Intensidad de Soporte (SIS)** (valorar la intensidad de la ayuda en personas con discapacidad por retraso mental) (Toma como referencia los grupos de actividades de las áreas de “habilidades adaptativas” y añade un área de Necesidades excepcionales de soporte a nivel médico y conductual, en total unos 83 ítems).
- ✓ **Baremo de necesidad de ayuda de tercera persona /ATP** (Condición legal de persona con discapacidad y dependencia en el estado español /ingresos residenciales) (Recoge unos 40 ítems distribuidos en 5 grupos de actividades: autocuidado, movilidad, comunicación, interrelaciones personales, tareas generales, y un 6º grupo de necesidad de ayudas personales o técnicas especiales. Se gradúa cada actividad como si puede o no puede, con una puntuación preestablecida).

- ✓ **Índice de Barthel o de clasificación funcional o de AVD básicas** (rehabilitación, geriatría, ingresos residenciales) (Recoge 8 grupos de actividades (alimentación, lavado, vestirse, aseo personal, uso de retrete, transferencias del cuerpo, deambulación y dificultad para subir y bajar escaleras) y 2 funciones corporales deposición y micción).
- ✓ **Índice de Karnofsky** (hematología /oncología /medicina interna) (A nivel hospitalario y valora la evolución desde la capacidad para desarrollar una actividad normal o un trabajo activo, pasando por la graduación de ayuda para “cubrir sus necesidades” a llegar a estar totalmente incapacitado y hospitalizado con cuidados especiales).
- ✓ **Escala de incapacidad de la Cruz Roja** (ingresos residenciales) {Recoge de forma global 2 grupos de actividades (la marcha y los “actos de la vida diaria”), la función corporal continencia y la necesidad de cuidados de enfermería}.
- ✓ **Guías para la Evaluación de las Deficiencias Permanentes de la American Medical Association (AMA)** (Valoración del grado de la deficiencia corporal en Personas con discapacidad) (Además de graduar las deficiencias de las estructuras y funciones corporales, también reconocen como objetivo, entre otros, el de representar una estimación del grado en que ha disminuido la capacidad del sujeto para realizar las actividades de la vida diaria).

LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA (AVD)

Los métodos más corrientemente utilizados para la medición de la dependencia no van a estar unidos a la gravedad de éstas, ni a la medición de parámetros biomédicos, si no que **se van a basar en la capacidad de las personas para realizar diversas actividades cotidianas.**

Aunque las AVD (**Actividades de la Vida Diaria**) reciben diversos nombres según la escala usada, Se han tratado de definir como: **“Aquellas que ejecuta una persona con frecuencia habitual, las cuales le permiten vivir de forma autónoma, integrada en su entorno habitual y cumpliendo su rol social”.**

(**Nota:** El RD 1971/1999 de 23 de diciembre, de *procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación del grado de minusvalía*, es la única normativa legal que a nivel estatal, trata de acotarlas).

(De nuevo recordar que a partir de la aprobación de la CIF por la OMS, las AVD **ya están claramente identificadas**, definidas, clasificadas y consensuadas internacionalmente en nueve grupos de actividades, y por tanto, **sería el momento de hacer “borrón y cuenta nueva” con todo lo anterior**, y comenzar a utilizar un lenguaje comprensible por todos y todas).

La CIF clasifica las actividades de la vida de un individuo en nueve grupos: Aprendizaje y aplicación del conocimiento, Tareas y demandas generales, Comunicación, Movilidad, Autocuidado, Vida doméstica, Interacciones y relaciones personales, Áreas principales de la vida (Educación /Trabajo /Economía), y Vida comunitaria, social y cívica.

La elección de estas actividades, va a ser uno de los *quebraderos de cabeza* a la hora de elaborar un baremo.

Conclusiones del estudio comparativo para identificar las AVD

- ✓ Coincidencia en considerar las **actividades de autocuidado, las de movilidad y las de comunicación** (en menor medida) entre las **más significativas** tanto en encuestas como en baremos.
- ✓ **En las encuestas sociológicas** de tipo socio-sanitarios son de gran importancia las actividades de la vida doméstica, y ocurre lo contrario con la actividad higiene personal relacionada con los problemas de excreción.
- ✓ **En los baremos**, mayor incidencia en los problemas de movilidad que hacen referencia a cambiar y mantener la posición del cuerpo y a desplazarse utilizando algún equipamiento. En las encuestas sin embargo, priman los desplazamientos por el entorno y utilización de medios de transporte, sobre otros aspectos de la movilidad.
- ✓ La “Check List” o **“Lista de comprobación” que propone la CIF** integra los ítems más característicos de ambos estudios y ofrece **datos suficientes** para describir la situaciones de dependencia.

(**Nota:** Para conocer la lista de AVD, según criterios de la OMS, véase Libro Blanco, Capítulo IX – Pág. 58).

LA GRADUACIÓN DE LA DEPENDENCIA

Al igual que en el caso de la elección de parámetros, **tampoco existe una uniformidad a la hora de graduar la dependencia**. La graduación va desde puede o no puede, hasta otras mucho más complejas, con definiciones diversas, para denominar los diferentes niveles: dependiente o independiente; Autónomo, ayuda parcial y ayuda total; Independiente, vigilancia y supervisión, ayuda parcial, ayuda total; Independiente, independencia con ayuda, independencia adaptada, dependencia situacional, dependencia a intervalo largo; dependencia a intervalo corto, dependencia a intervalo crítico... y un largo etcétera.

Poder aceptar un sistema de equivalencias **tendría importantes ventajas**; podría evitarnos tener que elegir una escala determinada (Por ejemplo: Se puede considerar objeto de una consideración administrativa específica, a todas aquellas personas que presenten una dependencia grave medida con cualquier escala).

(**Nota:** Dada la finalidad de este resumen, no entramos a desarrollar todos los parámetros existentes para graduar la dependencia).

Umbral de dependencia en función del número de horas de atención

Una forma habitual de expresar la gravedad de las situaciones de dependencia es mediante el tiempo de atención diaria, semanal o mensual, aunque **el cálculo estandarizado de estos tiempos resulta muy complejo, al estar implicados diversos factores contextuales**: Si el cuidador convive con la persona dependiente o en otro domicilio, tipo de ayuda, frecuencia, grado de cualificación, voluntariado...

Los estudios consultados al respecto son muy variables: desde Dinamarca en las que el 60% de las personas cuidadoras dedica menos de 10 horas a la semana, a España en las que el 70% dedica más de 20 horas (Sarasa Urdiola S. Consecuencias de la evolución demográfica en la economía. ICE. 2004).

En líneas generales y basándonos en las referencias de algunos países como Alemania, Austria y Suecia **en cuanto a las horas totales de ayuda se podrán considerar**:

- ✓ **Situaciones de dependencia ligeras:** menos de entre 7 a 10 horas semanales.
- ✓ **Situaciones de dependencia moderadas:** entre 10 y 20 horas semanales
- ✓ **Situaciones de dependencia graves:** Más de 20 horas semanales.

VALORACIÓN DE LA DEPENDENCIA EN EUROPA

Si bien la mayoría de los **países europeos** se han enfrentado a problemas similares en relación con las personas en situación de dependencia, **existen grandes diferencias en la respuesta dada**, dependiendo sobre todo de factores directamente relacionados con los modelos de política social.

Actualmente presentan legislación que regula las prestaciones de protección a las personas en situación de dependencia Alemania, Austria, Países bajos, Países Nórdicos, Reino Unido, Francia y España. Los primeros con sistemas de derecho y los últimos con prestaciones de ayuda social de diverso tipo y cobertura.

(**Nota: El sistema Alemán es el que aparece**, en la mayoría de la bibliografía consultada, **como el más perfeccionado**. El sistema francés lo comentaremos por ser el más próximo y frecuente referente, hasta la fecha. En tercer lugar en el luxemburgués, por ser de los más desarrollados. Por último haremos referencia a algunas características de otros modelos).

ALEMANIA

“Programa de Seguro de Cuidados de Larga duración”, desde 1995; definiendo la dependencia como el trastorno continuado de las AVD. La prestación se concede a las personas que precisan asistencia permanente de una tercera persona para las actividades cotidianas durante seis o más meses. **La legislación no establece ningún límite de edad**, por lo que cualquier persona con discapacidad puede ser beneficiaria del mismo.

Las valoraciones se realizan en los domicilios, por expertos del departamento médico de del sistema de salud, formados por médicos, trabajadores sociales y psicólogos. La valoración debe incluir las medidas de rehabilitación.

FRANCIA

Existe una **diferenciación en función de la edad de la persona que requiere de ayuda**. La realiza un equipo médico-social, conformado como mínimo por un médico y un trabajador social, uno de los cuales (no obligatoriamente el médico) debe desplazarse al domicilio de la persona y realizar un “Dossier de evaluación de la persona” que recoge información sobre la vivienda y ayudas del entorno, así mismo se incluye una escala de valoración de dependencia denominada Autonomie Gerontológico Grupes Iso Ressources (AGGIR).

LUXEMBURGO

Presenta un seguro de dependencia desde el año 98 denominado **“seguro de asistencia” de tipo universal, sin límites de edad y al mismo nivel que el de enfermedad**. Sin lugar a dudas se trata de una de las más extensas, tanto en normativa como en definiciones, escalas y baremos.

La herramienta se caracteriza por ser extensa. Comienza por una **Evaluación Médica** con datos muy concretos (anamnesis, exploración médica, minimalista y diagnóstico) **y una segunda parte que se denomina Evaluación de la Dependencia**. Presentada en formato de encuesta en el que el evaluador va dirigiendo una serie de preguntas concretas.

El evaluador/a hace una síntesis sobre la evaluación, las aptitudes cognitivas y una orientación o recomendaciones. Finalmente se realiza una escala denominada “Relación estándar de la asistencia y los cuidados necesarios” que trata de traducir mediante una serie de coeficientes la frecuencia e intensidad de los “actos esenciales de la vida” (higiene, nutrición y movilidad) las “tareas domésticas” y la necesidad de apoyos según la cualificación del profesional (fisioterapeuta, psicólogo, enfermero psiquiátrico, ergonomista, psicomotricista...) para acabar obteniendo un **“tiempo total necesario ponderado”**.

Para implementar la ley se crea la “**célula de evaluación y orientación**” que además de realizar las valoraciones tiene amplias competencias en todas cuestiones relacionadas con la dependencia: medidas de recuperación, ayudas técnicas, coordinación de la asistencia y los cuidados, listas de entrada en establecimientos, tareas formativas,...

(**Nota:** Como curiosidad se conoce el precio que se paga a un tercer país de la comunidad por realizar la valoración: 600 euros).

AUSTRIA

Desde 1993, **ley Federal del subsidio de asistencia:** tendrán derecho a un subsidio de asistencia aquellas personas que requieran de más de 50 horas mensuales de cuidados, y según la evaluación médica de cuidados.

La herramienta de valoración esta estructurada en tres partes. **Un informe de la situación social:** sobre las condiciones de la vivienda (servicios, calefacción, accesos, entorno), datos sobre el cuidador y frecuencia (semanal, diaria y nocturna) y sobre los tipos de ayudas médicas o de otro tipo. **Un informe médico** (antecedentes, datos exploratorios del estado actual y diagnósticos). **Un informe sobre AVD,** básicamente de autocuidado, de movilidad y domésticas. Se aprecia un repetido interés por conocer la frecuencia, el tipo de ayuda, quién la hace y la idoneidad de ésta.

REINO UNIDO

Existe una prestación por discapacidad **para personas de 0 a 65 años,** que requieren ayuda para las AVD (Disability living allowance) con dos componentes: uno de necesidad de ayuda para cuidados personales y otro para la necesidad de ayuda para desplazamientos. **Y otra prestación** de cuidados (Attendance allowance) de características similares pero destinadas **a mayores de 65 años** con discapacidad física o mental severa.

SUECIA

Las personas beneficiarias con discapacidad que presentan gran necesidad de ayuda (excluye expresamente las discapacidades derivadas del proceso de envejecimiento y las personas acogidas en centros residenciales).

En líneas generales cuando la necesidad de asistencia supera las 20 horas semanales y existe la constatación de que las necesidades básicas no pueden ser satisfechas de ninguna otra manera, se hace cargo de la financiación el gobierno central, si no son las autoridades locales las que se hacen cargo de la asistencia. **Quizás sea de los países con el sistema de cuidados domésticos más desarrollados**, prestando servicios de ayuda doméstica, enfermería domiciliaria, comidas a domicilio coordinado por trabajadores sociales.

Tipología de sistemas de cuidados personales como reflejo de los distintos modelos de Estados de Bienestar

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

Son modelos topados, que prestan servicios o conceden prestaciones monetarias que cubren sólo una parte del coste de los cuidados de larga duración. **La participación**, en mayor o menor medida, **de los usuarios y usuarias en la financiación es una característica común**.

El modelo asistencial está en retroceso a favor de la universalización del derecho social, lo que supone que el acceso a las prestaciones no depende de los recursos de la persona dependiente, sino de la necesidad sociosanitaria evaluada.

Conclusiones al estudio de métodos utilizados para el estudio de la dependencia en diversos países europeos

- ✓ **Falta de uniformidad y de estandarización** en las herramientas utilizadas para valorar la dependencia.
- ✓ En la mayoría de los países se intenta **diferenciar** claramente la medición de la **dependencia de la persona en su domicilio** (que es lo que en la mayoría se pretende potenciar) **de la medición de la dependencia en un medio residencial**.
- ✓ **Dos “posicionamientos”** o modos de abordar la dependencia: **modelos de provisión asistencialista y social** basados en la comprobación de necesidades y que sólo alcanza a los más pobres, a los más dependientes o a los más mayores diferenciando la dependencia en las personas mayores de 60, de 65 o de 75 (Reino Unido, Suecia, España, Francia), versus **modelos** que consideran la dependencia, sus prestaciones y derechos **con carácter universal para todas las edades** (Alemania, Luxemburgo).
- ✓ La mayoría da **especial importancia a valorar** el grado de ayuda en las actividades de autocuidado, movilidad y domésticas; las características especiales de la ayuda; y el tiempo total de ayuda expresado en horas semana.
- ✓ En la mayoría de los casos hace menos de una década de su puesta en funcionamiento, por lo que **su implementación se encuentra en fases de desarrollo y experimentación**.

El debate sobre la reforma de la atención social y sanitaria

Los recientes debates europeos se han centrado en qué tipo de reformas institucionales pueden garantizar una atención sanitaria y de cuidados personales viable y de alta calidad basada en tres criterios fundamentales, según la Comisión Europea: **acceso para todos, calidad asistencial y viabilidad financiera de los sistemas de asistencia sanitaria y social.**

En este debate podemos diferenciar dos aspectos concretos: la importancia social y demográfica del envejecimiento de la población y sus consecuencias y, por otra parte, las consecuencias para las políticas públicas de los países miembros y para el conjunto de los países de la UE.

1.- Desde el punto de “VISTA SOCIODEMOGRÁFICO” existe un amplio acuerdo sobre algunos hechos fundamentales:

- a) **El peso de la población mayor de 80 años se va a multiplicar** por más de dos veces y media entre el año 2000 y el año 2050, que necesitarán cuidados de larga duración;
- b) “Nuevas” enfermedades como el Alzheimer y cambios en la demanda social **incrementarán el coste de la atención social y sanitaria**, aunque existen discrepancias sobre su evolución a largo plazo;
- c) La tendencia general a aumentar la participación de los y las pacientes en el coste de los cuidados de larga duración podría **cuestionar la accesibilidad universal garantizada de los servicios de salud**, a la vez que frenar la necesidad de enfatizar en programas de tipo preventivo y rehabilitador para las personas mayores dependientes.

(Nota: La variable demográfica es una entre una serie de variables que modulan y transforman el simple efecto “espontáneo” del envejecimiento. Nos referimos a variables como la mejora de la calidad de vida y el desarrollo social, así como avances en la autonomía de las personas mayores gracias a las mejoras en educación para la salud y el desarrollo de hábitos de vida saludables).

2.- Desde el punto de vista de las “POLÍTICAS PÚBLICAS” el actual debate europeo se está traduciendo en la puesta en marcha de programas de protección social que reconocen como riesgo social los cuidados de larga duración, si bien **la tradición de cada país y la competencia exclusiva** que en materia sanitaria tienen los Estados miembros **conllevan discrepancias** sobre el alcance protector, las formas de financiación, el distinto papel que debe tener el sistema sanitario y los servicios sociales, el peso de la familia cuidadora y la escala en que se prestan los diferentes servicios.

(**Cierta convergencia entre los países miembros** pero aún estamos lejos, como en lo que se refiere al sistema de pensiones, de políticas de aproximación y más lejos aún de políticas de armonización que implican formas comunes de regulación como las de salud laboral).

ALGUNOS PAÍSES DE LA O.C.D.E.

La finalidad de tener en cuenta otras experiencias institucionales extracomunitarias es que pueden enriquecer el debate y ser fuente de sugerencias en el ámbito protector. En este sentido podemos destacar dos grupos de experiencias: **EEUU y Australia, ambos de orientación más estrictamente asistencial** y, por tanto, sistemas en los que los **seguros privados tienen un cierto peso**.

EE.UU. es ilustrativo como modelo en el que han tenido un cierto desarrollo los seguros privados de asistencia médica de larga duración, si bien su participación en el gasto total es pequeña (ronda el 7% del gasto residencial).

- En el conjunto de la población precisan cuidados de larga duración casi 13 millones de personas de todas las edades (4,5% de la población norteamericana). **Dos posibilidades de protección social a la dependencia:**
- La primera es **de tipo estrictamente privado**. Se trata de pólizas de long-termcare insurance que cubren una cantidad máxima de dinero en función de la cuantía de la póliza.

- La segunda es **de tipo público** y tiene dos vías de acceso: por una parte, mediante el Medicare la población de 65 años y más tiene derecho a asistencia de corta duración en centros de asistidos o en residencias que cubre una parte del coste teniendo que completar el paciente la diferencia mediante sus propios recursos o seguros privados. En cuanto a la población sin recursos con necesidades de cuidados de larga duración pueden recibir ayuda en la parte no cubierta por el Medicare mediante el recurso al sistema del Medicaid. Este sistema es de tipo federal si bien en su aplicación hay variación entre Estados.
- **La provisión de servicios es**, en conjunto, **privada y su cobertura es baja en ayuda a domicilio** (2,7% de la población de 65 y más años) y con un cierto peso de las residencias asistidas (4,2% de cobertura de la mencionada población mayor).

AUSTRALIA. es un país con un **bajo nivel de envejecimiento** de la población. El 11% de la misma tiene 65 y más años. La cobertura de los servicios para personas mayores es baja en ayuda a domicilio en sus diferentes modalidades (2%) y elevada en cuanto a residencias (6%) y centros de día (4%).

- Prestaciones de vejez e invalidez para **las personas de bajos ingresos** que sean dependientes así como a sus cuidadores/as. La financiación es pública y compartida entre el gobierno federal y los estados. La mayoría de la población financia privadamente sus necesidades de cuidados de larga duración.

JAPÓN tiene una tasa de envejecimiento elevada (19,3%) con una población mayor de 65 años de 24,7 millones de personas de las que el 24% tienen más de 80 años.

- Desde el 2000 aplica un nuevo modelo de cuidados de larga duración de doble naturaleza: **contributiva y asistencial**. Cobertura universal y modelo general de Seguridad Social. Cubre los costes de los cuidados personales mientras que la asistencia sanitaria tiene otra vía de financiación y gestión, si bien en la práctica de la aplicación de los servicios no siempre es posible dicha diferenciación.

- El modelo japonés es un modelo de regulación, financiación y supervisión pública, gestión municipal y provisión privada mercantil de servicios. Modelo singular de **cobertura universal basado en la participación de todos los agentes institucionales y los ciudadanos en el sostenimiento del sistema.**

SUIZA tiene una población relativamente envejecida (16% de 65 y más años).

- La cobertura de los servicios domiciliarios alcanza al 12,5% de dicha población y al 7% en el caso de las residencias. Por tanto, su nivel de cobertura es relativamente elevado. Este sistema contempla la cobertura del riesgo de dependencia en el ámbito de la Seguridad Social (**nivel contributivo**) y en el ámbito de la Administración Local o Cantonal (**nivel asistencial**).

HERRAMIENTAS DE VALORACIÓN DE SITUACIONES DE DEPENDENCIA EN EL ESTADO ESPAÑOL

- ✓ Dos características comunes: La primera, es que **no hay uniformidad**; La segunda, es que la mayoría **pretenden medir lo mismo y resumirlo a tres niveles** de financiación que en general se acaban denominando: autónomo, dependiente y gran dependiente.
- ✓ Parece tener mayor prioridad la valoración de la **dependencia con fines residenciales** que la valoración en el contexto domiciliario – comunitario, siendo algunos de los baremos utilizados de exclusivo uso residencial.
- ✓ Se aprecia una **excesiva compartimentalización y defensa de intereses particulares** entre los diferentes colectivos de personas con gran discapacidad y situaciones de dependencia, existiendo un aparente corporativismo a la hora de diseñar un baremo para valorar y financiar la dependencia.
- ✓ Se aprecia con frecuencia un problema **al intentar combinar niveles ordinales o cualitativos entre sí, como si se tratara de sumandos**, dando como resultado una difícil interpretación sobre lo que se está valorando.

- ✓ **Repetición innecesaria de baremos** para medir la dependencia y otros problemas de funcionamiento y discapacidad relacionados, no estando en muchos casos clara de qué profesional es la responsabilidad de realizarlos. Todo ello fruto de una **incipiente coordinación socio-sanitaria entre estamentos locales, autonómicos y centrales.**

- ✓ **Se aprecian dos posturas a la hora de elegir un baremo:**
 - **Baremos “a medida”** que en general pueden solucionar problemas puntuales o específicos en algunos colectivos, pero a la larga obligan a compatibilizarlos con otros baremos provenientes de otras áreas y o administraciones, duplicando o triplicando... los mismos.

 - Elegir entre los **baremos “clásicos”** ya existentes los más conocidos, usados y/o reconocidos oficialmente para cada área, como son el Barthel, Lawton, Norton, Mini mental,...

- ✓ **El método “oficial”** de norma básica para la valoración de la dependencia derivada de las situaciones de discapacidad (todavía denominadas minusvalías en las normativas) mediante el **“baremo para determinar la necesidad de ayuda de tercera persona” (ATP) del RD 197/1999**, a pesar de no diferir sustancialmente de los otros (no parece que se ha tenido en cuenta por la mayoría de CCAA).

A MODO DE CONCLUSIÓN: Aspectos más importantes que debe recoger un método de evaluación de la dependencia

- ✓ **Información de los objetivos y finalidades del estudio o baremo**, así como la población a la que va dirigida y el consentimiento de la persona a la que se le practica, o de su tutor.

- ✓ **Aplicación universal.** Debe permitir su aplicación a cualquier persona, con diferentes estados de salud, etiología y severidad de sus problemas, edad, cultura, etc.

- ✓ **Acotar claramente el área de dependencia que se pretende estudiar** y sin realizar inferencias injustificadas entre estas y otras actividades no valoradas.
- ✓ Debe tener, tanto en el título como en sus apartados, **claridad y concreción de las definiciones, con lenguaje sencillo**, evitando ambigüedades o repeticiones, aceptado internacionalmente, libre de tecnicismos y que admita su aplicación y comprensión pluridisciplinar.
- ✓ **Diferenciar la necesidad** de ayudas o apoyos humanos, es decir, de otra persona, de la necesidad de ayudas o apoyos materiales o técnicos.
- ✓ **Identificar claramente el contexto en el que se desarrollan las actividades a valorar**, en concreto:
 - *Contexto real* (institucional o domiciliario); *Contexto neutral* sin barreras o estandarizado, y *Contexto subjetivo* (anterior, futuro posible con adaptaciones, pronosticable, etc.).
- ✓ Debe ofrecer la **posibilidad de análisis** desde distintos niveles de complejidad, **tanto cuantitativo, cualitativo como temporal**.
- ✓ Debe graduar la severidad del problema **cumpliendo criterios de sensibilidad** (con niveles de graduación que puedan reflejar la severidad del problema, tanto a nivel global como parcial), **fiabilidad** (con resultados similares entre evaluadores pluridisciplinares) y **validez** (debe medir el problema esperado y su resultado ser compatible con el de otros baremos que midan el mismo problema).
- ✓ Debe de ser también **sensible a la discriminación de la pérdida autonomía intelectual y las cargas de trabajo generadas**.
- ✓ Debe recoger fundamentalmente aspectos sobre el funcionamiento y el contexto del individuo, pero también sobre aspectos básicos de las condiciones de salud alteradas, enfermedades y de las deficiencias físicas y/o psíquicas que originan la situación de dependencia.

- ✓ Posibilidad de servir como herramienta a la hora de programar intervenciones en el tiempo, teniendo siempre como guía el **respeto a la autonomía de la persona dependiente y potenciando su implicación en el proceso de toma de decisiones.**

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

La decidida voluntad de conseguir unas mayores tasas de empleo es primordial para poder generar riqueza e ingresos suficientes para mantener los actuales niveles de protección, y para permitir la integración de todas las personas en la actividad productiva y en la sociedad.

El sector de los **servicios de proximidad es uno de los que cuentan con mayor potencial de empleo en la Unión Europea**. El incremento del empleo tendría que conseguirse fundamentalmente en el sector servicios, en concreto en los servicios de carácter comunitario (sanidad, servicios sociales, educación, administración pública...) y en la distribución, hostelería y servicios a las empresas (Comisión Europea, 1998).

EL POTENCIAL DE GENERACIÓN DE EMPLEO DEL SISTEMA NACIONAL DE DEPENDENCIA

El sector de los **servicios de proximidad es uno de los que cuentan con mayor potencial de empleo en la Unión Europea**. El incremento del empleo tendría que conseguirse fundamentalmente en el sector servicios, en concreto en los servicios de carácter comunitario (sanidad, servicios sociales, educación, administración pública...) y en la distribución, hostelería y servicios a las empresas.

Ampliar el Estado de Bienestar es apostar por el empleo

Es muy improbable que España pueda resolver su problema estructural de desempleo sin una expansión muy notable de su Sistema de Bienestar (Educación, Salud,...), y muy en particular del sector de los servicios sociales en el que las carencias son más marcadas en relación con la media de la UE. Es éste, sin duda, uno de los terrenos en los que nuestro nivel de convergencia con Europa es peor. Para homologarse con la media de la UE, España necesitaría crear más de 500.000 nuevos empleos en el sector socio-sanitario.

No se trata de una cifra disparatada, pues ampliar el Estado de Bienestar significa también abrir horizontes para el desarrollo laboral y personal de **muchas mujeres españolas**, que **están realizando un trabajo callado y poco reconocido que nadie paga directamente**.

(**Nota:** Según estimaciones de Durán (2001)⁴ sobre datos publicados por el Panel Europeo de Hogares, anualmente **las familias españolas dedican más de nueve mil millones de horas de trabajo no remunerado** (equivalentes a unos 5,2 millones de puestos de trabajo a tiempo completo) al cuidado de personas ancianas y enfermas. **El 80% de todo este “trabajo invisible” es realizado por mujeres**).

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**. Con alto grado de probabilidad, buena parte de esos puestos serán cubiertos **por las propias mujeres** que han venido haciéndose cargo de los cuidados de sus familiares dependientes, **que podrían transferir y poner en valor los aprendizajes adquiridos en ese quehacer**.

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**.

Incremento de la intensidad y frecuencia de los cuidados, que ha de ser especialmente significativa en el caso de la **Ayuda a Domicilio**. En la actualidad, los usuarios del Servicio de Ayuda a Domicilio reciben, como media, menos de cinco horas semanales de atención, lo que podría ser razonable en el caso de personas no dependientes que necesitan ayuda para realizar las tareas domésticas, pero es manifiestamente insuficiente para garantizar una adecuada cobertura de las necesidades de las personas dependientes.

⁴ Durán Heras, M.^a (2001), "El análisis de exhaustividad en la economía española", en Carrasco, C. (ed.), *Tiempos, trabajos y género*, Publicacions de la Universitat de Barcelona, Barcelona.

- ✓ En el caso de las **personas con dependencia moderada**, una asistencia a domicilio de calidad debería garantizar, como media, noventa minutos diarios de atención cinco días a la semana (7,5 horas semanales); en el caso de **personas con dependencia severa**, 3 horas diarias de atención seis días a la semana (18 horas semanales), y en el caso de las **personas con gran dependencia**, 3,5 horas diarias los siete días de la semana (24,5 horas semanales).

Asignación más idónea de los recursos, derivando a cada persona usuaria en situación de dependencia al servicio más adecuado en función de sus necesidades de atención y sus circunstancias sociofamiliares. **Se debe dar prioridad al envejecimiento en el entorno natural**, quedando reservado el recurso de la institucionalización residencial para los casos de dependencia más severa.

El tercer vector para lograr una mejora efectiva de la calidad de atención ha de ser el **incremento de la cualificación y de la calidad de empleo del personal cuidador**. La calidad de atención requiere y presupone, en definitiva, cantidad y calidad de empleo.

Hacia una estimación de potencial de generación de empleo del Sistema Nacional de Dependencia

(En el año 2010, en el que el Sistema Nacional debe haber consolidado sobradamente su implantación, el **número de personas dependientes** cubiertas por el Sistema superará 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 dos millones).

El desarrollo de una nueva oferta de servicios no se puede implementar de la noche a la mañana. Hay que contratar y formar profesionales, construir, ampliar o adecuar centros de día, centralitas de teleasistencia o residencias, y todo ello lleva un plazo inevitable de puesta en marcha, aunque se recurra de manera prioritaria a la concertación de servicios. No parece probable que, al menos hasta 2010, pueda lograrse ejecutar plenamente el importante potencial de generación de empleo que representa el Sistema Nacional de Dependencia.

Previsión de creación neta de empleo como efecto directo de la implantación del Sistema Nacional de Dependencia en el período 2005-2010.

Previsión de generación neta de empleo del Sistema Nacional de Dependencia (puestos de trabajo) en el período 2005-2010.

(Véase Libro Blanco, **Capítulo X, cuadros 17 y 18; Adjuntos**).

Perfil de los empleos que se generarán

El mayor número de empleos que se crearían **estarían relacionados con los servicios de atención residencial y ayuda a domicilio**, seguidos a considerable distancia por la atención en centros de día, el servicio de asistente personal para la autonomía y la teleasistencia.

PERFILES DE ESPECIALIZACIÓN:

- Será necesario un importante volumen de **personal dedicado a los cuidados y atención personal más directa**, y en especial cuidadores/as con conocimientos sobre geriatría o discapacidad y auxiliares de enfermería.
- Un segundo grupo de perfiles serían los vinculados a **tareas de hostelería en establecimientos residenciales y centros de día** (camareros/as, limpiadores/as, personal de cocina y lavandería).
- Un tercer grupo estaría relacionado con **tareas de mantenimiento técnico** de los centros y servicios, personal de transporte, vigilantes, ordenanzas, etc.
- Un cuarto grupo de perfiles sería el correspondiente al **personal de mayor especialización**: médicos, psicólogos, trabajadores sociales, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, personal de enfermería, animadores, etc.
- Por último estaría el personal dedicado a **tareas de gestión y administración de los centros y programas**.

OTROS EFECTOS SOBRE EL EMPLEO

Generación de empleo inducido en actividades relacionadas con el desarrollo y adaptación de la red de recursos

Adecuación de centros de día y de plazas residenciales, y la construcción de nuevos centros de día, viviendas tuteladas y plazas residenciales.

Todas estas inversiones implicarán la **generación de un considerable volumen de empleo en el sector de la construcción**, en un periodo de al menos 8 o 10 años.

La creación de nuevos centros o la adaptación de los ya existentes, llevará aparejado el equipamiento de los mismos con mobiliario y material de carácter hotelero, de ayudas técnicas, de instrumental sanitario, etc., **generando, igualmente, empleo inducido en ese tipo de industrias** durante un periodo de al menos 8 o 10 años.

El volumen total de empleo inducido, en el horizonte de 2010, puede estimarse en **unos 20.000 puestos de trabajo equivalentes a jornada completa**.

Generación de empleo indirecto

Empresas proveedoras de productos alimenticios, de material fungible relacionado con la actividad hotelera, de material vinculado a actividades de rehabilitación o de mantenimiento físico o psíquico, de ayudas técnicas, de productos referidos a los cuidados de salud, etc. serán las que más se beneficiarán de la generación de empleo indirecto, cuyo volumen puede estimarse, en el horizonte de 2010, **en 40.000 puestos de trabajo equivalentes a jornada completa**.

Cuidadores/as familiares que podrían incorporarse al mercado laboral

La implantación del Sistema Nacional de Dependencia supondrá que un número importante de personas que actualmente están siendo atendidas por cuidadores familiares podrán pasar a ser usuarios de recursos, servicios y programas formales. Ello permitirá que muchas personas que han tenido que renunciar a sus carreras profesionales para cuidar a familiares dependientes podrán, si lo desean, incorporarse al mercado laboral. Los cálculos realizados permiten estimar que **unos 115.000 cuidadores o cuidadoras familiares podrían estar en condiciones de incorporarse o reincorporarse al mercado laboral** en el horizonte de 2010.

LOS RETORNOS ECONÓMICOS Y SOCIALES

Retornos económicos

Importante esfuerzo económico (del orden de un punto del PIB anual), que en una parte sustancial ha de ser realizado **con cargo a fondos públicos**.

Sin embargo, el gasto neto será considerablemente inferior, como consecuencia de los importantes ahorros e ingresos fiscales que se producirían, entre los que hay que tener en cuenta los siguientes:

- Una parte de los y las trabajadoras procederían del **desempleo subsidiado**, lo que se traducirá en el descenso del gasto en prestaciones por desempleo.
- **El sector público incrementará**, asimismo, **sus ingresos por cuotas de Seguridad Social**, aun cuando una parte de los nuevos contratos podrían beneficiarse de los diversos incentivos a la contratación existentes.
- **También se producirán ingresos procedentes del IVA y 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 de los trabajadores y trabajadoras.

Se estima que estos retornos **podrían venir a suponer, globalmente, una cifra cercana a los 2.000 millones** de euros anuales en el horizonte de 2010, cuando ya se hubiera conseguido un pleno nivel de implantación del Sistema Nacional de Dependencia.

También hay que tener en cuenta que las mejoras en la atención pueden provocar una importante **mejora de la eficiencia del gasto en el sistema sanitario**, al reducir las estancias de pacientes que podrían ser tratados mediante recursos alternativos.

Otra vía importante de retornos sería el ahorro que podría producirse **al suprimir o modificar**, como consecuencia de la implantación del Sistema Nacional de Dependencia, **toda una serie de prestaciones económicas y ayudas**, de diversa naturaleza y cuantía, **que actualmente protegen ese riesgo**. Autores como Rodríguez Cabrero (2004), entre otros, han resaltado la incoherencia que supone la existencia de prestaciones de una gran diversidad de cuantías para cubrir objetivos en muchos casos parecidos.

También se producirá un importante ahorro al **suprimir o reconsiderar las desgravaciones fiscales por razón de dependencia**, que no cumplen las necesarias condiciones de equidad y eficacia en su aplicación, al quedar excluidos del ahorro fiscal los y las que no hacen la declaración de la renta (precisamente la población con menores recursos).

Retornos sociales

Quizá, **el retorno más importante** que se logrará como efecto de la implantación del Sistema Nacional de Dependencia no será de carácter económico, sino **social**.

El coste de oportunidad que tienen que soportar los/as cuidadores/as va mucho más allá de su renuncia a la actividad laboral. De acuerdo con la EDDDES 99, más de la mitad de los cuidadores principales que residen en el hogar de la persona dependiente afirma que ha tenido que reducir “sustancialmente” su tiempo de ocio y de relaciones personales. Los cuidados también afectan al propio trabajo doméstico, a la vida familiar y a otras actividades habituales.

Existe, por todo ello, una enorme deuda social con los cuidadores/as familiares de las personas con dependientes. **El grupo de cuidadores/as** (recordemos una vez más que en su **inmensa mayoría son mujeres** de más de 45 años de edad) no sólo no recibe prestación alguna por esos cuidados, sino que además, van a tener enormes problemas para adquirir derechos propios en materia de pensiones por la irregularidad en sus carreras de seguro.

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.

CAPÍTULO XII. CONSIDERACIONES GENERALES

DEPENDENCIA: estado en el 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.

La mayor o menor dificultad para desarrollar algunas las actividades de la vida diaria requerirá de la atención de los servicios sociales.

Definir el **umbral de entrada** en el sistema y la forma de graduar el nivel de dependencia y, como consecuencia, la cuantía de las prestaciones o la intensidad y frecuencia de los servicios de atención. **En función de la ayuda que la persona necesita.**

(**Nota: Modelo alemán** establece el umbral de entrada en función de la ayuda que precisan, considerando que se da una situación de dependencia cuando la persona necesita como mínimo 90 minutos al día de atención, la mitad de este tiempo para cuidados personales.

Modelo francés establece el umbral de entrada en función del tipo de ayuda, considerando que existe dependencia cuando la persona necesita ayuda para asearse y vestirse, para realizar actividades personales o para alimentarse, y también cuando necesita ayuda para levantarse de la cama o de una silla, aunque pueda desplazarse sola en el interior del domicilio).

GRADOS DE DEPENDENCIA

El criterio de umbral de entrada habrá de fijarse, igual que se ha hecho en los países de nuestro entorno, **en función de la cantidad y del tipo de ayuda que la persona necesite.**

Aplicación de una baremo mediante el cual sea posible discriminar, con criterios objetivos, si una persona se encuentra en situación de dependencia y en qué grado corresponde encuadrarla.

La clasificación de la dependencia debería establecerse en **TRES GRADOS**, lo que permitiría discriminar situaciones de menor a mayor intensidad, facilitando a la vez la valoración y la gestión de la prestación. Estos son:

- a) **Dependencia moderada:** necesidad de ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria, al menos una vez al día.
- b) **Dependencia severa:** necesidad de 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.
- c) **Gran dependencia:** necesidad de ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria varias veces al día y, por su pérdida total de autonomía mental o física, necesita la presencia indispensable y continua de otra persona.

ESTIMACIÓN DEL NÚMERO DE PERSONAS DEPENDIENTES

El número de **personas con dependencia severa y total** para realizar alguna actividad básica de la vida diaria es de **959.890**, siendo el núcleo duro de las situaciones de dependencia.

Hay que considerar también a **quienes tienen necesidad de ayuda para salir del hogar** o realizar tareas domésticas y/ o quienes tienen alguna discapacidad moderada en áreas de autocuidado, movilidad, alimentación y funcionamiento mental básico. La ayuda que necesitan estas personas es, generalmente, de menor intensidad y frecuencia, pero resulta igualmente imprescindible para vivir una vida digna.

- **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.

Previsiones de evolución futura de la población dependiente

Estará determinada por el proceso de **envejecimiento demográfico**.

En España, se producirá un **aumento muy importante del envejecimiento y al mismo tiempo un descenso suave en el número de personas de entre 65 y 75 años**, debido a que en estos momentos están comenzando a llegar a la edad de jubilación un grupo de cohortes que son, en términos relativos, poco numerosas (personas que nacieron entre 1935 y 1945).

A partir de 2011 se producirá un cambio importante en esta tendencia:

- De nuevo comenzarán a llegar a la edad de jubilación generaciones con un número de efectivos muy grande. **Surgirán con fuerza muchas otras demandas** que competirán por los recursos, siempre escasos en relación con las necesidades, del sistema de protección social.
- Es previsible que se produzca una **cierta reducción de la prevalencia** de las situaciones de dependencia por grupos de edad, **como consecuencia de la mejora de los niveles de salud**, la mayor conciencia de la población sobre la conveniencia de desarrollar hábitos de vida saludables y las actuaciones preventivas.

MODELOS DE PROTECCIÓN SOCIAL DE LA DEPENDENCIA

La tendencia general dominante se orienta **hacia modelos de naturaleza universal** de carácter impositivo o de Seguridad Social. El modelo asistencial está en retroceso **a favor de la universalización del derecho social**.

El criterio para ser beneficiario de la prestación social pública es la necesidad de cuidados. La prestación cubre una parte sustantiva del coste, **siendo el beneficiario/a quien asume el resto**.

Sistema de protección universal

Extensión lógica de la concepción de que **el Estado debe cubrir las necesidades básicas de los ciudadanos y ciudadanas**, de la misma forma que se atiende a cualquier otra de las necesidades sanitarias o educativas. **RASGOS COMUNES:**

- Protección a la dependencia **como extensión de las prestaciones y servicios sociales y sanitarios ya existentes.**
- Cobertura **universal.**
- **Sistema de prestación de servicios** (la tradición de los cuidados informales es menos extensa que en los países del sur).
- Modelo de servicios predominantemente público pero que lentamente **ha introducido la prestación de servicios privados.**
- Financiación de tipo impositiva, **compartida entre administraciones territoriales y el Estado.**
- Los **municipios** son **responsables** de la prestación de los servicios.
- **Modelo de alto coste.**

Sistema de protección a través de la Seguridad Social

La protección social a la dependencia se sitúa, al igual que las pensiones, el seguro por desempleo y la protección a la familia, en el ámbito de la Seguridad Social.

- Reconocimiento del **derecho subjetivo** de la protección de la dependencia independientemente de la situación económica.
- La prestación puede servir para **apoyar a la familia o para sustituirla.**
- La situación de dependencia **se evalúa en grados o niveles de gravedad**, lo que deriva en prestaciones monetarias de diferentes cuantía o servicios de distinta duración o intensidad.
- **Amplio margen de elección a la persona dependiente o a su familia**, que puede optar entre prestaciones monetarias y servicios.

- **Se financian, fundamentalmente, con cotizaciones a la Seguridad Social de los trabajadores/as en activo.** También puede haber financiación vía impuestos para cubrir prestaciones no contributivas y equilibrar financieramente el sistema.
- La gestión de las prestaciones económicas suele estar centralizada mientras que la de **los servicios descentralizada en las administraciones territoriales.**
- El beneficiario/a debe participar en la financiación de los servicios. **Se hace para contener el gasto.**
- Contempla **ayudas al cuidador o cuidadora**, tanto en excedencias del trabajo para cuidadores informales como en la cobertura de las cotizaciones de la carrera de seguro, así como el desarrollo de servicios de respiro y de apoyo para períodos vacacionales o necesidades especiales.
- La incorporación de los beneficiarios al Sistema se ha producido de forma **más lenta de lo previsto.**

Sistema asistencial

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

- **El mayor peso** de los ciudadanos/as de dependencia **recae** sobre la familia, particularmente **sobre la mujer.**
- Los cuidados de larga duración se dirigen a personas con insuficiencia de recursos lo que conlleva **déficit de servicios**, sobre todo comunitarios y notables desequilibrios territoriales.
- **Importante retraso** respecto a los países de sistemas de protección universal, debido a la menor exigencia del gasto público.

- **Deja desprotegidas a las clases medias** puesto que el requisito “renta” les impide acceder a los servicios de provisión pública. Sus ingresos, además, son insuficientes para costearse, en el ámbito privado, esos mismos servicios.
- **La gestión privada prima sobre la pública.** La descentralización de los servicios sociales está dando lugar a un incremento de los desequilibrios territoriales en la extensión y calidad de los mismos.

Los debates en relación con el modelo de protección de la dependencia en España

Se inicia en España a partir de 1991 con la puesta en marcha del Plan Gerontológico Estatal 1991-2000 y la firma del Acuerdo Marco de 1993 entre los Ministerios de Sanidad y de Asuntos Sociales para la coordinación sociosanitaria de las personas mayores.

La regulación desde el Estado de la protección a la dependencia debe servir para **crear un marco coherente**, garantizar derechos iguales para todos y todas y proporcionar los recursos suficientes para atender a todas las personas dependientes. Ello **en colaboración con las Comunidades Autónomas y las Corporaciones Locales** que son las Administraciones competentes en la ejecución de políticas de servicios sociales.

Hacia un Sistema Nacional de Dependencia

Conjunto de prestaciones y servicios que garantizan, en las mismas condiciones para todos los ciudadanos y ciudadanas, la protección de las personas en situación de dependencia.

- **Universalidad** de la prestación.
- **Carácter público de la prestación**, con independencia de las formas de financiación y de las que adopte la gestión concreta de cada prestación.
- **Igualdad en el acceso al derecho.** La ley de atención a la dependencia tendría carácter de normativa básica estatal y, por tanto, de mínimos garantizados.

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

No sería, por tanto, una novedad ampliar la acción protectora del Sistema, regulando esta nueva prestación y **resolviendo la falta de equidad**, que actualmente se produce, de que el reconocimiento de la gran invalidez y del concurso de tercera persona sólo pueden serle reconocidas a las personas menores de 65 años.

En el supuesto de que se optara por una PROTECCIÓN A TRAVÉS DE SEGURIDAD SOCIAL, **la cuestión que sin duda se plantea es si la protección de la dependencia dentro del Sistema de la Seguridad Social debe tener naturaleza contributiva o no contributiva**. Cualquiera de las dos alternativas es posible, por lo que habrá que analizarse cual de ellas resulta más adecuada.

Si se optara por el ASEGURAMIENTO PÚBLICO, se puede arbitrar un **procedimiento de financiación a través de cuotas** en el que de forma solidaria trabajadores/as y empresarios/as financien, en los términos que se acuerden, una prestación que fuera igual para todos/as.

Esta modalidad de financiación mediante cuotas no necesariamente ha de tener carácter definitivo, podría emplearse como un sistema transitorio hasta tanto el Estado pueda asumir los costes que genere la dependencia.

Aunque en la normativa actual los y las pensionistas dejan de cotizar cuando adquieren esta condición, podría estudiarse para esta contingencia concreta la conveniencia de seguir cotizando hasta el momento en que les sea reconocido el derecho a la prestación (Ya ocurre en el modelo alemán).

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

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

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

Regulación a través de una ley en la que se garanticen prestaciones y servicios de ámbito estatal y en las mismas condiciones para todos los/as ciudadanos/as en situación de dependencia.

La futura norma podrá **establecer el derecho a la protección social de la dependencia y concretar las prestaciones que lo hacen efectivo**, determinando el sujeto del derecho y los órganos responsables de reconocer el derecho y de hacerlo efectivo.

Deberían señalarse las funciones que corresponden al Estado, a las Comunidades Autónomas y, en su caso, a las Corporaciones Locales y, consecuentemente, las responsabilidades en la financiación de cada prestación y de las demás actuaciones que puedan establecerse. También habrá que determinar las obligaciones de la persona dependiente y de sus familiares.

En la Constitución existe fundamentación jurídica suficiente para regular esta materia y el Estado tiene títulos competenciales para ello (Artículos 9.2; 49 y 50).

- Si se optara por vincular la dependencia a la Seguridad Social, el fundamento jurídico específico en el que habría que asentar el Sistema Nacional de la Dependencia sería el **artículo 41 de la Constitución Española**.
- También existen títulos jurídicos suficientes que avalan la intervención del Estado para regular esta materia. Son los **artículos 149.1.1ª y 149.1.17**.

VALORACIÓN DE LA DEPENDENCIA

Requiere de la **aplicación de un baremo** que deberá ser aprobado por el Gobierno **con el rango de normativa básica**, en el desarrollo reglamentario de la ley de protección de las personas con dependencia y, por tanto, de aplicación en todo el ámbito del Estado.

Hay que determinar también **quién debe realizar la valoración de la dependencia**. La apuesta es que deben constituirse equipos compuestos por personal de servicios sociales y personal del ámbito sanitario. Esta valoración se ha de poner en conocimiento de los órganos de gestión de las Comunidades Autónomas, de los Centros de Salud y del Centro de Servicios Sociales municipal que habrá de gestionar los servicios que se derivan de la valoración.

Interesa una **conceptualización de la dependencia** que nos permita graduar una prestación económica por cuidados. A tales efectos se propone un concepto de dependencia que contempla como **descriptores esenciales**:

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

La valoración de una persona en situación de dependencia requerirá:

1. Cumplimentación de **Protocolos de recogida de datos** por profesionales acreditados de Atención Primaria (Sanidad y Servicios Sociales) que visitarán el hogar o residencia.
2. **Baremación** de los datos recogidos según la Escala Estatal de Valoración de la Dependencia.

3. Cribado y convalidación de las valoraciones por un **Sistema Estatal informatizado** que garantice la uniformidad y equidad de las prestaciones.

También habrá que **graduar la severidad de las limitaciones** y de la intensidad de la ayuda. El procedimiento de valoración distinguirá entre severidad de las limitaciones y la intensidad de la ayuda o de la carga de trabajo requerida para su atención.

El Sistema Nacional de Dependencia, en su primera etapa, **deberá concretarse prioritariamente en proteger a la población con mayores problemas de dependencia.**

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

También debe servir como instrumento de valoración integral (condiciones de salud, nivel de funcionamiento, bienestar y calidad de vida y factores personales y ambientales) **a los efectos de establecer un “programa de cuidados”.**

Sistema modular de aplicaciones informáticas para las actuaciones facultativas, administrativas y estadísticas.

BENEFICIARIOS/AS, SERVICIOS Y PRESTACIONES DE ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA

Beneficiarios/as de la prestación de dependencia

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

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

(Nota: Asimismo, el Gobierno podría establecer medidas de protección a favor de los españoles no residentes en España, si los considera conveniente).

Naturaleza de la prestación de dependencia

DOS ALTERNATIVAS:

A) Las personas en situación de dependencia recibirían una prestación de carácter personal, destinada a cubrir las necesidades de ayuda para la vida diaria que han servido para el reconocimiento de la prestación.

- La prestación tendría **carácter económico** y debería destinarse al pago de servicios. Por tanto, el pago podría hacerse al beneficiario o directamente al prestador del servicio.
- **El cuidador/a**, además, debería **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.
- La reducción de la cantidad es para desincentivar el que los beneficiarios se acojan a estas prácticas y se logre el objetivo de que la prestación sirva para garantizar la adecuada prestación del servicio, **incrementar el empleo y no se dificulte la incorporación de la mujer** (cuidadora informal mayoritariamente) al trabajo. Esta medida tiene su fundamento en la regulación de otros países que han optado por este modelo.
- La posibilidad de que el beneficiario/a pueda optar por recibir la atención en el medio familiar responde al principio de **respetar la libertad de elección** de las personas dependientes, que muchas veces prefieren ser cuidados por su entorno directo.

B) La prestación de dependencia se configuraría como prestación de servicios.

- A las personas en situación de dependencia **se les garantizaría la prestación de los servicios que necesitan** (como sucede en los servicios sanitarios) con los recursos propios o concertados que el Sistema disponga.
- **La gestión recaería sobre las Comunidades Autónomas.**
- **Se asignaría** a cada persona en situación de dependencia **un centro o servicio** que se considere más adecuado a su grado de dependencia, proximidad al domicilio, etc.
- **Al beneficiario/a se le asignaría una cantidad a cofinanciar** en función del servicio que se le preste y de la tabla de tarifas previamente establecida.

(**Nota:** La cofinanciación podría ser diferente según que el Sistema Nacional de Dependencia se financie por cuotas de Seguridad Social o con impuestos).

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

No siempre será posible garantizar los servicios que necesita la persona dependiente, especialmente si los precisa son centros de día o residenciales en determinadas zonas, por lo que habría que prever la posibilidad de que cuando el servicio no pueda ser garantizado exista un procedimiento de compensación mediante prestación económica, que permita a la persona dependiente o a la familia buscar recursos alternativos.

Catálogo de servicios

- **Teleasistencia.**

- **Servicios de ayuda a domicilio** (necesidades del hogar, cuidados personales y programas de apoyo a familias cuidadoras).

- **Atención en Centros de Día** (centros de día para mayores, centros de noche, centros de atención diurna para menores de 65 años).

- **Servicios de autonomía personal.**

- **Atención residencial** (residencia asistida, centros de atención dependientes psíquicos y físicos). Podrá tener carácter permanente o temporal para situaciones de vacaciones o enfermedad de cuidadores y periodos de “respiro”.

- **Ayudas técnicas.**

- **Ayudas para la adaptación y accesibilidad del hogar.**

(**Nota:** Los equipos de valoración, las propias personas dependientes y sus familias determinarán en cada caso el servicio o servicios que se considera más adecuado).

Consideraciones relacionadas con la cartera de servicios

- Todos los recursos y programas de atención a la dependencia deben asumir como principio el criterio de reversibilidad y recuperación en cualquiera de las vertientes y posibilidades de las personas objeto de atención, aun en el caso de que éstas sean residuales (**enfoque rehabilitador**).

- **Prioridad a los servicios de proximidad y la atención domiciliaria.**

- Las personas con dependencia y sus cuidadores/as tienen derecho a **determinar el plan de cuidados a desarrollar** y la elección de recursos que van a utilizar.

- Debe integrar todo su catálogo de **programas y servicios en el entorno comunitario más cercano.**

- **Establecer un procedimiento unificado de acceso a los servicios** en el que se garantice el principio constitucional de igualdad.

- La sectorización geográfica y la **elaboración de mapas de atención sociosanitaria** es un criterio esencial para la provisión integral de servicios.

- Establecer un **modelo que garantice la continuidad en los cuidados**, tanto dentro del propio sistema como con el sistema sanitario.

- En el proceso de atención y cuidados **se focalizarán las capacidades preservadas** en lugar de centrarse en el déficit.

- **Se debe tener en cuenta el enfoque de género.**

- Abordar el desarrollo de un modelo de atención que contemple las **especificidades del medio rural.**

- Poner en marcha un **Plan de información a toda la ciudadanía** que haga accesible el conocimiento de las prestaciones, sus derechos y obligaciones.

- Promover el **desarrollo de experiencias innovadoras** tanto en el diseño y características de los servicios como en su gestión.

- **Apostar por la coordinación**, la complementariedad, la profesionalidad y la **interdisciplinariedad**, flexibilidad e innovación de los servicios de proximidad.

- **Potenciar la investigación** y la aplicación de los resultados en el ámbito de la atención a la dependencia.

Consideraciones específicas sobre cuidados familiares

- **Protección de la carrera laboral y de seguro del cuidador/a** facilitando la permanencia en el puesto de trabajo y favoreciendo el trabajo a tiempo parcial y bonificando las cotizaciones.
- **Elaboración de una Carta de Cuidadores/as** en la que se subrayen sus derechos y necesidades así como los fines que cumple la prestación de estos apoyos.
- **Elaborar planes de cuidados con la participación de la familia cuidadora**, buscando que los servicios complementen y no eliminen o sustituyen el inestimable papel que desempeñan los cuidadores/as familiares.
- **Los cuidadores/as con experiencia deben incluirse en los planes de formación** y en programas de apoyo a la creación de cooperativas o empresas de economía social que se dediquen a la prestación de estos servicios.
- **Hay que tener en cuenta a las personas inmigrantes** que desempeñan papel de cuidadores/as en el proceso de provisión formal vía servicios o vía prestación económica.

Consideraciones específicas para los Servicios Domiciliarios (SAD)

- Mejorar la calidad y el establecimiento de un sistema de acceso ágil y flexible y la garantía de una **evaluación integral de necesidades en el propio domicilio**.
- Realizar de manera sistemática **programas individualizados de atención**.
- **Distribuir mejor las tareas y coordinar** los servicios sanitarios.
- **Realización de experiencias piloto** antes del desarrollo del Sistema Nacional de Atención a la Dependencia.

- **Planificar e incrementar los servicios de comidas a domicilio y de lavado y planchado de ropa**, recursos muy poco desarrollados hasta el momento.
- **Generalizar el servicio de teleasistencia.**

Consideraciones relacionadas con Centros de Día y otros servicios intermedios

- Carácter terapéutico, además de su papel de apoyo familiar. Debe cumplir una **función rehabilitadora** buscando siempre conseguir el máximo grado de autonomía de la persona.
- **Incrementar el número de centros de día especializados.**
- Desarrollar la **atención diurna psicogeriátrica.**
- **Flexibilidad en el funcionamiento y criterios rigurosos de selección de usuarios/as.**
- Servicios diurnos **todos los días de la semana**, incluidos los festivos.
- Incluir en la planificación el **desarrollo de centros de noche**, aprovechando los mismos Centros de Día, las residencias u otros sistemas alternativos de alojamiento que puedan ubicar centros polivalentes de servicios.
- El servicio de **estancias temporales en residencias debe incrementarse.**
- La estancia temporal en una residencia debe conllevar un **programa de intervención** que contemple la adaptación de las personas mayores y de sus familias tanto en la entrada como en la salida de este recurso.

Consideraciones relativas a los alojamiento Alternativos y a las Residencias

- Fomentar que las **abundantes experiencias que hay en España de viviendas tuteladas evolucionen** en su diseño y conceptualización hacia alojamientos de proximidad dirigidos a personas en situación de dependencia.
- Los servicios de alojamiento que se planifiquen desde el **ámbito privado** deben realizarse con el conocimiento y la orientación de los órganos de gestión del Sistema.
- **Trasladar a la iniciativa privada la situación real del sector** de las residencias y sus necesidades.
- **Desarrollar planes de adecuación** de las residencias que no reúnen condiciones.
- **Desarrollar estudios económicos de coste / efectividad** que realmente ilustren sobre la realidad de este aspecto.
- Promover el desarrollo de **experiencias piloto de carácter innovador**.
- **Incrementar la acción inspectora** para erradicar definitivamente de nuestro país los centros de baja calidad asistencial.
- En los **planes de vivienda** sería oportuno considerar la reserva o adaptación de viviendas en alquiler para personas en situación de dependencia, próximas a centros sanitarios o sociales desde los cuales pueda prestárseles la atención que precisen.

Consideraciones específicas en materia de Accesibilidad y Ayudas Técnicas

- Imprescindible **contemplar el nuevo enfoque que aporta la idea de accesibilidad universal** donde lo relevante es concebir los objetos y el entorno de forma inclusiva, apta para todo tipo de personas.

- Cuando son necesarias tecnologías específicas de apoyo, las ayudas técnicas **han de ser accesibles y asequibles**, con un diseño apropiado y atractivo.
- **Incluir prestaciones económicas** para la adquisición de ayudas técnicas y para la adaptación de la vivienda.
- **Colaboración con almacenes de préstamos** de ayudas técnicas para facilitar la movilidad y vida cotidiana de las personas con dependencias y de sus cuidadores.
- **Valorar las características de la vivienda y su entorno cercano**, e intervenir en su caso.
- Las adaptaciones del domicilio deberán ser **valoradas con criterios de eficacia y eficiencia, austeridad y posible reversibilidad**.

Consideraciones específicas en materia de servicios de atención a personas menores de 65 años

- Atención a las situaciones de dependencia que **no debe ligarse ni enfocarse unilateralmente y exclusivamente con las personas mayores**.
- El entorno, las actitudes y los procesos en los que se desenvuelven una persona con discapacidad deben estar concebidos **en clave de accesibilidad universal**.
- Impulso a la **generalización de las instituciones tutelares**, para que velen porque ninguna persona en situación de dependencia quede, en su caso, sin guarda legal.
- **Respeto a la autonomía y por el estilo de vida propio de la persona** con discapacidad en situación de dependencia, implica tanto la promoción de la competencia y la autonomía personal en la toma de decisiones como el respeto a las opciones y preferencias de estas personas.

- **Discriminación positiva** de las mujeres con discapacidad solas y / o con cargas familiares con baja o nula cualificación y escasos recursos en el acceso a las prestaciones de los diferentes sistemas de protección social.
- **Incremento de los recursos destinados a las adaptaciones y equipamientos de las viviendas.**

DESARROLLO DE LA ATENCIÓN SANITARIA A PERSONAS EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA

Hay que **delimitar las competencias de sanidad y las del sector social.**

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

- Acceso **universal y gratuito.**
- Priorizarse un **enfoque preventivo** de dependencia.
- Prestaciones orientadas a la **atención de las necesidades individuales** de las personas.
- **Consensuarse un sistema de valoración** de la dependencia apoyándose en criterios comunes que orienten la elaboración y la gestión de los planes de cuidados.
- **Garantizar el enfoque integral**, coordinando el conjunto de niveles y dispositivos asistenciales de salud y sociales.
- **Primar el mantenimiento del usuario/a en su entorno** a la institucionalización.
- **Cartera de servicios con oferta básica que posibilite atención con criterios homogéneos** en toda España.

- **Servicios eficaces, efectivos y eficientes.**
- **Responder a las garantías y derechos de los/as usuarios/as** en relación a seguridad, calidad, accesibilidad, movilidad y tiempo en el acceso a las mismas.
- **Establecer sistemas de evaluación y mejora de la calidad** de esta prestación.

COORDINACIÓN SOCIOSANITARIA

Esta coordinación *pretende facilitar la accesibilidad a los diferentes servicios y garantizar o facilitar la continuidad de cuidados entre servicios.*

La coordinación debe realizarse a dos niveles: **entre los servicios sanitarios y los servicios sociales, y entre los diversos servicios de un mismo sistema.**

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

FINANCIACIÓN DEL SISTEMA

Dependerá de que se enmarque o no en el Sistema de la Seguridad Social contributiva.

Cualquier procedimiento de financiación que se establezca deberá tener en cuenta la financiación que existe hoy, que procede de la acción impositiva.

Los presupuestos que las Comunidades Autónomas destinan actualmente a la prestación de servicios de dependencia deben cuantificarse, para determina, mediante acuerdo, un porcentaje de participación en la financiación total del Sistema Nacional de Dependencia.

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.

La acumulación de las cuantías que se generen como consecuencia de las fuentes de financiación podría constituir el **Fondo Estatal para la financiación del Sistema Nacional de Dependencia**, que tendría naturaleza económica independiente, sin perjuicio de la unidad de caja del Sistema de Seguridad Social en el supuesto de que ésta fuera la opción, como consecuencia de la diversa procedencia de los recursos que lo constituyen.

ORGANIZACIÓN Y GESTIÓN DEL SISTEMA

Hay que tener en cuenta el marco competencial entre el Estado y las Comunidades Autónomas.

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

En el ámbito del Estado debería establecerse un **Observatorio de la Dependencia** a disposición de todas las Administraciones y agentes que intervienen en la prestación de servicios de dependencia.

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

1. **Estudios y aprobación de la cartera de servicios específicos** para cada una de las prestaciones del catálogo aprobado por ley.
2. **La aprobación y actualización de estándares de calidad.**
3. **El impulso de la formación de profesionales**, promoviendo actividades de formación de formadores, plataformas de formación a través de la red, etc.

A las **COMUNIDADES AUTÓNOMAS** les correspondería la valoración de la **dependencia** mediante 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.

- También les correspondería **garantizar que**, en el ámbito de su territorio, **se pongan a disposición de la ciudadanía los servicios y centros necesario** para que las personas con dependencia sean atendidas adecuadamente.

- **Potenciar los actuales equipos de valoración de la discapacidad.**

- **Crear y actualizar el Registro de Centros y Servicios de Dependencia en cada Comunidad Autónoma.**

- **Crear órganos de gestión administrativa** para informar adecuadamente a los beneficiarios.

- **Inspeccionar y, en su caso sancionar, los incumplimientos sobre requisitos mínimos y estándares de calidad** de los centros y servicios, y respeto de los derechos de los beneficiarios.

- **Evaluar el funcionamiento del Sistema** en su territorio respectivo.

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

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

LA RED DE SERVICIOS DE LA DEPENDENCIA Y SUS PROVEEDORES

La red de servicios de la dependencia es el **conjunto de centros y servicios, tanto públicos como privados con y sin ánimo de lucro, que están destinados a la atención de las personas con dependencia.**

Debe exigirse la **acreditación** de cada uno de los centros o servicios **por la Comunidad Autónoma** correspondiente, una vez comprobado que reúnen los requisitos establecidos.

Deben establecerse por ley los requisitos básicos que deben reunir los centros y servicios que constituyan la red, así como la regulación del contrato de prestación de servicios que se financie con la prestación de dependencia, así como la capacidad de las Administraciones Públicas para la inspección y control de los centros y servicios.

LA CALIDAD EN EL SISTEMA NACIONAL DE PROTECCIÓN A LA DEPENDENCIA

El sector público no puede reducir su papel a la financiación sino que también debe cuidar la calidad en la prestación de los servicios, el fomento de la innovación y, particularmente, la regulación y homologación de los centros y prestadores externos de servicios, estableciendo criterios rigurosos de calidad aplicables a las entidades y empresas prestadoras de servicios.

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

Calidad de los recursos

Certificación de los recursos.

Los requisitos mínimos han de ser homogéneos y referidos a todos los recursos, tanto si son de titularidad público como si lo son privada.

Las actuaciones convendría dirigirlas **en dos direcciones**:

1. **Fijación de requisitos de calidad de todos los recursos del sistema**, lo que propiciaría la normalización de cada tipo de recurso.

2. **Establecimiento de un horizonte temporal** respecto a la exigencia de los mismos, teniendo en cuenta la realidad de los recursos existentes, la variedad de los mismos, la dificultad de la implementación a corto plazo incluso con la colaboración de los agentes privados.

Calidad en la prestación de los servicios, que debe contemplar:

1. **Aspectos institucionales.** Carteras o cartas de servicio, por ejemplo.
2. **Aspectos de gestión.** Estándares de calidad, por ejemplo.

Seguimiento y evaluación de los servicios, que supone una doble dimensión de control y evaluación:

1. **Seguimiento y control del cumplimiento de la norma y de los requisitos exigidos.**
2. **Evaluación del funcionamiento de los servicios**, tanto respecto de la organización/recurso en su conjunto, como del funcionamiento de cada uno de los servicios que presta.

Calidad en la gestión del sistema

Supone el **establecimiento de unos indicadores y estándares** en las fases básicas de su instrumentación, la facilitación de los procesos y accesos de los usuarios al sistema y el establecimiento de instrumentos que garanticen la calidad del mismo.

NECESIDADES DE FORMACIÓN DE LOS/AS PROFESIONALES DE ATENCIÓN A PERSONAS CON DEPENDENCIA

Debe marcar unos **principios fundamentales para el desarrollo de los profesionales que prestan**, y deberán prestar atención a las personas con dependencia a partir de la identificación de necesidades que se detectan actualmente frente a los cambios de modelos asistenciales y formativos.

Los programas formativos deberán tener en cuenta los siguientes grupos: -Cuidadores/as informales, Cuidadores/as profesionales de atención directa, -Profesionales especializados/as.

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

Para conseguir estos objetivos **se deberán analizar y priorizar los niveles de formación** en función del grado de intervención y la posición de cada profesional con la persona dependiente, clasificando en tres grandes apartados: conocimientos sociológicos y sociales de la dependencia; conocimientos específicos de teorías, técnicas y herramientas para la atención de la dependencia (grupos profesionales más próximos a la persona dependiente); conocimientos para la asistencia de la Salud de la persona dependiente.