



colección:



Los contenidos de esta publicación pueden consultarse en la página de Internet: www.cermi.es



La protección de las situaciones de dependencia en España



La protección

de las situaciones de dependencia en España

Una alternativa para la atención de las personas en situación de dependencia desde la óptica del sector de la discapacidad

nº 12





La protección

de las situaciones de dependencia en España

**Una alternativa para la atención de las personas
en situación de dependencia desde la óptica
del sector de la discapacidad**

Aprobado por el Comité Ejecutivo
del CERMI Estatal el 12 de mayo de 2004

Actualización de fuentes documentales
a 1 de julio de 2004

Colección:



Director: Luis Cayo Pérez Bueno

Documento elaborado y publicado gracias a:



OBRA SOCIAL

Edición no venal

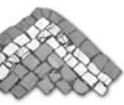
Edita: Comité Español de Representantes de
Personas con Discapacidad - CERMI

Edición: Julio 2004
Realización: Galenas

D.L.: M-
ISBN: 84-
Imprime:

ÍNDICE

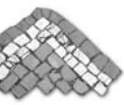




INTRODUCCIÓN	9
I. LOS CAMBIOS SOCIALES	21
1. Consideraciones previas	22
2. Las consecuencias del envejecimiento	26
3. La incidencia de género causada por el envejecimiento	34
4. Los cambios en el modelo de familia y la incorporación de la mujer al trabajo	36
II. LA PROTECCIÓN DE LA DEPENDENCIA EN EL DERECHO COMPARADO	43
1. Introducción	44
2. Algunos ejemplos europeos de cobertura social de la dependencia	45
2.1. Cobertura dentro del marco de la Seguridad Social	45
Alemania	46
Luxemburgo	53
Austria	57
2.2. Alternativas en los sistemas de protección social universales	57
El modelo escandinavo	58
La particularidad de los Países Bajos	61
2.3. Soluciones implícitas en el ámbito, básicamente, de la Asistencia Social: el caso de los países mediterráneos	68
3. El Consejo de Europa y la protección de la dependencia	72



III. LA COBERTURA DE LA DEPENDENCIA EN EL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL DE ESPAÑA	77
1. Consideraciones previas	78
2. La protección estatal de la dependencia	80
A. Prestaciones económicas	80
A.1. Las pensiones de incapacidad permanente, en el grado de gran invalidez	80
A.2. Las pensiones de invalidez no contributivas: el complemento por ayuda de tercera persona	83
A.3. Otras prestaciones	85
A.4. Asignación económica por hijo minusválido, precisado del concurso de otra persona	87
A.5. La cobertura de las prestaciones económicas	90
B. Prestaciones no monetarias	96
C. Las medias de naturaleza fiscal	102
3. La cobertura de la dependencia en la legislación autonómica: breves apuntes	110
IV. LOS RETOS FUTUROS	121
1. Caracteres generales	122
2. La escasez de los recursos actuales	126
3. Los costes de la protección de la dependencia	129
4. Servicios prioritarios que es necesario desarrollar	132
Teleasistencia	132
Ayuda a Domicilio	133



Centros de Días y plazas
de estancia diurna en residencias134
Servicios residenciales135
Rehabilitación domiciliaria o en el entorno ...138
Otros servicios y prestaciones139

**V. LA COBERTURA DE LA DEPENDENCIA:
UNA ALTERNATIVA DE MODELO DE ATENCIÓN141**
1. La configuración de modelo142
2. El papel de los diversos agentes143
 Administraciones Públicas143
 Los “gestores”145
 Promotores inmobiliarios y
empresas constructoras146
 La incidencia de los inversores146
 Organizaciones empresariales
y asociaciones de usuarios147
 Compañías de seguros, mutualidades
y planes de pensiones149
3. Alternativa en la implantación de
mecanismos de cobertura social
de la dependencia en España149
 a. Marco de implantación151
 b. Acción protectora153
 c. Financiación155
 d. Alternativas de gestión157



VI. CONCLUSIÓN159
1. Características de la cobertura
de la dependencia en Europa160
2. La dependencia y la discapacidad163
3. Los mecanismos actuales de cobertura166
4. La “inversión” en la lucha contra
la dependencia172
5. Una alternativa en la configuración de
un modelo de atención integral a las
personas en situación de dependencia175
 Acción protectora176
 Singularidades del modelo en función
de la realidad y las características
de determinados grupos de
personas destinatarias de la atención177
 Financiación179
 Alternativas de gestión181

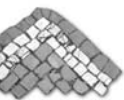
**VII. RECAPITULACIÓN: BASES POLÍTICAS
DE UN MODELO DE ATENCIÓN A LA
DEPENDENCIA DESDE LA ÓPTICA
DEL SECTOR DE LA DISCAPACIDAD183**

ANEXO189

NOTA205

INTRODUCCIÓN





Aunque en los últimos años, se viene ligando el fenómeno de la dependencia con el progresivo envejecimiento de la población, lo cierto es que la dependencia va ligada, de una u otra manera, a la discapacidad, porque es, precisamente, **la falta de capacidad** de una persona para realizar los actos esenciales de la vida ordinaria, y el hecho de que con generalidad los entornos, las prácticas y las actitudes sociales no están concebidas para que las personas con discapacidad lleven una vida independiente, lo que produce la situación de dependencia de aquélla respecto de otras.

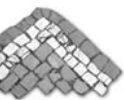
La dependencia no se puede relacionar con una determinada edad, ya que incide, con mayor o menor intensidad, en toda la estructura de edades. Las discapacidades congénitas, los accidentes, sean laborales, de tráfico o domésticos, las nuevas enfermedades discapacitantes, los entornos, prácticas y mentalidades hostiles, etc., son factores que contribuyen a hacer de la dependencia un problema social de primera magnitud, ya que se encuentra en situación de dependencia quien, por diferentes razones, tiene necesidad de una asistencia y de una ayuda para la realización de los actos esenciales y ordinarios de la vida. De ahí que la situación de dependencia puede afectar a una persona con discapacidad; a una persona convaleciente de una enfermedad o de un accidente; o una persona anciana que no puede atender por sí misma a los actos esenciales de la vida diaria.

La relación que se viene efectuando entre dependencia y envejecimiento ha generado la creencia de que la dependencia es un problema de reciente aparición, cuando, en la realidad, el riesgo de la dependencia ha existido siempre, aunque en la actualidad el fenómeno se exteriorice de forma diferente y exista una percepción distinta a la de hace



algunos años por parte de la sociedad acerca de cómo y a quiénes se han de proteger ese riesgo. Lo que antes eran ayudas dispersas (prestaciones económicas de gran invalidez, ayudas a personas con discapacidad, residencias públicas para personas en situación de dependencia o ancianos con escasos recursos, ayuda a domicilio, etc.) y subsidiarias del cuidado familiar, hoy se reclama que se reconozcan con el rango de derechos, desde la responsabilidad pública y para toda la población en situación de dependencia.

Desde el sector social de la discapacidad, la primera afirmación que hay que formular cuando se habla de atención a las situaciones de dependencia es la de que dependencia y envejecimiento no son conceptos intercambiables. Reducir la cuestión de la atención a la dependencia a la protección exclusivamente de personas mayores constituiría un reduccionismo inadmisibles. Si bien el factor de la edad, del progresivo envejecimiento, ensancha la población en situación de dependencia, no es menos cierto que estas situaciones se pueden dar y, de hecho, se dan en todas las épocas de la vida de la persona. Es más, cuando la dependencia se presenta en las primeras fases de la vida (nacimiento, infancia, juventud, etc.) la situación es más crítica para la persona y su entorno, pues puede prolongarse a lo largo de toda su vida, dándose situaciones de dependencia dilatadísimas en el tiempo (décadas y décadas). Las situaciones de dependencia en las personas mayores, en relación con las personas con discapacidad severa, son necesariamente más cortas, pues el término de la vida se halla más cerca en el tiempo. Otro aspecto digno de tener en cuenta es que la dependencia en las personas mayores puede de algún modo preverse y prevenirse, ya que suele ir ligada al envejecimiento; en las personas con discapacidad severa, las situaciones de dependencia suelen tener un origen no previs-



to, pues la discapacidad se presenta inesperadamente (causas congénitas, perinatales, traumáticas por accidente, mórbido, etc.), “factor sorpresa” que llega de pronto, “desestabiliza” al entorno de la persona y requiere de un período de maduración, que permita la asunción de la nueva situación, por la propia persona o por la familia circundante.

Por tanto, como premisa, desde el sector de la discapacidad, hay que dejar sentado y ver aceptado con generalidad, que las situaciones de dependencia pueden darse en todas las etapas de la vida de la persona y que la respuesta jurídico-institucional y asistencial que se le dé ha de tener presente esta realidad. Centrar la atención a la dependencia única y exclusivamente en las personas mayores, por más importantes que estos segmentos de edad sean, constituiría una aproximación sesgada y limitada que el movimiento asociativo de la discapacidad no sólo no puede hacer suya, sino que impugna como incorrecta, injusta y desenfocada.

La aparición constante de discapacidades severas, algunas de nuevo cuño, el envejecimiento de la población, el alargamiento de la esperanza de vida, el aumento del número de las personas mayores que viven solas y el debilitamiento, o la fragilidad de la solidaridad familiar tradicional, son factores que, entre otros, acarrearán problemas crecientes para las personas, que habitualmente requieren la atención o el cuidado de otras para la realización de las necesidades más cotidianas y que han traído a primer plano de la actualidad cuestiones que, sin embargo, afectaban ya a un número muy considerable de ciudadanos que por razones principalmente de discapacidad se encontraban en situación de dependencia y que, tradicionalmente, han sufrido el olvido de los poderes públicos, al menos en cuanto a la aplicación de políticas inte-

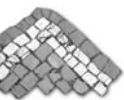


grales de protección que garantizaran su derecho constitucional a una vida plena y autónoma, y a un completo y digno desarrollo humano.

Debido a sus discapacidades acumuladas, combinadas, complejas y, en muchos casos, evolutivas, así como a falta de autonomía, las personas con discapacidades de gran dependencia o aquellas que no pueden defender sus propios intereses son especialmente vulnerables a cualquier forma de discriminación. Sin embargo, en muchas ocasiones, no se promueven ni se respetan sus derechos fundamentales.

Aunque conforme se ha avanzado y profundizado en el Estado de Bienestar, la sociedad y los poderes públicos han ido considerando su deber responder a las necesidades básicas de las personas con discapacidades de gran dependencia (es decir, su derecho a ser alimentados, alojados, asistidos, etc.), éstas han sido consideradas, durante muchos años, personas no educables e incapaces para ocupar un puesto de trabajo. No obstante, estas personas tienen un derecho fundamental a: una vida digna y lo más independiente, para que las decisiones sobre su vida sean asumidas por ella misma; a contar con los medios y recursos para desarrollar plenamente sus capacidades y a una atención personalizada y de calidad a lo largo de toda su vida, sobre la que deberá tener de posibilidades de elección.

De ahí, por ejemplo, el planteamiento de reconocer la dependencia como una nueva rama protectora de la Seguridad Social, configurando la cobertura no como la respuesta a un problema (el envejecimiento de la población, fenómeno que, sin duda, plantea retos para los sistemas de protección social y no sólo en el entorno de la dependencia), sino como un derecho que tienen las personas. El Consejo de Europa define



la dependencia como “*un estado en el que se encuentran las personas que por razones ligadas a la falta o la pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual, tienen necesidad de asistencia y/o ayudas importantes a fin de realizar los actos corrientes de la vida diaria y, de modo particular, los referentes al cuidado personal*”. No debe confundirse, por tanto, la dependencia con la pérdida de autonomía de las personas, aunque la primera vaya asociada, a veces, con la segunda. La experiencia de la dependencia, como ha sido señalado¹, es esencialmente funcional, mientras que la pérdida de la autonomía hace referencia a la defensa de la dignidad y la libertad de las personas.

La demanda creciente de cuidados, que se ha producido en los últimos tiempos, va a incrementarse de forma mucho más notable en los próximos años, como consecuencia de factores demográficos, pero también de orden social y médico, entre los que podemos citar los avances médicos que llevan a unas mayores tasas de supervivencia de personas con enfermedades congénitas y enfermedades graves, o la mayor incidencia de los accidentes laborales y de tráfico.

Este problema se agudiza en países como España, tanto por la débil red de servicios sociosanitarios existente, como por la rápida desaparición de un modelo de atención a las personas en situación de dependencia que venía descansando, y aún lo continúa haciendo, en los cuidados familiares (también llamados *informales*) debido a la rápida y progresiva alteración de las estructuras familiares tradicionales, los cambios radicales que se están produciendo en la institución familiar, así como por la percepción de la ciudadanía de que la dependencia ha de constituir un riesgo de cobertura pública, al igual que ha sucedido,

¹ RODRÍGUEZ, P.: “*El problema de la dependencia en las personas mayores*”. Documentación Social. Nº 11. 1998.



previamente, con la salud, la incapacidad o la jubilación, y no algo que tenga que resolverse obligadamente de forma privada.

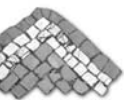
En España, además, ha faltado una gestión previsora acerca de los problemas de la dependencia. Ante esta inhibición de las Administraciones públicas, desde hace unos años se exterioriza una alternativa de gestión privada², complementada con intervenciones públicas a través de la protección fiscal o, en el mejor de los casos, de prestaciones mínimas o básicas por medio de instrumentos como el cheque-servicio, alternativas que no han tenido el éxito esperado. Pero esta falta de previsión tiene sus consecuencias en la realidad actual de la forma de cobertura de la dependencia que se ha dejado en manos de las familias (de los denominados cuidadores informales –básicamente, mujeres de edad media-) modelo que ha entrado en grave crisis, entre otras circunstancias por el legítimo derecho de la mujer de incorporarse al trabajo, potenciando de esta forma su propia autonomía personal³.

Tal vez detrás de este fracaso se encuentran las iniciativas políticas adoptadas en los últimos tres años, una de las cuales la constituye el contenido del Apartado VIII del Acuerdo Social de 2001, a través del cual las partes firmantes⁴ consideraron necesario abrir un período de estudio y debate sobre cómo se debe garantizar la atención a la depen-

² Es sintomático que, ante el problema de la dependencia, la propia Administración, en algún momento, diese prioridad a propuestas centradas en la incentivación de los seguros de dependencia privados (Disposición adicional decimocuarta de la Ley 55/1999, de *acompañamiento* de los presupuestos de 2000, que dio lugar a un documento de la Dirección General de Seguros, acerca de las posibilidades de los seguros de dependencia).

³ Con ser importantes los efectos de la incorporación de la mujer al trabajo en la crisis del modelo tradicional (profundamente injusto y discriminatorio) de atender los cuidados de la dependencia en España, sobre el mismo opera, además, la crisis multifuncional del concepto de familia, que no sólo se produce por esa incorporación femenina al trabajo, sino por otros factores, como el aumento del paro masculino, la movilidad geográfica, la consolidación de la vida urbana, la estandarización de las viviendas (de escaso tamaño y no preparadas para atender a los problemas de movilidad de las personas con discapacidad), la inestabilidad de las familias (familias monoparentales, recompuetas, etc).

⁴ El Gobierno, las Organizaciones empresariales y la Confederación Sindical de Comisiones Obreras.



dependencia en nuestro país, así como sobre la posibilidad de que esta cobertura se incluya en el ámbito de la Seguridad Social, de modo que, antes de que finalizara la legislatura (2000-2004), pudiera estar diseñada y aprobada la política estatal de atención a la dependencia, con el rango normativo adecuado y con una dotación presupuestaria apropiada, a cuyo fin se preveía la creación, en el plazo de tres meses desde la firma del Acuerdo⁵, de una Comisión de trabajo con la participación de los ámbitos sanitarios y de servicios sociales de las tres Administraciones, cuyos trabajos deberían estar concluidos el 30 de junio de 2002.

Más de veintidós meses desde la conclusión del plazo indicado, ni siquiera se ha reunido la Comisión a que hacía referencia el Acuerdo Social. Aunque el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales ha establecido una Comisión de Expertos para el análisis de la dependencia (que no tiene el alcance ni los propósitos del Órgano colegiado pactado en el 2001), cuyos documentos aún sin concluir y faltos de sistematización, han sido dados a conocer recientemente por la Administración, la cual, a su vez, ha dado por terminadas las actividades de la Comisión señalada⁶.

La segunda de las iniciativas está recogida en las nuevas Recomendaciones de la Comisión no Permanente del Congreso de los Diputados para la valoración de los resultados obtenidos por la aplicación de las Recomendaciones del Pacto de Toledo (cuyo Informe fue aprobado por el Congreso de los Diputados, el 2 de octubre de 2003). En ellas, se aborda de nuevo el problema de la dependencia, proponiendo la configuración de un sistema integrado que aborde, desde una perspectiva de globalidad, el fenómeno de la dependencia, con la participación activa de toda la sociedad y con la implicación

⁵ Es decir, que la Comisión de trabajo debería estar constituida antes del día 10 de julio de 2001.

⁶ Véase *"Documentos aportados por la Comisión de Expertos para el estudio de las situaciones de dependencia"* distribuido por la Secretaría de Estado de la Seguridad Social.

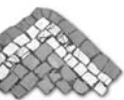


de la Administración Pública en todos sus niveles, a través de una regulación de la dependencia, en la que se recoja la definición de la misma, la situación actual de su cobertura, los retos previstos y las posibles alternativas para su protección, teniendo en cuenta la distribución de competencias entre las distintas administraciones públicas, garantizando los recursos necesarios para su financiación y la igualdad de acceso.

Pero, además y frente a lo que se estableció en el Acuerdo Social de 2001, en el nuevo documento parlamentario se pone de relieve que la dependencia no sólo incide sobre las personas de edad, sino también, y de forma muy especial, sobre las personas con discapacidad de menor edad, al abogarse por la necesidad de prestar una atención especial a los disminuidos físicos, psíquicos y sensoriales para el disfrute de sus derechos en la materia, evitando cualquier tipo de discriminación y fomentando su plena integración laboral y social.

En este informe se plantea el reconocimiento de la dependencia como una nueva contingencia susceptible de ser protegida por el sistema de protección social, a través de una cobertura pública, lo que no impide la presencia de mecanismos complementarios, pero sin que los mismos adquieran un papel preponderante o sustitutivo.

Con ser importante que la cobertura de la dependencia pueda ser llevada a cabo, de forma complementaria, a través del seguro privado, esta alternativa no soluciona la problemática situación que incide en la misma. Resultaría insólito que el seguro de la dependencia pudiese ser la respuesta adecuada a esta necesidad en España, cuando no lo ha sido en los restantes países de la Unión Europea, algunos de los cuales



con una mayor y más sólida tradición en la cultura del aseguramiento privado, y ello por varias razones, como pueden ser:

- En primer lugar, porque buena parte de la población carecerá de los medios económicos necesarios para poder suscribir el oportuno seguro.
- Además, esta modalidad de aseguramiento probablemente dejaría sin cobertura a las personas en situación de dependencia, con discapacidades desde el nacimiento o la infancia.
- A su vez, en la dependencia concurren algunas características que la configuran como un riesgo de difícil aseguramiento, ya que es bastante complejo conocer si la persona llegará a una situación de dependencia, o a la edad en que pueden incurrir en ese riesgo.

Por el contrario, existen múltiples razones que abonan una protección pública del riesgo de dependencia, como son:

- **Razones sociales**, porque es la **única forma de garantizar una protección en condiciones de equidad**.
- **Razones históricas**, puesto que los **sistemas de protección social** europeos (y también el español) se han ido adaptando a las nuevas necesidades sociales (universalización de la sanidad, pensiones no contributivas, etc.) con un alto grado de eficiencia económica y equidad social, si bien –al menos en España y en los países del Sur de Europa– esta adaptación no ha logrado la misma intensidad en la respuesta a los problemas específicos de las personas con discapacidad.



- **Razones funcionales**, puesto que la protección de las personas en situación de dependencia resulta rentable al facilitar que los cuidadores informales puedan incorporarse al mercado de trabajo y **favorece, además, la creación de un importante volumen de empleo directo**.
- **Razones de orden jurídico-político**, ya que sería deseable –a la vista de cómo han evolucionado, por ejemplo, las rentas mínimas en las Comunidades Autónomas– **una cierta homogeneidad en todo el ámbito estatal que contribuya a reducir las desigualdades territoriales** que se dan actualmente en la provisión de prestaciones de bienestar social.
- E incluso, en el **caso de España, razones de oportunidad**, ya que en el momento actual, y tal y como se explicita más adelante, **la evolución demográfica otorga un cierto respiro al sistema de protección social** que puede permitir abordar con serenidad este problema, lo que además contribuiría a favorecer el acercamiento de nuestro país a los niveles de protección social medios en Europa, de los que parece haberse alejado en los últimos años.

Afrontar el problema de la dependencia no es sólo una responsabilidad ineludible. Es también una oportunidad social que es necesario aprovechar. Todos los análisis testimonian que el desarrollo de los servicios ligados al cuidado y desarrollo de las personas en situación de dependencia supone un importante yacimiento de empleo. De ahí, que abordar una acción decidida dirigida a atender de forma adecuada las situaciones de dependencia supone la generación de un número muy considerable de empleos a un costo razonable.



La mayoría de esos empleos beneficiarán a los segmentos que tienen especiales dificultades de inserción laboral (mujeres, trabajadores con escasa cualificación, desempleados de larga duración, personas con discapacidad, jóvenes en busca de su primer empleo y trabajadores de más de 45 años) y contribuirán a bajar la elevada tasa de desempleo de nuestro país, elevar la tasa de actividad, luchar contra la temporalidad y disminuir el número de hogares en los que todos los miembros activos están en situación de desempleo.

En esta línea, es satisfactoria la nueva recomendación planteada por el Congreso de los Diputados, respecto de un replanteamiento integral del problema de la dependencia, con participación activa de toda la sociedad, así como el compromiso recientemente manifestado por las autoridades del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales de aprobar en la presente Legislatura una Ley de protección a las situaciones de dependencia, y de elaborar, como fase previa a la Ley, un *“Libro Blanco sobre la dependencia”*. En esta línea, el CERMI, como representante de las inquietudes de las personas con discapacidad y sus familias, desea una participación activa en la reformulación de los mecanismos de lucha contra los efectos de la dependencia y, desde luego, está dispuesto a ofrecer sus experiencias y planteamientos, en cuantos foros se le requiera.

I. LOS CAMBIOS SOCIALES



1. CONSIDERACIONES PREVIAS

La demanda de cuidados para personas en situación de dependencia, que se han venido incrementando de forma notable en los últimos años, va a seguir aumentando a un intenso ritmo durante las próximas décadas, como consecuencia de la combinación de factores puramente demográficos (sobre todo por el gran incremento que va a experimentar el grupo de personas mayores de 80 años) con factores de tipo médico y social, entre los que podemos citar las mayores tasas de supervivencia de las personas afectadas por alteraciones congénitas, enfermedades y accidentes graves, y la creciente incidencia de los accidentes laborales y de tráfico.

La dependencia recorre toda la estructura de edades de la población; por ello, el fenómeno de la dependencia no puede circunscribirse a las personas mayores, aun cuando sean éstas, en razón de su actual número, las que con más intensidad se ven concernidas. En España hay también varias decenas de miles de personas con discapacidades que deben ser objeto de atención. Como se ha señalado en la parte introductoria, las discapacidades congénitas y perinatales, los accidentes (laborales, de tráfico, domésticos), las nuevas enfermedades discapacitantes, la persistencia de entornos que favorecen las situaciones de dependencia, y el propio curso de la edad, bajo determinadas circunstancias, son factores que contribuyen a hacer de la dependencia un problema social de primera magnitud. Ciertamente, el problema no es nuevo. De hecho, el desarrollo de las políticas protectoras sobre la discapacidad ha sido muy intenso en algunos países desde la posguerra y en la mayoría de los países de la Unión Europea, incluyendo España, desde la recuperación de la democracia.

No obstante, el envejecimiento de nuestra población está dando una dimensión nueva al problema, tanto cuantitativa como cualitativamente, al coincidir con cambios profundos en la estructura social de la familia y de la población cuidadora. Pero adoptar ese enfoque unidireccional⁷ llevaría a no considerar el problema desde todas las vertientes y a que las alternativas que pudiesen plantearse no diesen solución a toda la complejidad que encierra la dependencia.

Y una de estas complejidades comienza por la realidad incuestionable de la falta de acuerdo sobre qué ha de entenderse por dependencia. Los debates al uso parecen estar de acuerdo en definir como dependencia aquella situación personal que requiere la ayuda prolongada de otra persona para realizar los actos esenciales de la vida cotidiana. La necesidad de una atención o cuidado prolongados sería la consecuencia de un nuevo riesgo social por proteger. Por ello, en la delimitación de la dependencia se reflejan tres características fundamentales:

- La limitación o restricción física o cognitiva relacionada con un estadio concreto de la vida.
- La necesidad de asistencia o cuidados por parte de una tercera persona.
- La incapacidad para realizar las actividades de la vida diaria. Suele diferenciarse entre las actividades básicas de la vida diaria (AVD)⁸ y las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD)⁹.

⁷ Consistente en relacionar de forma unívoca dependencia y envejecimiento.

⁸ *Actividades de la vida diaria (AVD)*: son las tareas básicas de autocuidado, también llamadas de cuidado personal o de funcionamiento físico. Se definen como aquellas habilidades básicas necesarias para llevar una vida independiente en casa. En este grupo se incluyen actividades como comer, vestirse y desnudarse, afeitarse y lavarse, ir al servicio, ducharse o bañarse, levantarse y acostarse, andar con o sin bastón y poder quedarse solo durante toda la noche.

⁹ *Actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD)*: son actividades más complejas que las AVD, y requieren 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.

I. LOS CAMBIOS SOCIALES

Esta necesidad de asistencia y/o cuidados ha existido siempre; lo que ha cambiado es su dimensión (debido sobre todo al crecimiento del número y de la proporción de personas mayores), su importancia social (ha dejado de verse como un problema exclusivamente individual o familiar, para pasar a percibirse como un problema que toca a la sociedad en su conjunto) y su naturaleza (en tanto que supone una redefinición de los objetivos y funciones del Estado de Bienestar e implica nuevos compromisos de protección y financiación).

De ahí que la dependencia constituya una situación que es a la vez social y familiar, y al mismo tiempo, abre un nuevo campo de intervención social que pone a prueba la capacidad de la sociedad y de sus instituciones para adaptarse a las nuevas realidades de fragilidad social. Las personas en situación de dependencia requieren una intervención continuada, aunque no necesariamente permanente, basada en el apoyo y los cuidados.

La atención de la dependencia se enmarca, por tanto, en el ámbito de la prestación de servicios de bienestar social, aunque exista una estrecha relación con el ámbito sanitario, ya que:

- Un problema de salud que precise atención sanitaria puede ser el factor desencadenante o acelerador de los procesos de dependencia en las personas de edad avanzada.
- De forma ocasional, la persona en situación de dependencia puede sufrir un proceso agudo en su estado de salud que requiera una atención sanitaria concreta.

LA PROTECCIÓN DE LAS SITUACIONES DE DEPENDENCIA EN ESPAÑA

La existencia de una red adecuada para dar cobertura a los casos de dependencia en su vertiente social descargaría al sistema sanitario de un gran volumen de costes, que son, por otra parte, desproporcionados en relación con el servicio necesitado.

ÁMBITO DE ACTUACIÓN	SERVICIOS SOCIALES	PROGRAMAS SOCIOSANITARIOS	SERVICIOS SANITARIOS
<i>Objetivos de la intervención</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Ofrecer cuidados a las personas dependientes 	<ul style="list-style-type: none"> • Rehabilitar tras un proceso agudo 	<ul style="list-style-type: none"> • Curar los problemas de salud
<i>Características de la intervención</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Cuidados de larga duración • Poco intensiva en pruebas diagnósticas y terapéuticas • Intensiva en cuidados auxiliares de clínica y soporte social 	<ul style="list-style-type: none"> • Media estancia • Intervención multidisciplinar, social y sanitaria • Intensiva en cuidados de enfermería • Uso de pruebas diagnósticas para evaluar la recuperación del enfermo 	<ul style="list-style-type: none"> • Corta estancia • Intensiva en la utilización de profesionales médicos • Intensiva en uso de pruebas diagnósticas y terapéuticas
<i>Tipología de personas atendidas</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Personas dependientes 	<ul style="list-style-type: none"> • Convalecencia de patologías cardiovasculares y/o respiratorias • Convalecientes de procesos quirúrgicos y traumatológicos • Recuperación de lesiones cerebrales • Cuidados terminales 	<ul style="list-style-type: none"> • Personas con problemas de salud, sea en procesos agudos o no
<i>Tipología de servicios</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Ayuda a Domicilio • Teleasistencia • Centros de Día • Residencias • Rehabilitación domiciliaria 	<ul style="list-style-type: none"> • Unidad hospitalaria sociosanitaria • Centro sociosanitario • Hospital de día geriátrico 	<ul style="list-style-type: none"> • Centros de salud • Ambulatorios • Hospitales

2. LAS CONSECUENCIAS DEL ENVEJECIMIENTO

Como reiteradamente se ha apuntado ya con anterioridad, aunque es un error identificar pura y simplemente dependencia con mayor edad, lo cierto es que el envejecimiento de la población tiene una fuerte incidencia en el tratamiento de la dependencia, tanto por el incremento cuantitativo que representa, como por haber traído a primer plano de la atención social estas situaciones. De ahí que al hacer una aproximación al tema de la dependencia no pueda prescindirse de una evaluación de la evolución demográfica.

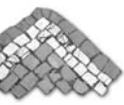
La población española envejece, dentro de un contexto de envejecimiento de la población de Europa, en la que -en el marco de la Unión Europea, su población con 65 o más años pasará, en un horizonte de 20 años, de representar el 16,2% al 20,6% del total de la población.

TASA DE LA POBLACIÓN DE 65 Y MÁS EN RELACIÓN CON EL TOTAL		
País	2000	2020
Alemania	16,1	21,7
Austria	15,4	19,9
Bélgica	16,7	19,8
Dinamarca	14,7	18,6
España	17,0	19,8
Finlandia	14,9	23,1
Francia	15,9	20,6
Grecia	17,1	20,6
Irlanda	11,2	14,5
Italia	18,0	23,2
Luxemburgo	14,6	17,9
Países Bajos	13,6	18,9
Portugal	15,3	17,9
Reino Unido	15,6	18,9
Suecia	17,3	22,1
Total UE	16,2	20,6

Estas tasas se reflejan en valores absolutos, de acuerdo con los datos de la Comisión Europea, que se recogen en el cuadro siguiente:


EVOLUCIÓN DE LA POBLACIÓN DE 65 Y MÁS AÑOS (MILLONES DE PERSONAS)				
País	2000	2020	2050	Increment. % 2000-2050
Alemania	13,6	18,3	21,6	58,9
Austria	1,3	1,7	2,3	76,9
Bélgica	1,7	2,2	2,7	58,8
Dinamarca	0,8	1,1	1,2	50
España	6,6	8,0	11,6	75,7
Finlandia	0,8	1,2	1,3	62,5
Francia	9,4	13,9	16,6	76,6
Grecia	1,8	2,2	3,1	72,2
Irlanda	0,4	0,6	1,1	175,1
Italia	10,3	13,2	16,1	56,3
Luxemburgo	0,1	0,1	0,1	--
Países Bajos	2,2	3,3	4,3	95,4
Portugal	1,5	2,0	2,9	93,3
Reino Unido	9,3	11,7	15,4	65,6
Suecia	1,5	2,0	2,3	53,3
Total UE	61,3	80,6	102,7	67,5

Las mayores necesidades de las personas en situación de dependencia (lo sean en razón de la propia discapacidad o por la mayor edad) vienen a coincidir en el tiempo con la crisis del modelo de cuidados informales a través de la familia, que tiene su origen tanto en los cambios en las estructuras familiares como en la progresiva, y deseable, incorporación de la mujer al mundo del trabajo, lo cual acarrea mayores demandas de cuidados formales o institucionales. Por una parte, existe el objetivo de incrementar la tasa de actividad, sobre todo de las mujeres, dentro de las recomendaciones aprobadas por el Consejo Europeo; pero, de otra, esa mayor participación laboral de la población va a incidir, de forma importante, en el mantenimiento de la existencia de los cuidadores informales.



Las personas en situación de dependencia (lo sean en razón de la edad o por causa de discapacidad) necesitan de actuaciones especiales que su propia familia, en la mayoría de los casos, no les puede facilitar, y sus pensiones, de disponer de ellas, tampoco son de una cuantía tal que les permita hacer frente a los costes que genera esa nueva situación. Tampoco parece socialmente asumible que los últimos años de vida de las personas mayores se conviertan en una auténtica ruina económica para ellos mismos y para sus familiares, si es que los tienen, o la situación se constituya en un motivo más de abandono familiar y rechazo social. No hacer nada es desde luego condenar a muchas personas en situación de dependencia, ya sea por su discapacidad o por su edad, a una situación de tremenda injusticia social y a desarrollar sus vidas de forma penosa y financieramente ruinosa.

Frente a esta situación, se intenta poner remedio a través de los mecanismos de lucha contra la dependencia. Existe un cierto confusiónismo sobre el concepto de dependencia, como si se tratase de una situación nueva, cuando lo cierto es que el riesgo de la dependencia ha existido siempre, aunque en la actualidad el fenómeno se exterioriza de forma diferente y existe una percepción distinta a la de hace algunos años por parte de la sociedad acerca de cómo y quienes han de proteger ese riesgo. Como se ha indicado, en la Recomendación (98) 9 del Comité de Ministros del Consejo de Europa se **define la dependencia** como un **estado en el que las personas, debido a la falta o a la pérdida de autonomía física, psicológica o mental, necesitan algún tipo de ayuda y asistencia para desarrollar las actividades diarias**. Lo que antes eran ayudas dispersas (prestaciones económicas de la Seguridad Social por gran invalidez, residencias públicas de ancianos con escasos recursos, ayuda a domicilio, etc.) y subsidiarias del cuidado



familiar, hoy se reclama que se reconozcan también de responsabilidad pública y para toda la población en situación de dependencia. De ahí, por ejemplo, el planteamiento de reconocer la dependencia como una nueva rama protectora, sobre el que también en España, aunque con cierto retraso respecto de otros países de la Unión Europea, se efectúan las correspondientes propuestas.

Esta situación se pone de relieve, de igual modo, en España, ya que, como resultado del incremento de la esperanza de vida, que es ya de 74 años en los varones y de 82 en las mujeres, la población mayor española ha experimentado un crecimiento muy considerable en las últimas décadas. El número de personas mayores de 65 años se ha duplicado en los treinta años que median entre 1970 y 2000, pasando de 3.290.000 personas (un 9,7 por ciento de la población total) a más de 6.620.000 (16,8 por ciento de la población total). El número de personas mayores de 85 años ha crecido a una velocidad todavía mayor, multiplicándose por 3,5 en las tres últimas décadas, en las que ha pasado de 180.000 en 1970 a casi 650.000 a finales del año 2000.

Evolución de la esperanza de vida en España. (1970-2020)

AÑO	VARONES	MUJERES	DIFERENCIA
1970	69,6	75,1	5,5
1980	72,5	78,6	6,1
1990	73,4	80,5	7,1
2000	74,1	81,9	7,8
2010	75,3	83,0	7,7
2020	76,0	83,7	7,7

Nota: Los datos referidos a 2000, 2010 y 2020 son proyecciones.

Fuente: Elaboración a partir de IMSERSO: "Las personas mayores en España. Informe 2000". Madrid. 2001.

I. LOS CAMBIOS SOCIALES

Crecimiento de la población mayor en España. (1970-2001) (en miles)

AÑO	POBLACIÓN TOTAL	DE 65 AÑOS Y MÁS	RATIO
1970	34.041	3.291	9,7%
1981	37.683	4.237	11,2%
1991	38.872	5.352	13,8%
2001	39.366	6.679	17,0%

Fuente: Elaboración propia a partir de los Censos de Población de 1970, 1981 y 1991, y FERNÁNDEZ CORDÓN, J. A. "Proyecciones de Población Española" (Hipótesis A). Madrid. FEDEA. Documento de Trabajo 98-11. 1998.

De acuerdo con todas las proyecciones demográficas, el fenómeno del envejecimiento va a continuar en los próximos años, en los que la población mayor seguirá incrementándose a la vez que disminuirá la proporción de personas en edades jóvenes, como se refleja en el cuadro siguiente.

*Estructura proyectada de la población por grupos de edad.
(2001-2026)*

AÑOS	MENOS DE 15 AÑOS	%	15/64 AÑOS	%	65 AÑOS Y MÁS	%	RATIO DE DEPENDENCIA
2001	5.762.516	14,6	26.924.570	68,4	6.678.746	17,0	24,8
2006	5.741.654	14,5	26.946.058	68,0	6.923.437	17,5	25,7
2011	5.992.762	14,9	26.918.750	67,1	7.223.049	18,0	26,8
2016	6.256.775	15,4	26.868.573	65,9	7.618.546	18,7	28,4
2021	6.220.539	15,1	26.965.016	65,4	8.039.945	19,5	29,8
2026	6.023.968	14,4	26.930.976	64,6	8.762.884	21,0	32,5

Fuente: Elaboración propia a partir de FERNÁNDEZ CORDÓN, J. A.: "Proyecciones de Población Española. (Hipótesis A). Madrid. FEDEA. Documento de Trabajo 98-11, 1998.

En consecuencia, se va a producir un envejecimiento importante de la población española, que se traducirá en un incremento de la ratio de dependencia (porcentaje que supone la población de 65 y más años respec-

LA PROTECCIÓN DE LAS SITUACIONES DE DEPENDENCIA EN ESPAÑA

to de la de 15 a 64 años) de casi 8 puntos (pasando de 24,8 a 32,5) conforme a una hipótesis moderada, que prevé una pequeña recuperación de la tasa de fecundidad y un incremento constante de la inmigración.

El envejecimiento de la población va a verse incrementado por la aparición del fenómeno llamado "*envejecimiento del envejecimiento*", es decir, el que afecta a la población de más edad (por lo general, por encima de los 80 u 85 años), el cual va a experimentar un aumento, a un ritmo muy superior al que tendrá el segmento de personas con 65 o más años. A causa de este hecho (que ya está presente en la sociedad española, pero que se agravará en el futuro), el grupo de las personas de 80 y más años se ha triplicado en los últimos 30 años (los transcurridos entre 1971 y 2000), pasando de medio millón a más de 1,1 millones de personas: las previsiones demográficas apuntan a que dicho grupo superará los 2,25 millones en el año 2016, lo que significa que, para la fecha señalada, el 5,6 por ciento de los españoles tendrán más de 80 años. A su vez, las personas mayores de 85 años, que, como antes se ha apuntado, en la actualidad son unos 650.000, alcanzarán el millón cien mil personas en 2021.

*Evolución de la población de 65 y más años, por grupos de edad
(2001-2026), en miles.*

Año	Porcentajes sobre:			Porcentajes sobre:			Porcentajes sobre:		
	65 a 74 años	Población Total	Mayores de 65	75 a 84 años	Población Total	Mayores de 65	85 años y más	Población Total	Mayores de 65
2001	3.821	9,7	57,2	2.227	5,7	33,3	631	1,6	9,4
2006	3.625	9,2	52,4	2.588	6,5	37,4	710	1,8	10,3
2011	3.563	8,9	49,3	2.776	6,9	38,4	885	2,2	12,2
2016	3.934	9,7	51,6	2.656	6,5	34,9	1.029	2,5	13,5
2021	4.239	10,3	52,7	2.678	6,5	33,3	1.123	2,7	14,0
2026	4.699	11,3	53,6	2.990	7,2	34,1	1.074	2,6	12,3

Fuente: Elaboración propia a partir de FERNÁNDEZ CORDÓN, J. A.: "Proyecciones de Población Española". (Hipótesis A). Madrid. FEDEA. Documento de Trabajo 98-111. 1998.

I. LOS CAMBIOS SOCIALES

La evolución de la población mayor en los próximos años está condicionada por la historia demográfica española. Como se refleja en la tabla siguiente, la caída de la natalidad que se produjo en España en los años que siguieron a 1936, especialmente en el quinquenio 1936-40, tiene su lógica influencia en el número de personas que se incorporan al sector de la población mayor sesenta y cinco años más tarde, es decir, a partir del año 2001. Como resultado de la llegada a la edad de jubilación de generaciones menos numerosas, se está produciendo, en la primera década del siglo XXI, una apreciable disminución del ritmo de crecimiento de la población mayor en su conjunto, que aliviará la presión que, en los últimos años, ha venido ejerciendo el crecimiento continuado de la población mayor sobre los sistemas de pensiones. Desde esta perspectiva, la primera década del siglo XXI podría significar una especie de “tregua demográfica” para nuestro sistema de Bienestar Social¹⁰.

¹⁰ Unos resultados similares se recogen en el estudio realizado por el profesor Díaz Nicolás, recogido en el documento, hecho público por el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, sobre “Documentos aportados por la Comisión de Expertos para el estudio de las situaciones de dependencia”. Conforme a tal estudio, la población española con 65 o más años evolucionaría de la forma que se señala en el cuadro siguiente, según las diferentes hipótesis sobre la incidencia de la inmigración:

HIPÓTESIS DE POBLACIÓN ESPAÑOLA DE 65 Y MÁS AÑOS EN DIFERENTES AÑOS						
Año	Sin inmigración		Alta inmigración		Freno a la inmigración	
		%		%		%
2002	6.946.267	17,05	6.946.267	17,05	6.964.267	17,05
2007	7.353.485	17,85	7.387.760	16,91	7.387.760	16,91
2012	8.964.440	19,40	8.137.430	17,53	8.125.480	17,95
2017	8.925.800	21,42	9.092.450	18,78	9.060.617	19,34

LA PROTECCIÓN DE LAS SITUACIONES DE DEPENDENCIA EN ESPAÑA

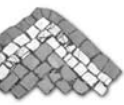
Crecimiento de la población mayor por quinquenios (2001-2026)

GRUPOS DE EDAD	2001-06	2006-11	2011-16	2016-21	2021-26
65-69	-259.279	163.137	207.852	107.460	353.628
70-74	63.594	-225.635	163.009	197.828	106.659
75-79	137.672	68.035	-182.768	154.348	177.906
80-84	223.648	119.419	63.264	-132.465	133.695
85-89	48.223	144.023	83.801	45.133	-78.528
90 y +	30.833	30.633	60.339	49.095	29.579
TOTAL	244.691	299.612	395.497	421.399	722.939
65-79	-58.013	5.537	188.093	459.636	638.193
80 y +	302.704	294.075	207.404	-38.237	84.746

Fuente: Elaboración propia a partir de FERNÁNDEZ CORDÓN, J. A.: “Proyecciones de Población Española”. (Hipótesis A). Madrid. FEDEA. Documento de Trabajo 98-11, 1998.

Sin embargo, simultáneamente a esa ralentización del crecimiento de la población mayor en su conjunto, se va a producir un incremento muy considerable del número de personas mayores de 80 años (el grupo de población en el que se concentran la mayor parte de las situaciones de dependencia, también denominado como “*la cuarta edad*”), que aumentará en 600.000 personas en tan sólo diez años. La pretendida “*tregua*” no es, pues, más que una ilusión, pues la presión sobre los recursos no va a desaparecer, sino que simplemente se desplazará desde las prestaciones económicas hacia las prestaciones de servicios, y va a exigir un importante esfuerzo inversor para poner al día nuestra insuficiente red de apoyos y asistencias.


A partir de 2011, el crecimiento global de la población mayor volverá a intensificarse, debido a la incorporación de generaciones más numerosas. Ese crecimiento alcanzará una particular intensidad a partir del año 2020, en el que empezarán a incorporarse a la población mayor las primeras generaciones del “*baby-boom*”, que en España comenzó a producirse a finales de los años cincuenta.



Este intenso proceso de envejecimiento no debe ser considerado en sí mismo como un problema, sino como un nuevo dato del cambio estructural que está experimentando nuestra sociedad y como una oportunidad social que es necesario aprovechar. El envejecimiento de la población constituye una de las transformaciones sociales más importantes producidas en el último tercio del pasado siglo y es la expresión de un gran logro humano, que nos está permitiendo vivir más y vivir mejor. Pero supone, a la vez, un importante reto para nuestra sociedad, pues el incremento del número de personas mayores y, dentro de éstas, el de las personas de edad más avanzada, se traduce en unas necesidades de atención crecientes. Todos los expertos que estudian las consecuencias que, para las sociedades modernas, tiene el fenómeno del envejecimiento coinciden en afirmar que el problema fundamental es cubrir las necesidades de cuidados y atención a las personas en situación de dependencia, cuyo número se está viendo enormemente incrementado como consecuencia del aumento de la población de avanzada edad.

3. LA INCIDENCIA DE GÉNERO MOTIVADO POR EL ENVEJECIMIENTO

La mayor esperanza de vida de las mujeres hace que éstas sean mayoría dentro de la población mayor: de cada 100 personas mayores de 65 años, 58 son mujeres. La preponderancia demográfica femenina es mayor conforme avanza la edad (67 mujeres por cada 100 personas de más de 80 años). No obstante, no se espera que la proporción de mujeres entre la población mayor (aunque sí su número) se incremente en los próximos años.



Sin embargo, de esos datos no se puede extraer la conclusión de que en esos años las mujeres viven más que los hombres mantengan su calidad de vida, ya que esa mayor longevidad se acompaña de fuerte dependencia y el deterioro de su calidad de vida se produce a una edad más temprana que en los hombres. Los datos existentes sobre auto-percepción del estado de salud confirman que, tanto los varones como las mujeres, perciben un deterioro de su salud conforme aumenta la edad, pero con una diferencia sistemática: a igual edad siempre es mayor entre las mujeres la proporción que considera mala o muy mala su salud.

El género es un importante factor de desigualdad en la vejez, que se refleja en aspectos como el estado de salud, la modalidad de convivencia y el nivel de ingresos. La mayor longevidad de las mujeres, al combinarse con el hecho de que en las parejas predomina una diferencia de edad en favor del hombre, tiene como consecuencia una tasa más alta de viudedad y también tasas más altas de algunas modalidades de convivencia (en solitario y sin cónyuge o pareja). Ocho de cada diez personas mayores que se ven forzadas a vivir solas son mujeres. Por otra parte, el 84 por ciento de las familias monoparentales tienen como persona de referencia a mujeres de más de 45 años.

La viudedad supone también una merma importante del nivel de ingresos. Hay que tener en cuenta que muchas de las mujeres mayores no han tenido un trabajado asalariado, por lo que no han generado pensión propia, y al enviudar ven muy mermada la pensión que recibía su cónyuge. Así, la “historia económica” de la mujer es un determinante de los preocupantes niveles de pobreza que aún se dan entre la población mayor femenina.



Junto al estado de salud y el nivel de ingresos, el *nivel de instrucción* (íntimamente ligado a las condiciones económicas) y de status social es otro factor determinante del nivel de dependencia, que se agrava según se reducen esos niveles. No está de más recordar que, por ejemplo, el porcentaje de mujeres analfabetas es algo más del doble que el de varones.

4. LOS CAMBIOS EN EL MODELO DE FAMILIA Y LA INCORPORACIÓN DE LA MUJER AL TRABAJO

Tradicionalmente, han sido las familias las que han asumido el cuidado de las personas en situación de dependencia, a través de lo que ha dado en llamarse “*apoyo informal*”. Para ser más exactos, habría que puntualizar que esa función recae, casi en exclusiva, en las mujeres del núcleo familiar (esto es, en las madres, cónyuges, hijas o hermanas de las personas en situación de dependencia), y, dentro de éstas, en las mujeres de mediana edad, sobre todo en el grupo formado por las que tienen entre 45 y 69 años.

El incremento cuantitativo de las situaciones de dependencia, causado por el envejecimiento de la población y por el incremento de la morbilidad, coincide en el tiempo con cambios importantes en el modelo de familia y con la incorporación progresiva de la mujer al mercado de trabajo, fenómenos ambos que están haciendo disminuir sensiblemente la capacidad de prestación de cuidados informales, haciendo que el modelo de apoyo informal, que ya ha empezado a hacer crisis, sea insostenible a medio plazo. Esa insostenibilidad se debe, por una parte, a razones estrictamente demográficas, pues cada vez existen menos mujeres en edad de cuidar y más personas que precisan cuidados de larga duración, y esta brecha se está incrementando con el paso de



los años: si en el año 1991 había más de doce mujeres de entre 45 y 69 años por cada persona mayor de 85, en la actualidad hay ya menos de nueve, y en el año 2021 serán menos de siete.

Evolución del indicador de potencial de cuidados a las personas mayores

	ÍNDICE A	ÍNDICE B	ÍNDICE C
1991	1,00	2,44	12,06
2001	0,85	1,96	8,86
2011	0,89	1,75	7,24
2021	0,94	1,98	6,70

Índice A: mujeres de entre 45 y 69 años por cada persona mayor de 65 años

Índice B: Mujeres de entre 45 y 69 años por cada persona mayor de 75 años

Índice C: Mujeres de entre 45 y 69 años por cada persona mayor de 85 años

Elaboración propia a partir de FERNÁNDEZ CORDÓN, J. A.: “Proyecciones de Población Española”. (Hipótesis A). Madrid. FEDEA. Documento de Trabajo 98-11, 1998.

Pero no se trata sólo de un problema de número. La insostenibilidad del modelo de apoyo informal se debe también a las transformaciones que están experimentando las estructuras familiares, que, sumariamente, se concretan en la sustitución de la familia extensa, que proporcionaba asistencia y proveía de recursos a todos sus miembros por núcleos familiares más reducidos; en el desdibujamiento del perfil de institución permanente de la familia, que se traduce en un incremento del número de separaciones, divorcios y nuevos matrimonios; en la creciente movilidad geográfica de los distintos miembros de la familia, que aleja a los familiares directos y debilita las redes de solidaridad familiar; en la variedad de modelos familiares coexistentes (incremento de personas que viven solas, familias monoparentales, uniones de hecho, etc.); en la democratización en las relaciones intergeneracionales y entre los miembros de la pareja; en la permanencia de los hijos en la casa familiar hasta edades que llegan a superar los 30 años, y, sobre todo,

I. LOS CAMBIOS SOCIALES

en los cambios profundos en la posición social de las mujeres y, por ende, en el rol tradicional dentro de la familia, al que las confinaba una sociedad patriarcal y profundamente segregadora de las mujeres.

Este conjunto de circunstancias ha sometido a la familia a importantes tensiones de adaptación. La institución familiar sigue cumpliendo sus funciones clásicas, pero se ha visto obligada a hacer frente, además, a nuevas demandas, como resultado del retraso en el proceso de independización de los hijos y de la mayor carga de cuidados que supone el incremento en el número de personas en situación de dependencia. Estas cargas recaen fundamentalmente, como ya se ha indicado, en las mujeres de las generaciones intermedias, y entran en contradicción directa con las demandas derivadas del cambio que se está produciendo en el rol social de las mujeres, que se están incorporando de manera muy activa al mundo del trabajo retribuido y al conjunto de las instituciones sociales. Las exigencias de la emancipación social de las mujeres alteran profundamente un estado de cosas insostenible.

Entre mediados de los ochenta y mediados de los noventa, la participación laboral de las mujeres en las edades centrales cambió radicalmente. En 1994 eran activas un 71 por ciento de las mujeres entre 25 y 29 años, cuando diez años atrás la proporción era del 52 por ciento. En el siguiente grupo de edad (entre 30 y 34 años), donde tradicionalmente se producía la retirada casi definitiva de buena parte de las mujeres anteriormente activas para dedicarse a la crianza de los hijos y, en general, al trabajo doméstico, la tasa de actividad pasó del 39 por ciento en 1984 al 63 por 100 en 1994. Seis años más tarde, en el tercer trimestre de 2000, la tasa de actividad había vuelto a crecer en estos dos grupos, y se situaba en un 77,5 por 100 para las mujeres entre 25

LA PROTECCIÓN DE LAS SITUACIONES DE DEPENDENCIA EN ESPAÑA

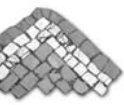
y 29 años, y en un 70,3 por 100 para las que tenían entre 30 y 34 años. La distancia en estos dos grupos de edad con los mismos grupos de varones era, en 1984, de 41 y 58 puntos porcentuales, en 1994 de 18 y 31, y en 2000 de 11 y 25.

Evolución de las tasas específicas de actividad femenina por grupos de edad, 1987-2000

Años	Grupos quinquenales de edad												Total
	16-20	20-24	25-29	30-34	35-49	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70 y +	
1987	38,2	61,9	61,1	50,0	39,1	36,7	31,4	27,3	22,2	16,6	4,8	0,8	31,0
1988	37,7	64,5	62,8	51,4	42,1	37,4	33,6	27,8	23,1	16,7	4,7	0,9	32,5
1989	32,9	62,2	64,2	53,7	45,6	39,0	33,5	28,4	24,1	15,3	4,1	0,7	32,7
1990	31,8	61,5	64,8	56,4	49,6	41,0	34,7	29,2	23,0	15,2	3,9	0,7	33,3
1991	28,6	61,6	66,0	58,9	52,1	43,0	36,4	31,0	22,4	15,9	3,1	0,6	33,3
1992	27,7	58,7	66,2	58,5	53,9	47,2	37,3	32,2	24,1	16,6	3,9	0,6	34,1
1993	26,8	58,5	68,6	62,2	57,2	47,2	40,0	31,8	23,7	15,9	4,0	0,5	34,5
1994	25,2	59,0	71,1	61,9	59,2	52,3	41,5	33,5	23,9	15,2	3,2	0,6	35,7
1995	24,1	58,7	71,7	63,8	60,1	53,3	44,1	35,1	25,2	15,1	3,1	0,8	36,1
1996	23,1	57,3	74,4	64,7	61,6	55,4	46,0	35,5	26,1	15,6	2,7	0,4	36,9
1997	22,4	56,7	74,3	66,8	61,4	57,5	48,6	37,5	26,5	15,9	2,5	0,2	37,4
1998	21,5	56,8	75,3	67,1	62,3	58,8	48,6	38,8	27,9	15,8	2,4	0,3	37,7
1999	22,7	57,3	76,3	68,7	63,6	59,2	50,7	38,6	27,3	15,5	2,5	0,3	38,1
2000	22,4	57,8	77,5	70,3	65,3	62,0	54,4	40,8	29,1	16,5	2,5	0,3	39,7

Elaboración propia a partir de INE, Encuesta de Población Activa. Los datos se refieren al tercer trimestre de cada año.


De acuerdo con tales datos, en los últimos años se ha producido una incorporación progresiva y creciente de la población femenina al mercado laboral, cada vez con mayores cualificaciones y niveles formativos. Sin embargo, la persistencia de la tradicional asignación de roles sociales entre los sexos continúa afectando de modo negativo a su integración y promoción social y laboral. Las mujeres siguen siendo quienes se ocupan de las tareas domésticas y de las responsabilidades familiares, bien como actividad exclusiva, bien como extensión de la



jornada laboral extradoméstica, y son quienes generalmente se responsabilizan de la prestación de cuidados a familiares enfermos y ancianos, lo que supone en muchos casos un importante obstáculo para su integración en el sistema productivo, al ser esta una tarea intensiva en trabajo y en tiempo, que se extiende durante largos periodos.

Por otra parte, la difícil conciliación entre la vida familiar y el trabajo remunerado retroalimenta el fenómeno del envejecimiento poblacional, pues ha originado el retraso de la maternidad y una brusca y continuada reducción de la misma. En el ciclo vital de las mujeres hay una coincidencia temporal entre el periodo de maternidad y crianza de los hijos y el de integración y consolidación laboral, y la falta de adecuación del trabajo a esta realidad origina, por un lado, una generalización de las decisiones tendentes a retrasar los nacimientos, tener un solo hijo, e incluso no tenerlo, y por otro lado (aunque cada vez en menor medida), la interrupción o el abandono de la carrera laboral.

El nuevo papel social de las mujeres ha venido acompañado de profundas transformaciones en la estructura familiar, en el sentido de que la evolución de los hogares sigue la pauta de una reducción de tamaño y una diversificación de las formas de convivencia. Aunque el modelo predominante sigue siendo la familia conyugal nuclear, ésta se encuentra en proceso de disminución en la medida en que se ha producido un fuerte aumento de las “familias atípicas”, como son los hogares unipersonales, los pluripersonales sin núcleo conyugal y, sobre todo, los hogares monoparentales, que son aquellos en los que la persona de referencia no tiene cónyuge pero sí hijos menores de 18 años a su cargo. De las 290.400 familias monoparentales existentes en 1996, un 87 por ciento tenía como persona de referencia una mujer; más de la mitad de



esas mujeres estaban separadas o divorciadas, proporción que ha aumentado considerablemente en los últimos años en detrimento de las familias encabezadas por mujeres viudas.

En conclusión, el modelo español de atención a la cobertura de la dependencia, basado casi en exclusividad en la atención por parte de los cuidadores familiares (especialmente, cuidadores femeninos de mediana edad) **ha entrado en crisis debido a:**

- **Minoración del grupo de cuidadores**, a causa del menor número de mujeres dedicadas a ello (que mayoritaria y casi exclusivamente absorben esta labor), así como del incremento del número de personas en situación de dependencia.
- **Alteraciones en el modelo tradicional familiar**, debido al aumento de divorcios, familias monoparentales y dispersión geográfica de los familiares como consecuencia de la mayor movilidad laboral.
- **Cambios en la posición social de la mujer**, que por mor de su emancipación se incorpora más intensamente al trabajo, lo que reduce la población cuidadora tradicional y, en especial, la intensidad de los horarios.
- **Los cuidados de la vida diaria** a las personas con discapacidad en situación de dependencia **son cada vez más gravosos** debido al cansancio y mayor edad de los padres, habitualmente madres. A veces la vivienda no cuenta con las adaptaciones adecuadas para facilitar estas tareas cotidianas.

I. LOS CAMBIOS SOCIALES



- Las **ayudas domiciliarias raramente son asequibles** (personal no preparado, límites de recursos rígidos y poco realistas, no se recoge la figura del asistente personal etc.).

Esta crisis del modelo tradicional tiene una incidencia importante en las personas con discapacidad, puesto que, en razón de sus diferentes estructuras de edad, precisan una serie de cuidados que, por lo general, el sistema público de protección social (entendido éste término en su amplia dimensión) no da respuesta, ni de lejos. Se trata, por ejemplo, de monitores de apoyo para la integración educativa de los niños y niñas con discapacidad, prestaciones económicas destinadas a las familias de niños y niñas con discapacidad menores de 18 años, fórmulas concretas de integración laboral y de empleo con apoyo que promuevan la integración en el mercado de trabajo, prestaciones económicas compatibles con el empleo, atención especial a las necesidades concretas de las mujeres con discapacidad, favorecimiento de programas de vida independiente, incentivación de planes de eliminación de barreras arquitectónicas, urbanísticas, de comunicación y en el transporte, etc.

A su vez, no pueden perderse de vista los problemas específicos de los niños con discapacidad quienes necesitan de actuaciones especiales que su propia familia, en la mayoría de los casos, no les puede facilitar¹¹.

¹¹ Los niños con discapacidad, en general en edad escolar y, particularmente, los comprendidos entre los 0 y 6 años, también han de considerarse personas en situación de dependencia, al margen del grado de discapacidad que les afecte. Por ello, las medidas que se adopten en favor de las personas en situación de dependencia han de entenderse también aplicadas para los menores con discapacidad y sus familias siendo esencial darle un lugar prioritario a la atención temprana (0-6 años) y al apoyo a la familia en esta etapa, crucial para las personas con discapacidad.

II. LA PROTECCIÓN DE LA DEPENDENCIA EN EL DERECHO COMPARADO



1. INTRODUCCIÓN

La cobertura social de la dependencia es un tema que está presente en la evolución de los sistemas de Seguridad Social de los países europeos, al tiempo que es objeto de debates y análisis en los foros de la Unión Europea¹², en los que se pone de relieve la necesidad de afrontar los riesgos que presenta la dependencia para los sistemas de protección social.

La doctrina viene diferenciando **cuatro modelos** de protección social de la dependencia, relacionados, en mayor o menor medida, con los respectivos modelos de los sistemas de protección social, como son:

- a) El **modelo liberal** (por ejemplo, Reino Unido) basado en un esquema de naturaleza asistencial, que incorpora la participación en el coste (vulgarmente, llamado “copago”) y el desplazamiento de la responsabilidad de los cuidados de larga duración a los entes locales
- b) El **modelo continental de seguridad social** (por ejemplo, Alemania, Austria, Francia o Luxemburgo) en el que la protección social a las consecuencias de la dependencia se sitúa en el ámbito de la Seguridad Social, como un riesgo más al que se da cobertura junto a las pensiones, seguro de desempleo, etc. Además, se suele evaluar la dependencia en función de grados (generalmente, tres) reconociéndose prestaciones monetarias o servicios, si bien se da una amplia elección a la persona en situación de dependencia o a sus familiares.

¹² Situación que es objeto de crítica por parte de la doctrina. Vid. AZNAR LÓPEZ, M.: “De la gran incapacidad a la protección por la dependencia”, Revista Española del Daño Corporal. Nº 4. 1996.

Otro de los rasgos definitorios de este modelo descansa en la existencia de ayudas al cuidador tanto en excedencias del trabajo para la actividad de cuidados informales, como a través de la cobertura de las cotizaciones de la carrera de seguro y los servicios de respiro (vacaciones, servicios de apoyo), además de las prestaciones monetarias que recibe la persona para compensar al cuidador o financiar servicios personales.

- c) **Modelo nórdico** (Suecia, Dinamarca o Finlandia) donde no existe una cobertura de la dependencia dentro del sistema de la Seguridad Social, sino que la protección de la dependencia deriva de la propia naturaleza de la cobertura social universal, si bien basada en la prestación de servicios, ya que la presencia de los cuidados informales es menos intensa que en los modelos latino y continental.
- d) Por último, el **modelo latino** (España, Italia o Portugal). En este modelo, la cobertura de la dependencia descansa básicamente en la familia, de modo que el sistema público de cuidados de larga duración es de naturaleza asistencial y escaso.

2. ALGUNOS EJEMPLOS EUROPEOS DE COBERTURA SOCIAL DE LA DEPENDENCIA

2.1. Cobertura dentro del marco de la Seguridad Social

Alemania y Luxemburgo han formalizado sus sistemas de atención a la dependencia a través de leyes del seguro de la dependencia en el marco del Sistema Público de la Seguridad Social.



Alemania

- El 1 de enero de 1995 entró en vigor en Alemania la Ley del Seguro de Cuidados. Desde entonces la necesidad de cuidados de larga duración está reconocida como un riesgo social independiente, comparable con los riesgos sociales clásicos (enfermedad, jubilación, invalidez, desempleo). A partir de esa fecha se recaudan las cotizaciones al seguro; las prestaciones para cuidados a domicilio se abonan desde el 1 de abril de 1995 y las prestaciones para cuidados residenciales y hospitalarios comenzaron a abonarse a partir del 1 de julio de 1996.
- La necesidad de cuidados de larga duración está definida legalmente como limitación de la capacidad de la persona para ser independiente por sí misma, situación de dependencia y falta de autonomía. En términos prácticos, se reconoce la necesidad de cuidados de larga duración para aquellas personas que no son capaces de atender sus cuidados cotidianos (lavarse, ducharse, afeitarse o hacer sus necesidades), aquéllas que no son capaces de preparar su comida o comer solas, las que han perdido su movilidad para levantarse de la cama o acostarse, vestirse, desnudarse, caminar, subir o bajar escaleras, etc., o les resulta imposible organizar su casa sin el apoyo de otras personas (realizar la compra, limpiar la casa, lavar la ropa...).

Esas circunstancias pueden producirse en cualquier período de la vida. La necesidad de cuidados de larga duración puede darse en el caso de personas en las que concurre una discapacidad, enfermos crónicos y enfermos terminales. Incluso los niños más pe-



queños que hayan nacido con limitaciones congénitas pueden estar afectados. Con todo, el grupo cuantitativamente más importante es el de las personas ancianas que no son capaces de cuidarse por sí mismas.

- *El grupo asegurado* por el seguro social de cuidados de larga duración abarca a las personas acogidas al seguro médico obligatorio, tanto si están afiliados a la Seguridad Social, como si lo están a un sistema voluntario. Aquéllos que se hayan asegurado contra el riesgo de enfermedad en una compañía de seguros privada tienen que contratar un seguro de cuidados privado, de modo que todas las personas con derecho al seguro de enfermedad tienen también necesariamente, al mismo tiempo, derecho al seguro de dependencia. En el caso del seguro obligatorio este hecho no ha planteado problemas, porque ambos seguros, el de enfermedad y el de cuidados de larga duración, funcionan paralelamente. En el caso de los seguros privados, el Instituto Federal de Seguros ha adoptado medidas para garantizar la cobertura del seguro de dependencia, obligando a las compañías aseguradoras privadas a informar de los nombres de las personas que, teniendo un seguro privado de enfermedad, no hayan suscrito una póliza en el seguro de dependencia, o tengan seis meses de cuotas impagadas. A los morosos y a quienes no hayan suscrito la póliza se les pueden imponer multas de hasta 5.000 DM.
- Se considera que están necesitadas de cuidados aquellas personas que, debido a una enfermedad física, mental o psíquica o a una discapacidad, requieren con carácter habitual una considerable ayuda de otra persona para realizar los actos corrientes o pe-



riódicos de la vida cotidiana. A tal efecto, se distinguen tres grados de asistencia, en función de la frecuencia con la cual deban prestarse los cuidados. Las prestaciones que se conceden son en especie o monetarias, y su importe varía según el grado de asistencia en que haya sido clasificada la persona necesitada de cuidados:

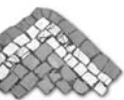
- *Grado de asistencia I:* personas con notable necesidad de cuidados. Son aquéllas que necesitan ayuda para su aseo personal, alimentación o movilidad como mínimo una vez al día, además de ayuda varias veces a la semana para las tareas del hogar. En estos casos, las prestaciones en especie para las personas con este grado de asistencia consisten en la ayuda domiciliaria a través de personal cualificado hasta un importe de 750 DM al mes. En lugar de esta ayuda la persona afectada puede recibir 400 DM para que ella misma se garantice la ayuda a través de un familiar o persona privada. Si la caja aseguradora comprueba que la asistencia a través de los familiares no está garantizada, puede anular las prestaciones monetarias, concediendo únicamente prestaciones en especie a través de personal cualificado.
- *Grado de asistencia II:* personas con gran necesidad de cuidados. Son aquéllas que necesitan ayuda para su aseo personal, alimentación o movilidad al menos tres veces al día a distintas horas y por un período de tiempo de 3 horas como mínimo, además de ayuda varias veces a la semana para las tareas del hogar. Las prestaciones en este grupo consisten en la ayuda domiciliaria a través de personal cualificado por un importe de



hasta 1.800 DM al mes. En lugar de esta ayuda la persona necesitada puede organizarse su propia asistencia recibiendo para ello el importe de 800 DM al mes.

- *Grado de asistencia III:* personas con necesidad máxima de cuidados. Son aquéllas que necesitan ayuda para su aseo personal, alimentación o movilidad las 24 horas del día, además de ayuda varias veces a la semana para las tareas del hogar. Las prestaciones que se conceden en este caso consisten en la asistencia domiciliaria por una persona cualificada hasta un importe de 2.800 DM al mes, cantidad que puede elevarse hasta 3.750 DM al mes en los casos en que se aprecie una necesidad especialmente intensa de cuidados. En lugar de esta asistencia en especie se podrá conceder a la persona necesitada de cuidados un importe mensual de 1.300 DM para que organice su propia asistencia.
- Los cuidados se prestan prioritariamente a domicilio, y sólo cuando esto no sea posible, se proporcionarán en régimen de internado. El beneficiario tiene derecho a decidir qué prestaciones quiere solicitar, lo que le permite adecuar los cuidados a sus necesidades individuales. Las características principales de las prestaciones del seguro de cuidados de larga duración alemán, son:
 - Las prestaciones en especie suponen la asistencia de personal cualificado en las cuantías establecidas para cada uno de los grados de asistencia.

II. LA PROTECCIÓN DE LA DEPENDENCIA EN EL DERECHO COMPARADO



- Se prevén prestaciones monetarias para remunerar a familiares, amigos o personas contratadas directamente por los necesitados de cuidados, en las cuantías establecidas para cada grado de asistencia.
- Puede combinarse la prestación en especie, consistente en la asistencia por personal cualificado, y la prestación monetaria.
- Cuando la persona encargada de la asistencia no pueda llevarla a cabo por motivos de enfermedad o esté ausente por vacaciones, se tiene derecho a su sustitución hasta un máximo de cuatro semanas al año, concediendo la caja aseguradora un importe de hasta 2.800 DM (cuantía 1995).
- La ayuda domiciliaria se complementa con la provisión de sillas de ruedas, camas especiales y aparatos ortopédicos, cuando sean necesarios. También pueden concederse ayudas de hasta 5.000 DM para la realización de obras de adaptación dentro de la vivienda.
- En los casos en que con la ayuda domiciliaria no esté garantizada la asistencia necesaria, es posible la concesión de asistencia parcial durante el día o la noche en residencias. Según el grado de necesidad, las cajas aseguradoras se harán cargo de este concepto hasta un importe de 750, 1.500 y 2.100 DM al mes (cuantías en 1995).
- Cuando no sea posible la asistencia domiciliaria ni la asistencia parcial en una residencia, la persona necesitada de cuida-

LA PROTECCIÓN DE LAS SITUACIONES DE DEPENDENCIA EN ESPAÑA



dos podrá recibir asistencia, sin limitación temporal, en una residencia, haciéndose cargo las cajas aseguradoras de los gastos hasta un total de 2.800 DM al mes, cantidad que puede elevarse hasta 3.800 DM en los casos extremos (cuantías en 1995).

- A efectos de la cotización, se aplica la base reguladora mensual del seguro médico obligatorio. El importe que se abona en concepto de cuota es el 1,7 por ciento del salario bruto, del cual el 0,85 por ciento corresponde abonarlo al empresario y el otro 0,85 por ciento al trabajador. El porcentaje que paga el empresario se recupera con la desaparición de un día festivo o con la renuncia, por parte del trabajador, a un día de vacaciones.

En el caso de los pensionistas, el seguro de pensiones se hace cargo de la mitad de la cotización, y la otra mitad se descuenta de la pensión. Otro tanto ocurre con quienes reciben subsidio por enfermedad, en cuyo caso es la caja de enfermedad la que se hace cargo de la mitad de la cuota, descontándose la otra mitad del subsidio. Las cuotas de quienes perciben prestaciones de asistencia social son pagadas por el propio Servicio de Asistencia Social. Las cotizaciones de los desempleados corren a cargo del Instituto Federal de Empleo. Están dispensadas del abono de cuotas las madres durante el permiso por maternidad. Los hijos y cónyuges a cargo cuyos ingresos totales mensuales se sitúen por debajo de un umbral mínimo (en 1995: 580 DM) quedan asegurados en el marco del seguro familiar sin coste alguno.

- La administración del seguro de cuidados corre a cargo de las cajas del seguro de dependencia, que son legalmente autónomas e



independientes, pero que están integradas en las cajas del seguro de enfermedad, siendo dirigidas y administradas por el personal de estas cajas. El seguro de dependencia carece, por tanto, de burocracia propia.

- Con la finalidad de promover la asistencia domiciliar y de reconocer el esfuerzo de todas las personas que voluntariamente cuidan de las personas en situación de dependencia y que, en muchas ocasiones, se han visto obligadas a renunciar total o parcialmente a un puesto de trabajo, la Ley prevé su aseguramiento obligatorio en el seguro de pensiones a través de las cajas del seguro de cuidados o de las compañías privadas de seguros. De esta manera, se proporciona a muchas personas que nunca han cotizado el derecho a una pensión, y se mejoran los importes de la pensión futura de quienes sí han cotizado lo suficiente para obtenerla.

Para el aseguramiento se requiere que la atención se preste desinteresadamente a una persona necesitada de asistencia durante al menos 14 horas semanales. Se considera que la asistencia se presta desinteresadamente y no con fines lucrativos si el que la presta se limita a recibir las ayudas monetarias que concede el seguro de cuidados. Se requiere, además, que la persona que presta la asistencia no realice otro trabajo simultáneamente que le ocupe más de 30 horas semanales (si trabajan parcialmente menos de 30 horas semanales y están aseguradas, tendrán dos cantidades mensuales por las que cotizan y su pensión será, por tanto, mayor).

Las cuotas para el seguro de pensiones de los cuidadores las abonan en su totalidad las cajas del seguro de dependencia. El importe de las cuo-



tas se calcula sobre un salario ficticio que se considera más o menos elevado en función del grado de necesidad de asistencia de la persona a la que se cuida y del número de horas que se dedican a su cuidado.

Además de pertenecer al Seguro de Pensiones, las personas que prestan asistencia a domicilio están también aseguradas en el Seguro Social de Accidentes durante el tiempo que prestan la asistencia y durante el camino de la vivienda propia a la vivienda de la persona a la que prestan su asistencia.

Luxemburgo

- El único país que ha introducido el seguro de dependencia en su sistema de seguridad social al mismo nivel que los demás seguros es Luxemburgo. La dependencia es, así considerada, como un riesgo social, al mismo nivel que la enfermedad, el accidente o la vejez, contra el que los ciudadanos han de estar protegidos a través de un seguro de carácter obligatorio que cuenta con tres fuentes de financiación:
 - Una contribución con cargo a los presupuestos generales del Estado, que cubre el 45 por 100 de los gastos totales.
 - Las cotizaciones individuales de los asegurados, cuyo tipo se ha fijado en el 1 por cien de los ingresos (rentas profesionales, rentas del capital y rentas del patrimonio).
 - Una contribución especial con cargo al sector de la energía eléctrica.



- A los efectos del seguro de dependencia, se entiende que una persona es dependiente cuando, a consecuencia de una enfermedad o invalidez, física o mental, tiene necesidad imperiosa y regular de ayuda para efectuar los actos esenciales de la vida: movilidad, higiene y nutrición. Para ser objeto de cobertura protectora a través de la Ley, el estado de dependencia debe presentar una cierta intensidad. Por ello, se habla de una necesidad imperiosa y regular de asistencia. La ley precisa que esta necesidad debe representar un mínimo de tres horas y media por semana, es decir, media hora por día. Además, la duración del estado de dependencia debe ser previsible para un mínimo de seis meses, o ser irreversible.
- El seguro de dependencia, que cubre al asegurado y a los miembros de su familia, concede prestaciones dinerarias y en especie:
 - Las prestaciones en especie son prestaciones concedidas en forma de ayudas y cuidados, de aparatos o adaptación de la vivienda. Se abonan directamente a las entidades proveedoras de servicios, sobre la base del sistema de un tercer pagador.
 - Las prestaciones dinerarias son prestaciones en metálico. Están destinadas a la remuneración del ayudante circunstancial y se abonan a la propia persona en situación de dependencia.
 - La ley prevé también, en el caso de que la atención al asegurado se realice en su propio domicilio, la posibilidad de sustituir toda o una parte de la prestación en especie por una prestación dineraria (prestación mixta). La prestación dineraria equivale a la mitad del costo de la prestación en especie a la



que reemplaza. Además, el número de horas de prestación de servicios susceptibles de ser sustituidas por una prestación dineraria es limitado:

- Hasta siete horas de ayudas y cuidados a la semana, la persona puede cambiar la totalidad por una prestación en dinero.
 - Entre siete y catorce horas, sólo la mitad puede ser sustituida por una prestación dineraria.
 - Con más de catorce horas, la sustitución no es posible.
- La ley prevé igualmente prestaciones en favor de quienes cuidan a una persona dependiente al margen de un servicio profesional (ayudante circunstancial). Así, el seguro de dependencia se hace cargo de las cotizaciones al seguro de pensiones de esta persona. La ley prevé también la posibilidad de descanso anual para esa persona haciéndose cargo durante tres semanas al año del doble de la prestación dineraria y, en el caso de que la persona dependiente resida temporalmente en un establecimiento durante esas tres semanas, de las ayudas y cuidados necesarios.
 - El organismo gestor del seguro de dependencia luxemburgués es la Unión de Cajas de Enfermedad. La administración del seguro de dependencia corre a cargo del equipo de evaluación y de orientación, que está organizado sobre una base multidisciplinar (médicos, psicólogos, asistentes sociales, ergoterapeutas, fisioterapeutas, enfermeras y enfermeros psiquiátricos). Para determi-



nar las necesidades específicas de cada persona, se realiza una evaluación objetiva e individual. El equipo de evaluación y de orientación mide la intensidad de la necesidad basándose en el servicio requerido para responder a la necesidad. Esta necesidad se expresa en tiempo de servicios requeridos, lo que permite la determinación de las prestaciones. El valor monetario de los cuidados se fija en 35 euros por hora en establecimiento, y en 40 euros por hora para los cuidados a domicilio.

- Los principales prestadores de servicios del seguro de dependencia son, además del ayudante circunstancial, el establecimiento residencial y la entidad proveedora de servicios. Los establecimientos residenciales son las instituciones que albergan de día y de noche a personas en situación de dependencia, facilitándoles las ayudas y cuidados especiales requeridos en función de su estado de dependencia.

La *entidad proveedora de servicios* es una asociación de servicios que ofrece a las personas en situación de dependencia las ayudas y cuidados requeridos por su estado en el marco de la permanencia en el domicilio.

- Los establecimientos residenciales y las entidades proveedoras de servicios han de comprometerse por contrato a respetar un cierto número de condiciones para poder operar en el marco del seguro de dependencia.



Austria

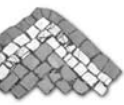
- Austria es uno de los Estados miembros de la Unión Europea en los que el problema de la dependencia se presenta con mayor incidencia teniendo en cuenta que, en 1997, cerca de una quinta parte de la población tenía más de 60 años.
- De acuerdo con la Ley austriaca en la materia, todas las personas con discapacidades y/o enfermedades crónicas, necesitadas de al menos 50 horas mensuales de asistencia, tienen derecho a este tipo de beneficios. Se exige, además, tener la residencia habitual en Austria y percibir una pensión de jubilación o de incapacidad.

Además, los “Länders” (regiones) conceden una ayuda de dependencia a los miembros de la familia de los titulares de pensión y beneficiarios de la ayuda social. Por tanto, se puede compatibilizar esta ayuda de dependencia con otras prestaciones de la Seguridad Social.

- La financiación de esta prestación se lleva a cabo a través de los presupuestos generales del Estado.
- Por último, las ayudas son gestionadas por la institución que administra las prestaciones de base.

2.2. Alternativas en los sistemas de protección social universales


Estas soluciones se practican en países que disfrutan de un modelo con un elevado nivel de protección social en el que no existe un debate explícito sobre la protección adicional que supondría un seguro de de-



pendencia, pues la mayoría de las necesidades están protegidas y garantizadas dentro del sistema de protección social universal existente. La mayor parte de las prestaciones del seguro de cuidados está disponible para toda la población con unos precios considerablemente subsidiados por el sector público y que son gestionados por los municipios. Como consecuencia de esto, no existen propuestas explícitas de seguro de dependencia en estos países.

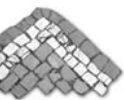
El modelo escandinavo

- Los países escandinavos (Suecia, Dinamarca y Noruega) fueron de los primeros en experimentar la transición demográfica, y han experimentado ya un envejecimiento de la población que más adelante afectaría de forma más acusada a otros países. La población con más de 65 años supone en estos países aproximadamente el 18 por ciento, mientras que casi un 4 por ciento tienen 80 años o más, por tanto un porcentaje de personas mayores bastante alto en el contexto europeo. Una alta, y creciente, proporción de las personas mayores vive sola. Mientras, por ejemplo, alrededor del 40 por ciento de las mujeres con más de 70 años vivía sola en 1970, hoy lo hacen el 70 por ciento, y la proporción se incrementa conforme sube la edad.
- Los países escandinavos constituyen, sin duda, los más típicos representantes del modelo de Estado del Bienestar caracterizado por un amplio compromiso público con la protección social, dentro de un sistema universal y financiado principalmente por medio de impuestos. El acceso a los servicios médicos y sociales es universal, para todos los residentes, de forma gratuita o con una tarifa moderada, y están integrados dentro del mismo sistema.



Son principalmente públicos, aunque en los últimos años hay elementos esenciales que se pueden describir mejor como una mezcla de público-privado. Por ejemplo, muchos médicos de atención primaria desarrollan su práctica privada, pero operan, y son financiados, dentro del sistema público. El sistema de pensiones es también un conjunto público-privado, con la pensión de vejez en la base suplementada con pensiones laborales públicas y privadas, y seguros individuales de pensión.

- Los programas de protección social pueden ser divididos en prestaciones económicas y servicios. Respecto de las personas mayores y de las personas con discapacidad las prestaciones económicas son principalmente las pensiones. Las pensiones tienen carácter universal desde los años 50, y los niveles de pensión fueron creciendo en las siguientes décadas, con el resultado de que actualmente la mayoría se desenvuelven económicamente bien, mejor que en la mayoría de los demás países europeos, según un estudio de la Unión Europea. Las personas mayores y las personas con discapacidad tienen asimismo acceso a más tipos de ayudas para objetivos concretos (necesidades probadas), como prestaciones para vivienda y subsidios de alquiler, y se benefician también de deducciones fiscales.
- Las aportaciones económicas significan casi 2/3 de los costes totales de la atención a las personas mayores, en tanto que los servicios suman el restante 1/3. Los costes de los hospitales, las residencias asistidas y los servicios médicos primarios que atienden a los ancianos no están incluidos en esta fórmula y, de ser considerados, elevarían los costes de los servicios hasta al-



canzar una proporción con las prestaciones económicas de aproximadamente 50-50.

Los servicios que constituyen lo que se considera normalmente como atención a las personas mayores y personas con discapacidad pueden dividirse en tres grupos: las instituciones, las viviendas tuteladas y los servicios domiciliarios. La mayoría de sus usuarios son los ancianos.

- Las *instituciones* de cuidados de larga duración para personas mayores y personas con discapacidad son, en principio de dos tipos: hogares residenciales que son considerados como instituciones “sociales” y residencias asistidas que son “médicas” y no suministran sólo una vivienda protegida, sino también atenciones y cuidados médicos. La división médico/social también supone que algunos servicios están regulados por la legislación sanitaria, en tanto que otros están sujetos a la legislación social. En este aspecto existe una variación entre los países nórdicos. Dinamarca por ejemplo, ha organizado todas sus instituciones bajo legislación y administración de tipo social, lo que puede contribuir a explicar la alta calidad social y de alojamiento que se ofrece en las instituciones danesas. Mientras que en la década de los setenta todas las personas que vivían en residencias asistidas en Dinamarca ya tenían habitaciones individuales, hoy en día, en los casos noruego y sueco, aún debe compartir habitación con otras personas una minoría de cierta importancia entre los pacientes de estas mismas instituciones.

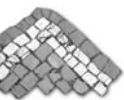


- Dinamarca es probablemente el principal representante de un sistema de servicios basado en la ideología del cuidado en la comunidad pero, en contraste con muchos otros países, cuidado en la comunidad no significa simplemente cuidado por la comunidad (la familia). El rasgo distintivo del modelo escandinavo de atención para las personas dependientes, en general, y del modelo danés, en particular, es la disponibilidad más abundante de servicios comunitarios.

La proporción de institucionalización no es singularmente alta respecto a países como Alemania o Francia pero si lo es el acceso a la ayuda a domicilio y la enfermería a domicilio. Sólo Holanda tiene un nivel de servicios comunitarios comparable al de los países nórdicos. En la mayoría de los demás países, los recursos se concentran en los servicios médicos y en el cuidado institucional, mientras se da por supuesto que la familia ha de asumir la responsabilidad del apoyo social y la atención de larga duración en el ámbito doméstico, en algunos países con apoyo económico público.

La particularidad de los Países Bajos

- El sistema holandés, globalmente considerado, tiene unas características generales que le hacen bastante similar al escandinavo, aunque en su interior opera la idea fuerza de un seguro (sanitario) que es el garante de la prestación de los servicios que cubren el riesgo de la dependencia y que inspiró en gran manera la ley alemana de 1994. En su origen, la finalidad de la legislación holandesa era ofrecer un seguro que cubriera los cuidados de larga



duración para los enfermos crónicos (v.g. con discapacidad mental, pacientes psiquiátricos, pacientes psicogerítricos, etc.); pero, los cambios sociodemográficos lo convirtieron en un seguro básico que cubre los gastos médicos (así se consideran los originados por la dependencia) de todos los ciudadanos.

Desde 1968, el riesgo de la dependencia está cubierto en los Países Bajos por una rama tradicional del sistema general del seguro de enfermedad. Los cuidados de larga duración, así como los tratamientos y servicios son cubiertos ampliamente por la Ley de Gastos Médicos Extraordinarios (en adelante, LGME). En los últimos años, el conjunto de los servicios afectados bajo la prestación de esta ley ha aumentado ampliamente y se ha diversificado. Los cuidados de larga duración son proporcionados en forma de prestaciones en especie.

- El seguro de cuidados sanitarios está cubierto por los Fondos del Seguro Sanitario. Este seguro, regulado por la LGME, es obligatorio. Toda persona que cumpla con los criterios fijados por la ley está asegurada automáticamente y debe abonar las cotizaciones en la proporción correspondiente, tanto si desea como si no recibir los tratamientos y servicios ofertados por la ley.

Todos los empleados cuyos ingresos sean menores de un límite ajustado anualmente, están obligados a participar en el Fondo de Seguro Sanitario. Con la misma prima, todos los miembros de la familia (cónyuge e hijos menores) tienen derecho a beneficiarse del seguro.



- La LGME, siendo un sistema nacional de seguro, cubre a todas las personas residentes en los Países Bajos, las cuales tienen derecho a los servicios financiados dentro del marco de esta ley. La regla general según la cual toda persona que resida en los Países Bajos está cubierta por la LGME es aplicada independientemente de la nacionalidad. El acceso a la protección se basa en una evaluación de las necesidades por los servicios correspondientes.
- La LGME especifica los servicios/cuidados a los cuales se tiene derecho. Da derecho a cuidados preventivos, a tratamiento médico, a residencia, a cuidados y servicios cuyo fin es mantener, restaurar o aumentar la capacidad de trabajo o mejorar la calidad de vida y también a los servicios sociales.

Las prestaciones son ofrecidas independientemente de los medios de los pacientes. Los pacientes de más de 18 años, cuidados en institución o en su domicilio a costa de la LGME aportan una contribución personal proporcional a sus ingresos con un montante máximo fijado anualmente por el Ministerio de Sanidad. Esta participación es a veces obligatoria después de un período de seis meses. Las personas que todavía no están pagando, abonan una cuantía mensual entre 95 y 496 euros, según sus ingresos.

- Los servicios y tratamientos cubiertos por la LGME son los siguientes:



- *Personas con discapacidad física:*
 - *Centros de cuidados de larga duración* (similares a los CAMF existentes en España) donde se facilita alojamiento, ayuda y vigilancia 24 horas, tratamientos médicos bajo control médico, así como servicios de rehabilitación, kinesioterapia, ergoterapia y otros servicios sociales.
 - *Residencias* para aquellas personas capaces de salir a trabajar o de seguir cursos de formación o que pasan la jornada en un centro de día para personas con discapacidad física.
 - *Centros de Día*, cuyo fin consiste en favorecer la independencia mediante, los servicios y cuidados que se facilitan en el propio centro para posibilitar que las personas en situación de dependencia tengan las aptitudes sociales necesarias para permanecer en la comunidad, así como el transporte necesario para ello.
- *Personas con discapacidad psíquica:*
 - *Centros de cuidados de larga duración* (similares a nuestros CAMP) desde se presta alojamiento, ayuda médica y cuidados sociales las 24 horas; además, servicios de readaptación: kinesioterapia y ergoterapia con la amplitud determinada por los profesionales del centro.
 - *Residencias con cuidados* a tiempo completo y con actividades recreativas a fin de integrarles en la sociedad. Los



- residentes tienen derecho a ser admitidos si tienen una actividad remunerada fuera de la residencia, si siguen cursos de formación o si van a un centro de día para personas con discapacidad intelectual.
- *Centros de Día* que prestan cuidados durante toda la jornada o parte de ella cuyo fin principal es preservar y mantener la independencia mediante actividades y terapias educativas y rehabilitadoras. El transporte está cubierto en estos centros.
- *Personas con discapacidad sensorial*
 - *Centros y cuidados* para personas con deficiencias visuales y con deficiencias auditivas. Comprenden tratamientos, consejos, transporte, cuidados ambulatorios o residenciales que buscan mantener la autonomía e independencia de estas personas. Los servicios prevén incluso el alojamiento a tiempo completo en residencias con cuidados adecuados a su discapacidad y con actividades recreativas que les permitan la integración en la sociedad.
- *Personas con problemas mentales*
 - Los cuidados y servicios prestados a estas personas van desde cuidados psiquiátricos en un hospital psiquiátrico o en un servicio psiquiátrico de un hospital general en el marco de una hospitalización o de un tratamiento ambulatorio, pasando por los servicios ofrecidos por las instituciones regio-



nales para la salud mental que comprenden la consulta externa, apoyo y consejos para los pacientes, sus familias y amigos, hasta los cuidados psiquiátricos en el medio no hospitalario que consisten en el tratamiento del paciente por un psiquiatra o neurólogo hasta 2 horas diarias.

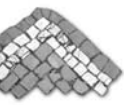
- *Personas mayores*
 - *Centros de cuidados de larga duración* (similares a las residencias asistidas existentes en España). Estos centros suministran instalaciones residenciales; el cuidado denominado CLSM (Continuo de Larga Duración, Sistemático, Multidisciplinario) para pacientes que necesiten atención asistida sin tratamiento especializado y extensivo. Los pacientes viven en estos centros por motivos muy diferentes: enfermos crónicos (alrededor del 47 por ciento) pacientes en recuperación (38 por ciento), vacaciones temporales de los cuidadores (el 3 por ciento) y cuidados paliativos (el 5 por ciento).
 - La LGME cubre el 100 por ciento del cuidado en los mencionados centros. Los residentes abonan una contribución personal, relacionada con los ingresos. El tamaño medio de estos centros es de alrededor de 150 camas. En la mayoría de los centros de crónicos existe alguna instalación para diagnósticos médicos y tratamientos. Para diagnósticos o tratamientos más profundos, se envía a los pacientes a un hospital general.
 - *Residencias para personas mayores*. El subsistema de atención social incluye una amplia variedad de servicios profesio-



sionales y de instituciones de cuidado comunitario, dirigido al apoyo social y psicológico y a la ayuda práctica. Históricamente muchos de estos servicios tienen sus raíces en las comunidades religiosas.

- *Centros de Día*: facilitan durante la jornada o una parte de ella, servicios y cuidados médicos y sociales, que tienen por finalidad permitir a las personas mayores permanecer en su entorno familiar el más largo tiempo posible. Comprender el servicio de transporte.
- Los ingresos necesarios para que funcione el programa regido por la Ley de Seguro Sanitario y la LGME llegan desde las siguientes fuentes; las cotizaciones, una subvención del gobierno y unos pagos de transferencia especiales con respecto a las personas mayores. Todos estos recursos se reúnen en un fondo general a partir del cual el Fondo del Seguro Sanitario subvenciona a los fondos sanitarios para cubrir el coste de las prestaciones que éstos financian.


La prima consiste en un porcentaje fijo de los salarios, y es parcialmente abonada por los patronos y en otra parte por los empleados (en 1996, un total del 7 por ciento un 5,35 por ciento por los patronos y un 1,65 por ciento por los empleados, en 1998 el porcentaje había subido al 9,6 por ciento). La prima que han de satisfacer las personas mayores de más de 65 años es menor (del 4 por ciento) y la deben pagar en su totalidad las personas mayores. La cantidad de la prima es ajustada todos los años por el Ministerio de Sanidad y Bienestar.



Los menores de 16 años o los asegurados de más de 16 años que no tengan ingresos propios no tienen que pagar ningún porcentaje.

2.3. Soluciones implícitas en el ámbito, básicamente, de la Asistencia Social: el caso de los países mediterráneos

- Los países mediterráneos ocupan un lugar específico. El nivel general de desarrollo tanto de los servicios residenciales como de los comunitarios ha sido sustancialmente más bajo que en el resto de los países de la Unión Europea. Las razones pueden ser tanto de carácter económico como sociopolítico y cultural. Los niveles de renta en algunos de estos países sólo recientemente han crecido y desde el momento en que parece existir una relación positiva entre el nivel de renta y el nivel de desarrollo de los servicios públicos y privados, tales servicios están menos desarrollados. Pero incluso más importante parece ser la preferencia por el cuidado en la familia y por la familia. Los servicios comunitarios están menos desarrollados que los de tipo residencial, sin embargo este panorama puede cambiar (especialmente en el caso de España) convergiendo con otros países de la UE con políticas sociales más desarrolladas.
- Uno de los ámbitos de la protección de la dependencia se refiere a las personas que presentan una situación de discapacidad por causas congénitas o por razones traumáticas, concurrentes durante su vida de modo irreversible. Otro se refiere a las personas mayores para las cuales la incapacidad y por tanto la dependencia son consecuencia del proceso natural de envejecimiento.

- 
- Respecto de las personas en *situación de dependencia por razón de discapacidad*, destacan las líneas de intervención que, saliendo de la lógica meramente asistencial, abordan el problema de otro modo, incluso en la perspectiva de la protección social.

La primera intervención reseñable es la ayuda económica ofrecida a las personas con discapacidad bajo la forma de “pensión” contributiva o no. Se trata de una “*transferencia de renta*”, que asume el significado de compensación a aquellas personas que, por razones independientes de su voluntad, no alcanzan un nivel de producción considerado como ordinario. Es una primera forma de asistencia que se propone reducir los efectos “sociales” de las circunstancias de unas personas respecto de otras.

Otra intervención es la de reservar para las personas con discapacidad (especialmente para algunas categorías de ellas) algunos puestos de trabajo, con el fin de garantizarles empleo. Se intenta de esta forma reducir la segregación y la diferencia que produce la concurrencia de la discapacidad, asegurando una forma de protección que sólo unos pocos podrán disfrutar en el plano práctico, ya sea por la dificultad de aplicar dicha medida o por la variedad de formas de dependencia existentes, para las cuales el trabajo no siempre es la forma más eficaz de garantizar protección.

- Por lo que se refiere a las personas mayores no autónomas, la discapacidad, y con ella la dependencia, está producida por el proceso de envejecimiento; por tanto afecta al período final de la vida. Inevitablemente, pues, se relaciona con la muerte (resultado ineludible del envejecimiento) y se sitúa en un ciclo de la vida



familiar muy particular, en que la responsabilidad del cuidado y la asistencia recae en las generaciones jóvenes (los hijos). En muchos casos, ya no se dan las condiciones objetivas de la convivencia, por lo que la dependencia de las personas mayores se asocia con una situación de soledad o de soledad relativa (una pareja de personas mayores).

Esta situación vuelve más difícil la perspectiva de que la familia asuma el papel de afrontar por sí sola el problema de la asistencia y cuidados, como sucedía en el pasado, cuando los miembros de la familia eran numerosos y el número de personas precisadas de asistencia era relativamente más bajo que en la actualidad.

Por tanto, para las personas mayores en estos países, el riesgo de una segregación dentro de un servicio residencial es todavía hoy alto.

El riesgo de considerar a la persona mayor dependiente como un “enfermo” puede hacer olvidar otros aspectos (tutela de sus intereses económicos, tutela de los derechos a las relaciones afectivas, tutela del derecho a pertenecer a la comunidad, etc.), con graves consecuencias en el plano del bienestar de las personas en situación de dependencia.

Las actuaciones que están siendo implantadas en esta dirección son las de asistencia domiciliaria. Están previstas también intervenciones económicas que reconozcan el esfuerzo asistencial de las familias, incluyendo los recursos disponibles para mantener a las personas dependientes en su propio ambiente. Están también previstas algunas formas de intervención “*de alivio*”, mediante

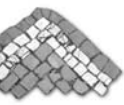


las cuales la persona que presta asistencia disfruta de períodos de reposo y de recuperación (también respecto de su vida social), de forma que los servicios puedan sustituirse temporalmente, continuando el programa de cuidados y de tutela acordado previamente con la misma familia.

Para realizar esto, es necesario superar los esquemas tradicionales (que encomiendan la responsabilidad del cuidado a la familia), y concebir el problema de la dependencia formando parte de una red de servicios, en la cual sean elaborados y perseguidos objetivos comunes. Estos deben convertirse en uno de los objetivos de dicha red. En los países mediterráneos, los mayores problemas son el financiero (voluntad política de asignar más recursos) y el de tipo cultural y no los organizativos ni de gestión, dado que los modelos operativos para actuar en esta vía están ya determinados y suficientemente rodados en otros países de la Unión Europea.

- En estos países el sistema de Seguridad Social no incluye una rama específica de protección para el riesgo de la dependencia. No existe definición jurídica de la dependencia, aunque determinadas situaciones están aseguradas en algunos países en el marco de los seguros de invalidez, jubilación, prestaciones familiares y del seguro de enfermedad del régimen general de la Seguridad Social, por medio de la concesión de un complemento en la pensión para asistencia de tercera persona. La legislación de los distintos países prevé una serie de prestaciones tanto en el marco de la seguridad social como en el marco de la asistencia social.

II. LA PROTECCIÓN DE LA DEPENDENCIA EN EL DERECHO COMPARADO

- 
- Las principales prestaciones que derivan de la seguridad social son: la pensión de invalidez, en el caso de la invalidez permanente absoluta un complemento para ayuda de tercera persona y en lo referente a la protección social de las personas cuidadoras no profesionales (familiares normalmente) no se prevé una prestación específica. Comienzan a aparecer leyes (Italia y España) que prevén la posibilidad de abandonar la actividad profesional durante un período determinado de tiempo para dedicarse a la ayuda de las personas en situación de dependencia. Estos períodos son tenidos en cuenta como cotizados a efectos del seguro de jubilación.

Las principales prestaciones que derivan de la asistencia social son: pensión no contributiva para ayuda de tercera persona en el caso de dependencias severas, la ayuda y cuidados a domicilio, familias de acogida, centros de día y centros residenciales, subvención para compra de ayudas técnicas (prótesis, etc.), para adaptación de vivienda y medios de transporte, etc. Todas estas prestaciones son financiadas por transferencias del Estado o por los propios presupuestos de las Comunidades Autónomas y las Corporaciones Locales (España) o de las Regiones y Municipalidades (Italia).

3. EL CONSEJO DE EUROPA Y LA PROTECCIÓN A LA DEPENDENCIA

En el marco del Consejo de Europa, la cuestión de la dependencia ha dado lugar a la adopción de diferentes medidas y básicamente las siguientes:

LA PROTECCIÓN DE LAS SITUACIONES DE DEPENDENCIA EN ESPAÑA

- 
- La Recomendación N° R (98) 9, del Comité de Ministros a los Estados miembros, relativa a la dependencia.
 - La Recomendación N° R (98) 11, del Comité de Ministros a los Estados miembros, sobre la organización sanitaria de los enfermos crónicos.
 - La Recomendación N° R (99) 4 del Comité de Ministros a los Estados miembros, sobre los principios referentes a la protección jurídica a los mayores incapacitados.
 - La Recomendación N° R (91) 2, del Comité de Ministros a los Estados miembros, relativa a la Seguridad Social de los trabajadores sin estatuto profesional (ayudantes, personas con responsabilidades familiares en el hogar y voluntarios)¹³.
 - Sexta Conferencia de los Ministros Europeos de Sanidad. El envejecimiento en siglo XXI: necesidad de un enfoque equilibrado para un envejecimiento con buena salud.

Para el Comité de Ministros del Consejo de Europa, la protección de la dependencia debe enmarcarse dentro de unos objetivos generales dirigidos a:

- Prevenir o reducir la dependencia, impidiendo su agravamiento y atenuando sus consecuencias.
- Ayudar a las personas en situación de dependencia a llevar una vida según sus propias necesidades y deseos.

¹³ El texto de estas Recomendaciones puede analizarse en la publicación del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales: IMSERSO: "Vejez y Protección social a la dependencia en Europa". Madrid. 1999.

II. LA PROTECCIÓN DE LA DEPENDENCIA EN EL DERECHO COMPARADO



- Por último, proporcionar una protección suplementaria a las personas dependientes, bien mediante la concesión de una prestación, bien mediante el acceso a los servicios existentes, la creación de servicios apropiados¹⁴.

En el cumplimiento de los objetivos indicados, se aboga por un sistema coordinado en el que se incluyen una serie de medidas en favor de las personas en situación de dependencia (o que corren el peligro de caer en la misma) y, entre ellas, las siguientes:

- *Unas prestaciones determinadas*, atribuidas tanto a las personas que viven en sus domicilios, como a las que residen en instituciones, pudiendo consistir en prestaciones en metálico directas o indirectas (como es el reembolso de los gastos realizados por el beneficiario). Las prestaciones han de ser asignadas en función del grado de dependencia concurrente, por cuanto las mismas han de tener como finalidad primigenia la compensación de las cargas financieras que ocasiona la pérdida o deterioro de la autonomía personal.
- La *libertad de elección y decisión*, a fin de garantizar el respeto a la dignidad y a la autodeterminación de la persona en situación de dependencia. Incluso, en aquellos casos en que no sea posible mantener la libertad de elección, debe asegurarse una protección jurídica de la persona en esa situación.

¹² Entre ellos, los servicios de ayuda familiar o las ayudas técnicas apropiadas.

LA PROTECCIÓN DE LAS SITUACIONES DE DEPENDENCIA EN ESPAÑA



- Una especial preocupación por la *prevención y la recuperación*, que eviten la aparición de las situaciones de dependencia, prevengan su agravamiento y reduzcan su grado de evolución.
- Dar una *prioridad a la atención en el domicilio*, en cuanto suele ser la preferida por la persona y constituye un elemento esencial del respeto de la dignidad y de la calidad de vida de dicha persona. Ello precisa tanto de la adopción de medidas respecto de la habitabilidad y accesibilidad de las viviendas, como el establecimiento de ayudas y servicios en favor de las personas que tienen necesidad de asistencia y/o ayudas para la realización de actos ordinarios de la vida.

**III. LA COBERTURA DE LA DEPENDENCIA
EN EL SISTEMA
DE PROTECCIÓN SOCIAL
DE ESPAÑA**



1. CONSIDERACIONES PREVIAS

Frente a lo que sucede en otros países de la Unión Europea, en España no existe todavía una cobertura social de la dependencia, sino un conjunto de mecanismos separados y sin integración, la mayoría de los cuales, aunque no se dirigen específicamente a la atención de las situaciones provocadas por la dependencia, no obstante tienen un efecto sobre la misma, articulados sobre tres ejes básicos:

- a) Mediante las **prestaciones de incapacidad permanente**, tanto en lo que respecta a las modalidades contributivas como no contributivas, mediante el establecimiento **de prestaciones económicas en favor de las personas que requieren de la ayuda de una tercera persona** para la realización de los actos esenciales de la vida o de **asignaciones económicas por hijo a cargo con discapacidad, con un 75 por ciento de discapacidad**.

Sin embargo, el problema reside en que la gran invalidez no se considera como una incapacidad genérica que impida la realización de los actos esenciales de la vida cotidiana, sino como un grado más de la incapacidad permanente¹⁵. Por ello, todas las personas mayores de 65 años y, en especial, mayores de 75 años, que caen en la dependencia y necesitan de cuidados o de ayudas para hacer frente a una situación de dependencia, no tienen acceso a ningún complemento de pensión, aunque puedan ser beneficiarios de diferentes ayudas a domicilio y a otras prestaciones complementarias¹⁶.

¹⁵ Situación que es objeto de crítica por parte de la doctrina. Vid. AZNAR LÓPEZ, M.: "De la gran incapacidad a la protección por la dependencia" Revista Española del Daño Corporal. Nº 4. 1996.

¹⁶ El Tribunal Constitucional ha declarado conforme a las exigencias constitucionales el contenido del apartado 2 del artículo 143 de la Ley General de la Seguridad Social, que impide que a un pensionista, con más de 65 años, se le revise el grado de incapacidad permanente, previamente declarado, lo que, de hecho, le imposibilita acceder al completo de gran invalidez. Vid. STC 197/03, de 30 de octubre. El criterio ha sido ratificado por la STC 78/2004, de 29 de abril.

La situación anterior deriva de que en España el sistema de la Seguridad Social recoge la protección de la dependencia con carácter excepcional y vinculada a la incapacidad para el trabajo (tanto en la modalidad contributiva, como en la no contributiva de la protección) y para personas menores de 65 años, por lo que estas figuras protectoras han sido superadas por la propia realidad de la extensión de la dependencia.

- b) Mediante los **mecanismos de prestaciones sociosanitarias** en favor de las personas en situación de dependencia. No obstante, estas prestaciones –básicamente, las de carácter sanitario– no están diferenciadas y se engloban dentro de los programas generales de actuación¹⁷.
- c) Por último, a **través de la imposición fiscal**, puesto que la consideración de minusvalía o discapacidad origina la posibilidad de que se incremente el "mínimo familiar" o se reduzca la base imponible, en los términos previstos en la Ley 40/1998, del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas. De igual modo, la dependencia o la discapacidad son elementos que se tienen en cuenta en determinados impuestos, como se indica más adelante.

¹⁷ Existen otras medidas, como es el "Cheque asistencial", establecido en la Comunidad Autónoma de Galicia, mediante Decreto del Consello da Xunta, de 22 de junio de 2000, en el marco de un programa de ayudas públicas individuales destinadas a la cofinanciación de los gastos que se derivan de la atención a las personas, con 65 o más años, en situación de severa dependencia y que precisan la ayuda de otra persona para la realización de las actividades de la vida diaria.

2. LA PROTECCIÓN ESTATAL DE LA DEPENDENCIA

A. Prestaciones económicas

Las prestaciones monetarias que, en el ámbito de la legislación estatal, dan cobertura a la dependencia, están incorporadas en el ámbito de la Seguridad Social, aunque existen otras que subsisten con carácter transitorio, procedentes de la legislación de protección a las personas con discapacidad.

A.1. LAS PENSIONES DE INCAPACIDAD PERMANENTE, EN EL GRADO DE GRAN INVALIDEZ

- *Regímenes de la Seguridad Social.*

La legislación de la Seguridad Social reconoce un grado de incapacidad (a la que se le atribuye la correspondiente prestación económica) en favor de las personas que, declaradas en situación de incapacidad permanente, requieran el concurso de otra persona para la realización de los actos esenciales de la vida ordinaria. La prestación consiste en un complemento, que tiene como finalidad cubrir el exceso de gastos derivados de la necesidad de contar con otra persona para llevar a cabo los actos esenciales de la vida¹⁸.

Para tener derecho a la pensión de gran invalidez es necesario haber cubierto un período mínimo de cotización, que varía según la edad del

¹⁸ La jurisprudencia ha precisado el concepto de la gran invalidez, delimitando qué se entiende por acto esencial de la vida, así como estableciendo que la necesidad del concurso de una tercera persona no tiene que ser forzosamente continuada (por ejemplo, SSTs. 27 de junio de 1984 ó 23 de marzo de 1988), bastando con que aquella sea prestada de forma habitual. Para la jurisprudencia del Tribunal Supremo por acto esencial para la vida debe entenderse el encaminado a satisfacer una necesidad primaria e ineludible, en orden a subsistir fisiológicamente o para ejecutar los actos indispensables en la dignidad, higiene y decoro de la persona (por ejemplo, SSTs. de 17 de junio de 1985 ó la de 23 de marzo de 1988).

beneficiario, así como en su caso la contingencia de la que deriva. La prestación consiste en una pensión vitalicia, equivalente al 100 por ciento de la correspondiente base reguladora, incrementada en un 50 por ciento, que está destinada, de forma específica, a remunerar a la persona que presta la asistencia al beneficiario, pudiendo sustituirlo, a petición del beneficiario o de sus representantes legales, y siempre que se estime conveniente por la entidad gestora, en beneficio de aquél, por su alojamiento y cuidado, en régimen de internado, en una institución asistencial pública del sistema de la Seguridad Social, financiada con cargo a sus presupuestos¹⁹. A efectos de la aplicación del tope máximo de percepción de pensiones públicas, se computa la pensión de gran invalidez sin el complemento del 50 por ciento.

La cuantía mínima de la pensión, es en el año 2004, de 727,34 euros/mes si el beneficiario tiene cónyuge a cargo y de 617,34 euros/mes, en caso contrario. La cuantía máxima de la pensión es de 2.089,10 euros/mes, abonable en 14 pagas al año.

Por último, la pensión de gran invalidez no impide el desarrollo de actividades, sean o no lucrativas, que sean compatibles con el estado del inválido y no representen un cambio en la capacidad de trabajo, a efectos de una posible revisión. El pensionista de gran invalidez que compatibiliza la percepción de la pensión tiene que comunicar tal circunstancia a la Entidad Gestora, así como darse de alta en el correspondiente Régimen de la Seguridad Social.

¹⁹ La previsión legal de sustituir el complemento de la pensión, en los casos de gran invalidez, por el internamiento del pensionista en un centro residencial ha quedado sin objeto, al condicionar la Ley de la Seguridad Social (segundo párrafo del artículo 139.4) esa sustitución a que los centros residenciales sean de titularidad pública y financiados con cargo al presupuesto de la Seguridad Social. Dado que, a partir del 1.º de enero de 2002, y como consecuencia del cambio del sistema de financiación de las Comunidades Autónomas (llevado a cabo a través de la Ley 21/2001, de 27 de diciembre, de medidas fiscales y administrativas del nuevo régimen de financiación de las Comunidades Autónomas y Ciudades con Estatuto de Autonomía) los servicios sociales ya no se financian desde el Presupuesto de la Seguridad Social, la Entidad Gestora –el Instituto Nacional de la Seguridad Social– ha limitado la posibilidad de sustitución del complemento de gran invalidez –en los términos del artículo 139.4.2 LGSS a los centros residenciales gestionados por el IMSERSO.



La regulación actual de la gran invalidez en el marco de la incapacidad permanente, así como la imposibilidad de que puedan acceder a la misma los mayores de 65 años (salvo que la incapacidad permanente derive de contingencias profesionales y el trabajador se encuentre en activo) son notas que la separan de una cobertura específica de la dependencia. El crecimiento de la esperanza de vida de la población española ha supuesto, por otra parte, que la misma “*quede despojada de cualquier racionalidad*”, de modo que la prestación específicamente destinada a compensar el exceso de gastos derivados de la necesidad de la ayuda de otra persona, no cubra a la mayor parte de las situaciones de necesidad, a cuya protección está dirigida.

- *La gran invalidez en los Regímenes de Funcionarios.*

En el Régimen de Clases Pasivas no se incluye una prestación dirigida a dar cobertura a la gran invalidez, la cual, en lo que respecta al grupo de funcionarios, está recogida en el marco de las Mutualidades Generales de Funcionarios del modo siguiente:

- En el ámbito del Mutualismo Administrativo (Texto Refundido de la Seguridad Social de los Funcionarios Civiles del Estado²⁰) se regulan prestaciones dirigidas a remunerar a la persona cuidadora del gran inválido, así como una prestación del 50 por ciento del importe de la pensión de jubilación por invalidez del sistema de Clases Pasivas. Al igual que sucede con la pensión de gran invalidez en la Seguridad Social, el complemento de gran invalidez puede ser sustituido por el alojamiento y cuidado en una institución asistencial, a cargo de MUFACE.

²⁰ Aprobado por Real Decreto-Legislativo 4/ 2000, de 23 de junio.



Para poder ser beneficiario de esta prestación se precisa estar en alta y haber cubierto un período de cotización de 9 años, el cual no es exigible en caso de accidente en acto de servicio, aunque pueden ser también beneficiarios quienes hayan perdido la condición de funcionario, siempre que se hayan mantenido en alta y acreditado el correspondiente período de cotización.

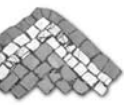
- Una regulación semejante se encuentra en el ordenamiento de la Seguridad Social de las Fuerzas Armadas²¹, en el que está establecido un complemento en el caso de gran invalidez, equivalente al 50 por ciento de la pensión de jubilación o de retiro en el sistema de Clases Pasivas, pudiendo ser sustituida la pensión por el internamiento, a cargo del Instituto Social de las Fuerzas Armadas (ISFAS), en un Centro asistencial²².
- Por último, en el caso de los Funcionarios al servicio de la Administración de Justicia, la legislación reguladora de la Seguridad Social de este grupo prevé una prestación en el caso de gran invalidez, equivalente al 40 por ciento de las retribuciones básicas ordinarias, que se perciban en el último mes de activo.

A.2. LAS PENSIONES DE INVALIDEZ NO CONTRIBUTIVAS: EL COMPLEMENTO POR AYUDA DE TERCERA PERSONA

En la misma línea que sucede con las pensiones por incapacidad permanente, en su modalidad contributiva, también en las modalidades no contributivas, se prevén prestaciones en favor de las personas

²¹ Texto Refundido aprobado por Real Decreto-Legislativo 1/2000, de 9 de junio.

²² No obstante, se precisa que los gastos derivados de tal hecho no podrán representar para el ISFAS un incremento superior al 10 por ciento de la prestación.



con discapacidad que, para la realización de los actos esenciales de la vida, precisan el concurso de una tercera persona, si bien no como una pensión diferenciada de la pensión de incapacidad, sino en la forma de un complemento de aquélla


Para ser beneficiario del complemento de la pensión de invalidez no contributiva se requiere una serie de requisitos, como son:

- Tener 18 o más años y menos de 65.
- Residencia en territorio español, siendo preciso acreditar un mínimo de residencia de 5 años, de los cuales 2 al menos deben ser inmediatamente anteriores a la fecha de la solicitud de la prestación. A tales efectos, los períodos de residencia en un Estado perteneciente al Espacio Económico Europeo se consideran como períodos de residencia en España²³.
- Carecer de medios económicos suficientes, entendiéndose cumplido este requisito cuando el interesado tiene unos rendimientos en cómputo anual inferiores a la cuantía, también en cómputo anual, del importe de la prestación que, para el ejercicio 2004, es de 276,30 euros/mes.

Cuando el interesado conviva en una misma unidad económica²⁴, se entiende cumplido el requisito de carencia de medios económicos, cuando los que dispongan los miembros de la unidad eco-

²³ De conformidad con el Reglamento CE 1408/1971, de 14 de junio, en la redacción dada por el Reglamento CE 1247/1992, de 30 de abril.

²⁴ Conforme lo previsto en la Ley de la Seguridad Social, se entiende por unidad económica la convivencia del beneficiario con otras personas unidas con él por matrimonio o lazos de parentesco por consanguinidad hasta segundo grado.



nómica sean inferiores al importe de la prestación, más el resultado de multiplicar el 70 por ciento de dicho importe por el número de miembros de la unidad económica menos uno. En caso de convivencia del beneficiario con descendientes o ascendientes en primer grado, por consanguinidad o adopción, el límite de acumulación de recursos será el resultado de multiplicar por 2,5 veces el importe resultante de la regla anterior.

- Acreditar un grado de minusvalía, en un grado igual o superior al 75 por ciento, así como la de dependencia de otra persona para la realización de los actos esenciales de la vida. La situación de discapacidad y la necesidad del concurso de otra persona se acreditan mediante la aplicación de los baremos contenidos en los anexos I y II del Real Decreto 1971/1999, de 23 de diciembre.

La cuantía del complemento por cuidado de tercera persona es equivalente al 50 por ciento del importe que esté establecido, en cada momento, para la pensión de invalidez, en la modalidad no contributiva; para el ejercicio 2004, la cuantía de la prestación (incluyendo el complemento del 50 por ciento) es de 414,45 euros/mes

A.3. OTRAS PRESTACIONES

Además de los complementos de las pensiones de incapacidad/invalidez, tanto en la modalidad contributiva como en la no contributiva, en favor de los beneficiarios de estas pensiones que requieren el concurso de otra persona para la realización de los actos esenciales de la vida, existen otras manifestaciones protectoras que se ocupan también de las personas en situación de dependencia, como son:



- De una parte, el *subsidio por ayuda de tercera persona*, previsto en la Ley 13/1982, de 7 de abril, de Integración Social de los Minusválidos (LISMI) en favor de las personas que, careciendo de recursos económicos y con un grado de minusvalía igual o superior al 75 por ciento, precisan de la ayuda de otra persona para la realización de los actos ordinarios de la vida. Este subsidio ha perdido parte de su significación protectora, ya que en la actualidad está derogado (sin perjuicio del mantenimiento en su percibo por quienes lo tenían reconocido antes del 11 de enero de 1991 – fecha de entrada en vigor de la Ley 26/1990, de 20 de diciembre, de prestaciones no contributivas en la Seguridad Social-) y, además, porque su cuantía (58,46 euros/mes al que hay que añadir la cifra de 149,86 euros/mes, en concepto de pensión no contributiva) está sin actualizar desde el ejercicio económico de 1991.
- Las pensiones asistenciales (FAS) en favor de personas enfermas (hoy derogadas) con un contenido protector escaso, debido a su falta de actualización desde 1991 (por un importe de 149,86 euros/mes).
- La pensión de gran invalidez del Seguro Escolar, establecida en favor del estudiante, víctima de un accidente, seguido de incapacidad permanente absoluta y que, además, quede incapacitado para los actos más necesarios de la vida. La propia cuantía de la prestación 144,24 euros/año, sin actualizar desde el año 1956, habla por sí sola de su significado protector.



A.4. ASIGNACIÓN ECONÓMICA POR HIJO “MINUSVÁLIDO”, PRECISADO DEL CONCURSO DE OTRA PERSONA

Dentro de las prestaciones que, siquiera sea de forma indirecta, se dirigen a la cobertura de la dependencia, hay que situar también a las asignaciones familiares por hijo a cargo “minusválido”, mayor de 18 años.

Las prestaciones indicadas están reguladas en el Capítulo IX de la Ley General de la Seguridad Social, en el que se prevén unas prestaciones en favor de las personas que tienen a su cargo hijos con 18 o más años, que requieren el cuidado de otra persona para la realización de los actos esenciales de la vida.

Los causantes de las asignaciones son los hijos “minusválidos”, en quienes concurren los requisitos establecidos, convivan con el beneficiario y a sus expensas²⁵. Los requisitos que condicionan la prestación, respecto a los causantes, son:

- Superar la edad de 18 años y tener un grado de minusvalía igual o superior al 75 por ciento. La minusvalía se acreditará mediante la aplicación de los baremos contenidos en el Anexo I del Real Decreto 1971/1999, de 23 de diciembre.
- Necesitar de forma habitual el concurso de una tercera persona para la realización de los actos ordinarios de la vida. La situación de dependencia se acreditará mediante la aplicación del Anexo II del Real Decreto 1971/1999.

²⁵ Conforme a los artículos 2 y 10 del RD 356/1991, así como la Resolución de la entonces Dirección General de Ordenación Jurídica y de Entidades Colaboradoras de la Seguridad Social, de 9 de abril de 1.991.



- Que el hijo conviva con el beneficiario. No obstante, se entiende que la convivencia no se rompe por separaciones de carácter transitorio y justificadas (en razón de estudios, de tratamiento médico, a causa de trabajo y otras similares)²⁶.

Aunque el beneficiario es, en principio, el padre del “minusválido” o la persona quién los tenga a cargo, en el caso de la asignación comentada puede ser también beneficiario de la prestación el hijo, mayor de 18 años que conserva la capacidad de obrar²⁷.

- Que exista una dependencia económica del hijo en relación con el beneficiario. La normativa reguladora de las prestaciones familiares efectúa una serie de precisiones, para entender que sigue existiendo dependencia económica aunque el hijo trabaje o perciba una pensión, si los ingresos derivados del trabajo o de la prestación no superan, en cómputo anual, el 75 por ciento del SMI, también en cómputo anual²⁸.
- Por último, que tanto el causante, como el beneficiario residan en España, dada la naturaleza de prestación no contributiva²⁹.

²⁶ Los Tribunales han realizado una interpretación muy flexible de la separación transitoria. Vid. Por ejemplo, la STSJ, de Madrid, de 3.5.1996, que considera no rota la convivencia, aunque el hijo resida en el extranjero, el requisito de convivencia debe aplicarse con flexibilidad, atendiendo al espíritu y no sólo a la letra de la normativa.

²⁷ De acuerdo con la regulación incorporada en el ordenamiento de la Seguridad Social por la Ley 52/2003, de 10 de diciembre, de disposiciones específicas en materia de Seguridad Social.

²⁸ Según Resolución de la entonces Dirección General de Ordenación Jurídica y Entidades Colaboradoras de la Seguridad Social, de 9 de abril de 1991. Un análisis de la incidencia del matrimonio del propio hijo, como posible causa de extinción de la asignación, en la Resolución de la Dirección General de Ordenación de la Seguridad Social, de 25 de junio de 1996.

²⁹ Aunque, conforme a los Reglamentos comunitarios de coordinación, la residencia en los países del Espacio Económico Europeo del menor se considera, a estos efectos, como residencia en España. También –y por lo que se refiere a los países de la Unión Europea (salvo en el caso de Dinamarca) o se entiende producida en España, la residencia en dichos países de los hijos de trabajadores de países terceros que trabajen y residan en España.



La cuantía de la asignación económica en caso de hijo “minusválido”, mayor de 18 años, y necesitado del concurso de otra persona es, para el año 2004, de 402,14 euros/mes.

A pesar de que en la regulación aprobada con efectos de 1 de enero de 2004 se han mejorado determinados aspectos de la protección, sin embargo existen dos aspectos de la misma, sobre los que cabe efectuar una consideración específica:

- a) Aunque la finalidad de la pensión no contributiva por incapacidad y la asignación económica por hijo a cargo (con 18 años y una minusvalía igual o superior al 65 por ciento) es la misma (dar una renta económica a las personas con discapacidad grave), sin embargo el nivel cuantitativo de la prestación es distinto, debido principalmente³⁰ a que la pensión no contributiva se percibe en 14 pagas anuales; por el contrario, en la asignación familiar solo se tiene derecho a 12 pagas al año. Lo cual equivale a que, en cómputo anual, la cuantía de la segunda equivale al 83 por ciento del importe de la pensión.
- b) En segundo lugar, las nuevas reglas de incompatibilidad establecidas en la asignación económica por hijo a cargo, a partir de 1º de enero de 2004. En la legislación anterior, en los casos de pensionista de orfandad incapacitado para todo trabajo, la prestación podía compatibilizarse con la asignación económica por hijo con 18 años y “minusválido” con un grado igual o superior al 65%. Esta percepción simultánea se ha roto desde la fecha

³⁰ Hasta el año 2.000, el importe de las asignaciones económicas por hijo a cargo era equivalente a la cuantía -sin pagas extraordinarias- de las pensiones de invalidez, en la modalidad no contributiva. Esta equivalencia se ha roto a partir del ejercicio 2.000, ya que mientras que las pensiones no contributivas se incrementaron por encima de las previsiones del crecimiento del IPC, este parámetro se ha utilizado para la actualización, en el ejercicio 2000, de las asignaciones económicas por hijo a cargo, minusválido y con 18 o más años.

indicada, al declararse la incompatibilidad entre ambas prestaciones, con la obligación de optar por una de ellas³¹.

Esta nueva regulación implica una merma importante del nivel de protección que incide, con frecuencia, en personas con discapacidad sin apoyos familiares directos, y que contaban con las dos prestaciones como solución (siquiera parcial) de los problemas que se plantean por la discapacidad y la dependencia. Esta situación aconseja una reconsideración urgente de la medida adoptada, en orden a restablecer la compatibilidad anterior o, de forma alternativa, implantar nuevos mecanismos protectores²⁸ que posibiliten un nivel protector de las personas con discapacidad con 18 años y un grado importante de minusvalía equivalente al existente antes de la reforma operada por la Ley 52/2003. Dicho retroceso se ha resuelto finalmente, a efectos prácticos, gracias a la acción del CERMI Estatal, con la aprobación, ya en 2004, del Real Decreto 364/2004, de 5 de marzo, que reconfigura estas prestaciones, manteniendo el mismo nivel de ingresos para las familias con personas con discapacidad grave en su seno.

A.5. LA COBERTURA DE LAS PRESTACIONES ECONÓMICAS

La información de la Seguridad Social relativa a las prestaciones y demás asignaciones, referidas a la discapacidad, suministra una serie de datos relativos a las mismas, como se recoge en los cuadros siguientes:

³¹ Conforme a lo establecido en el artículo 19 de la Ley 52/2003, de 10 de diciembre, de disposiciones específicas en materia de Seguridad Social.

- *Las pensiones de incapacidad permanente.*

De acuerdo con la información suministrada desde la Seguridad Social, la cobertura de las pensiones de incapacidad es la siguiente:

PENSIONES CONTRIBUTIVAS DE INCAPACIDAD PERMANENTE. JULIO 2003 ³²						
RÉGIMEN	Nº PENSIONES	IMPORTE MENSUAL PENSIÓN MEDIA	% S/ TOTAL SISTEMA		% S/ TOTAL RÉGIMEN	
			Nº	IMPORTE	Nº	IMPORTE
General	460.591	737,30	57,67	66,90	10,56	11,84
Autónomos	82.080	445,83	10,28	7,21	8,84	9,86
Agrario c. a.	66.960	374,94	8,30	4,90	9,90	9,71
Agrario c.p.	37.554	339,97	4,64	2,48	4,33	4,02
Mar	9.850	606,38	1,22	1,17	7,50	7,40
Carbón	5.538	1.022,48	0,67	1,97	7,33	7,67
Emp.Hogar	16.669	345,99	2,09	1,14	8,29	7,99
Acc.traba	73.788	762,52	9,24	11,08	37,28	48,47
Enf.Profes.	13.436	959,18	1,68	2,54	309,20	34,08
Suma	798.618	653,49	95,79	98,48	10,25	11,95
SOVI	33.591	229,33	4,21	1,52	9,35	8,43
Total	798.618	635,65	100,00	100,00	10,21	11,87

Los datos anteriores no ponen de relieve el número real de pensiones de incapacidad permanente, ya que las pensiones de esta naturaleza, cuando sus beneficiarios alcanzan los 65 años, se modifican en su denominación, pasando a constituir pensiones de jubilación, y como tal se reflejan en las estadísticas de la Seguridad Social³³.

Si las pensiones de incapacidad permanente se distribuyen en función del grado de incapacidad reconocido, nos encontramos con la siguiente situación:

³² Datos extraídos de la publicación del Instituto Nacional de la Seguridad Social: "Evolución mensual de las pensiones del Sistema de la Seguridad Social. Julio 2003". Las pensiones únicamente recogen a beneficiarios con menos de 65 años, ya que una vez que los perceptores de las pensiones de incapacidad permanente alcanzan los 65 años, las pensiones se transforman en pensiones de jubilación.

³³ Esta medida se recoge en la Ley 24/1997, de 15 de julio, de consolidación y racionalización del sistema de la Seguridad Social. La aplicación de las previsiones legales, en el mes de diciembre de 1997, dio lugar a que más de 800.000 pensiones de incapacidad permanente pasaran a engrosar las estadísticas de las pensiones de jubilación.

III. LA COBERTURA DE LA DEPENDENCIA EN EL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL DE ESPAÑA

REGÍMENES	G.INVALIDEZ	INC.ABSOLUTA	I. TOTAL	SOVI	TOTAL
General	16.677	215.056	228.857	32.153	492.743
Autónomos	3.219	35.518	43.342	1	82.080
Agrario c.a.	1.704	25.997	38.603	656	66.960
Agrario c.p.	1.045	13.529	22.502	478	37.554
Mar	277	4.435	5.043	95	9.850
Carbón	161	2.037	3.135	205	5.538
Hogar	399	6.597	9.670	3	16.669
Acc. traba	3.044	9.612	58.639		73.788
Enf.prof.	23	1.224	12.189		13.436
Total	26.549	314.005	421.970	33.591	798.618

De los datos anteriores, se desprende que son las pensiones de incapacidad permanente, en el grado de incapacidad total, las que ocupan una importancia básica, ya que se acercan al 60 por ciento del total de pensiones.

Otro análisis es la distribución de las pensiones de incapacidad permanente, según el sexo y edad de sus beneficiarios, si bien de la información disponible se observa una mayor presencia de los hombres, hecho consustancial con la mayor tasa de actividad de aquellos.

DISTRIBUCIÓN DE LAS PENSIONES DE INCAPACIDAD PERMANENTE, SEGÚN EDAD Y SEXO DE LOS BENEFICIARIOS			
GRUPOS EDAD	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
< 19	106	8	114
20 - 24	1.641	422	2.063
25 - 29	5.802	1.723	7.525
30 - 34	14.631	5.204	19.835
35 - 39	28.336	9.992	38.328
40 - 44	45.851	18.867	64.718
45 - 49	62.994	28.312	91.306
50 - 54	89.741	36.422	126.163
55 - 59	138.408	52.175	190.583
Más de 60	165.852	92.131	257.983
TOTAL	553.362	245.256	798.618

LA PROTECCIÓN DE LAS SITUACIONES DE DEPENDENCIA EN ESPAÑA

Si el análisis se efectúa en función del importe mensual de la pensión (en relación con la cuantía de la pensión de jubilación) nos encontramos con los siguientes datos:

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LAS PENSIONES SEGÚN TRAMOS DE CUANTÍA (EN %)				
IMPORTE MENSUAL	JUBILACIÓN		INCAPACIDAD	
	%	% ACUMULADO	%	% ACUMULADO
Hasta 300	13,22	13,22	18,64	18,64
De 300 a 600	52,58	65,80	42,71	61,35
De 600 a 800	10,14	75,94	14,39	75,74
De 800 a 1.000	8,85	84,79	8,56	84,30
De 1.000 a 1200	5,52	90,31	5,33	89,63
De 1.200 a 1.500	5,44	95,75	5,27	94,90
Más de 1.500	4,25	100,00	5,10	100,00

Los datos anteriores ponen de manifiesto que la mayor parte de los pensionistas de incapacidad se sitúan, respecto a sus cuantías de pensión, en unos importes situados entre los 300 euros/mes (4.200 euros/año) y 800 euros/mes (9.600 euros/año), cantidades muy reducidas para poder hacer frente a los eventuales problemas de dependencia de los que pueden ser sujetos los pensionistas de la Seguridad Social.

- *Pensiones no contributivas*

De los datos correspondientes a junio de 2003, los pensionistas de invalidez, en la modalidad no contributiva, ascendían a 200.896³⁴, lo que representa el 42 por ciento del total de los pensionistas no contributivos.

³⁴ Sin tener en cuenta los datos correspondientes al País Vasco y a Navarra.

III. LA COBERTURA DE LA DEPENDENCIA EN EL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL DE ESPAÑA

EJERCICIO	EVOLUCIÓN DE LAS PENSIONES NO CONTRIBUTIVAS ³⁵			
	JUBILACIÓN		INCAPACIDAD	
	NÚMERO	% S/TOTAL	Nº	% S/TOTAL
1991	24.172	87,22	3.581	12,78
1995	178.885	53,27	156.932	46,73
2000	255.626	55,30	206.503	44,70
2001	268.569	57,18	201.112	42,82
2002	271.959	57,57	200.415 *	42,43
2003	273.754	57,66	200.896	42,34

(*) A partir del 2000, las pensiones por invalidez pasan a modificarse de jubilación.

- *Subsidios de la LISMI*

A las cifras anteriores, hay que añadir las personas que, en régimen transitorio, siguen percibiendo las prestaciones LISMI, cuya realidad, según los datos correspondientes a la nómina de Diciembre/2003, es la siguiente:

EJERCICIOS	EVOLUCIÓN DE LOS PERCEPTORES DE LOS SUBSIDIOS LISMI ³⁶			
	SGIM ³⁷	SATP	SMGT	TOTAL
1991	251.092	91.560	38.769	381.421
1995	150.667	37.392	16.967	205.026
2000	78.393	13.489	7.583	99.465
2001	69.346	11.223	6.774	87.343
2002	60.844	9.236	5.890	75.970
2003	56.497	8.294	5.491	70.282

El importe de las prestaciones LISMI está “congelado” desde el ejercicio 1991, en las siguientes cuantías: 149,86 euros/mes (SGIM) y 58,45 euros/mes (SATP)³⁷.

³⁵ Datos extraídos del *Informe Económico-Financiero a los Presupuestos de la Seguridad Social para 2003*. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Madrid. 2003.

³⁶ Datos extraídos del *Informe Económico-Financiero a los Presupuestos de la Seguridad Social para 2004*. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Madrid. 2003.

³⁷ SGIM: Subsidio de garantía de ingresos mínimos. SATP: Subsidio de ayuda por otra persona. SMGT: Subsidio de movilidad y compensación por gastos de transporte. Los dos primeros subsidios fueron derogados por la Ley 26/1990, de prestaciones no contributivas, sin perjuicio de mantener en su percibo a quienes lo tenían reconocido con anterioridad a la entrada en vigor de la Ley.

LA PROTECCIÓN DE LAS SITUACIONES DE DEPENDENCIA EN ESPAÑA

- *Pensiones asistenciales*

A las cifras anteriores, habría que añadir a los perceptores de las pensiones asistenciales, cuya cifra no alcanza, en la actualidad, a los 45.00 perceptores³⁸, con una cuantía de pensión –también congelada desde el año 1991- de 149,86 euros/mes³⁹.

EJERCICIO	EVOLUCIÓN DE LAS PENSIONES FAS	
	VEJEZ	ENFERMEDAD
1991	162.457	180.901
1995	71.193	108.927
2000	20.707	44.539
2001	17.118	39.605
2002	13.887	34.994
2003	12.076	32.702

- *Asignaciones por hijo a cargo*

Dentro de las personas con discapacidad protegidas, hay que incluir a los causantes de las asignaciones económicas de la Seguridad Social, por hijo a cargo, mayor de 18 años y con un grado de minusvalía igual o superior al 65 por ciento.

Los causantes (número de hijos) de estas prestaciones⁴⁰ son los siguientes:

³⁸ 44.748, a fecha de junio de 2003, según Datos extraídos del *Informe Económico-Financiero a los Presupuestos de la Seguridad Social para 2003*. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Madrid. 2003, la publicación del IMSERSO: “Mapa de prestaciones de naturaleza no contributiva. Situación a 31 de diciembre de 1999”. Madrid. Octubre de 1999.

³⁹ Las pensiones asistenciales fueron derogadas por el Real Decreto-Ley 5/1992 (que dio lugar a la Ley 28/1992), sin perjuicio de mantener en su percibo a quienes ya tenían reconocida la pensión.

⁴⁰ Es decir, los propios hijos con discapacidad, puesto que el beneficiario de la prestación es la persona que percibe la misma, es decir, quien los tiene a cargo.



EVOLUCIÓN DE LAS ASIGNACIONES ECONÓMICAS POR HIJO A CARGO CON 65% MINUSVALÍA ⁴¹			
EJERCICIO	65 %	75%	TOTAL
1999	69.166	45.062	114.228
2000	73.794	47.230	121.024
2001	78.296	49.559	127.855
2002	82.981	51.689	134.670
2003	85.338	52.568	137.906

B. Prestaciones no monetarias

Además de las de naturaleza económica, el sistema de protección social español, de competencia estatal, prevé otra clase de prestaciones que, en mayor o menor grado, van dirigidas a las personas que se encuentran en una situación de dependencia, entre las que se encuentran:

- *Prestaciones de Atención a domicilio*

Comprende un conjunto de prestaciones y ayudas, que nacieron a partir de la década de los setenta, destinadas a cubrir los gastos que se ocasionan por la necesidad de recibir cuidados personales, domésticos o sociales, destinadas a posibilitar que la persona pueda continuar en su entorno familiar. Dentro de las mismas, se encuentran las que a continuación se indican:

- La *ayuda a domicilio*, con la finalidad de cubrir el exceso de gastos derivados de la necesidad de recibir atenciones o cuidados de carácter personal, doméstico o social, en orden a facilitar la independencia individual y la permanencia en su en-

⁴¹ Datos extraídos de INSS: “Evolución mensual de las pensiones”. Madrid. 2003.

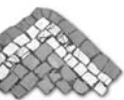


torno habitual. Se otorga a quienes están afiliados o son pensionistas y carecen de recursos suficientes para hacer frente a los gastos derivados de los cuidados domésticos o personales.

Las prestaciones están constituidas por todo un conjunto de servicios (como pueden ser la atención doméstica y personal; lavandería externa; comida sobre ruedas; atención social especializada, etc.) en función de la edad y de las necesidades del beneficiario. El tiempo de atención domiciliaria no podrá exceder de 2 horas diarias ó de 52 al mes, salvo circunstancias debidamente acreditadas. Estos servicios generalmente se prestan por el sector privado, con el que el IMSERSO (o los Órganos correspondientes de las Comunidades Autónomas) celebran los oportunos convenios.

- La *teleasistencia domiciliaria* dirigida a asegurar la intervención inmediata en caso de urgencia personal, social o médica, en orden a proporcionar seguridad y evitar ingresos innecesarios en centros residenciales. Generalmente, este servicio ha de ponerse en funcionamiento a través de las Entidades Locales.

Ahora bien, estas prestaciones no se configuran como derechos subjetivos, ya que los mismos están condicionados y limitados por las disponibilidades presupuestarias, por lo que existe una prelación de solicitudes mediante la aplicación de un determinado baremo, que tiene en cuenta una serie de factores (grado de dependencia; recursos económicos disponibles, etc.)



- *Los servicios sociales intermedios*

Comprenden un conjunto de servicios que, iniciados a principios de los setenta⁴² con el establecimiento de los denominados “hogares”, están dirigidos a promover la convivencia y a prestar atención geriátrica, alimenticia, recreativa, cultural, así como terapia ocupacional a favor de las personas de edad y con discapacidad.

En la actualidad, las prestaciones consisten en estancias, tanto diurnas, como temporales⁴³, en los Centros adecuados, en orden a posibilitar la máxima independencia personal, favoreciendo la permanencia en el ámbito socio-familiar, descargando temporalmente a las familias de las tareas del cuidado continuo de las personas mayores o con discapacidad.

De conformidad con las normas que regulan estos servicios⁴⁴, son beneficiarios de los mismos, las personas que reúnan los siguientes requisitos:

- Ser mayor de 60 años.
- Tener limitada la capacidad para poder realizar los actos esenciales de la vida.
- No padecer trastornos mentales que puedan alterar la convivencia.

⁴² Orden de 26 de febrero de 1971, que reguló el Plan Nacional de la Seguridad Social de los Ancianos

⁴³ Se entienden por estancias temporales la permanencia en régimen de alojamiento, manutención y atención en un centro residencial, por un período previamente fijado.

⁴⁴ Básicamente, la Orden del entonces Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, de 4 de junio de 1992.



- En las estancias temporales, encontrarse en una situación de dependencia sociofamiliar de naturaleza temporal.

- *Los Centros residenciales*

Uno de los servicios, tal vez el más conocido y el más demandado (dada la escasez de oferta), es la atención de las personas en situación de dependencia en centros residenciales, a través de Residencias asistidas y mixtas; Centros de atención a “minusválidos” físicos o psíquicos; Centros Estatales y Experimentales de atención a “minusválidos” psíquicos o mediante las plazas concertadas en otros centros residenciales.

Las prestaciones y servicios están en función de la edad y condición de dependencia del beneficiario, si bien una de las características principales (dada esa limitación de la oferta) es su acceso mediante un baremo, en el que la falta de recursos tiene un peso esencial. Ello provoca una falta de respuesta a la importante demanda existente.

Respecto a los beneficiarios de los diferentes Servicios, los mismos dependen de la naturaleza de los Centros, del modo siguiente:

- *Residencias mixtas y asistidas*

Las primeras son establecimientos dirigidos a la asistencia de quienes presentan una discapacidad crónica que les impide valerse por sí mismos, requiriendo el cuidado de otra persona. A su vez, las residencias mixtas son establecimientos suficientes para poder acoger a personas que tienen la capacidad para



desenvolverse autónomamente, así como a quienes precisan asistencia diaria para la realización de los actos esenciales de la vida.

Para su internamiento se precisa: haber alcanzado los 60 años; no padecer enfermedad infectocontagiosa, ni trastornos mentales graves que puedan ocasionar un deterioro de la convivencia en el centro; que el beneficiario o su cónyuge, tenga una incapacidad grave que le impida valerse por sí mismo; alcanzar la puntuación requerida, de acuerdo con la aplicación del oportuno baremo y ser pensionista de la Seguridad Social o tener derecho a los servicios sociales de la misma.

– Centros de Atención a “Minusválidos” Físicos

Estos establecimientos están dirigidos a la atención, de forma integral y en régimen de internado, de las personas que presentan una discapacidad física, a consecuencia de la cual tienen fuertes dificultades para alcanzar la integración laboral o para el desarrollo propio de los actos esenciales de la vida diaria, en régimen familiar o en régimen ambulatorio. Para poder estar internado en un Centro de estas características, se precisa: tener la acreditación de “minusválido”; no padecer enfermedades infectocontagiosas, ni trastornos mentales graves; alcanzar la puntuación exigida en cada Centro; tener una edad comprendida entre los 16 y los 60 años; ser beneficiario del sistema de la Seguridad Social y carecer de posibilidades previsibles de rehabilitación y recuperación profesionales.



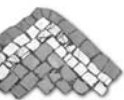
– Centros de Atención a “Minusválidos” Psíquicos

Estos centros están dedicados a la atención y a la asistencia a las personas con discapacidades mentales, mayores de 16 años, que, en razón de su discapacidad, tienen enormes dificultades para su integración laboral o para la realización de los actos esenciales de la vida, en la familia o en régimen ambulatorio. Se precisan los mismos requisitos que los señalados en el punto anterior, pudiendo ser beneficiarios los mayores de 60 años.

– Centros Estatales y experimentales de Atención a “Minusválidos” Psíquicos

Son Centros en los que, además de la atención genérica a las personas con discapacidad, tienen como objetivos específicos, la sustitución familiar a través del régimen de residencia o de estancia temporal, por la atención especializada y la integral a personas con discapacidad, así como el apoyo a instituciones y asociaciones, como centros de referencia y asesoramiento sobre procedimientos dirigidos a la integración de estas personas.

Para poder ingresar en tales Centros se precisa tener la calificación de “minusválido”; no padecer enfermedades infectocontagiosas, ni trastornos mentales graves; alcanzar la puntuación mínima exigida, mediante la aplicación del correspondiente baremo y ser beneficiario del sistema de la Seguridad Social, o tener derecho a los servicios sociales de la misma.



Por último, en lo que se refiere a las plazas concertadas en Centros residenciales, los requisitos son los mismos que los exigidos para los ingresos en los Centros para personas con discapacidad y de tercera edad del IMSERSO, con la particularidad de que en los conciertos se podrá reservar, hasta un 50 por ciento de las plazas concertadas para beneficiarios residentes en la provincia en la que esté ubicado el Centro.

C. Las medidas de naturaleza fiscal

Además de las prestaciones de naturaleza económica o las consistentes en prestaciones en especie o en servicios, la legislación estatal dispone también otras ayudas, básicamente de naturaleza fiscal, que tienen como finalidad primordial ayudar a las cargas de la dependencia, bien en favor de la propia persona en situación de dependencia, bien en el de sus cuidadores.

Estas ayudas se incluyen en la legislación del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas, en especial en la Ley 40/1998, de 9 de diciembre y en las disposiciones posteriores que la complementan.

Las exenciones, subvenciones u otras ayudas de naturaleza fiscal, recogidas en las normas tributaras estatales, son las siguientes:

- *Las rentas exentas en el IRPF*

Se declaran exentas de imposición las prestaciones de la Seguridad Social por incapacidad permanente, absoluta o de gran invalidez, las pensiones de inutilidad o de retiro de los funcionarios, cuando la inca-



pacidad imposibilita para la realización de toda profesión u oficio, las prestaciones públicas por actos de terrorismo o las indemnizaciones por responsabilidad civil motivada por daños físicos o psíquicos, así como las indemnizaciones satisfechas por las Administraciones públicas por daños físicos o psíquicos a personas, como consecuencia del funcionamiento de los servicios públicos.

De igual modo, están exentas de imposición fiscal las prestaciones de incapacidad absoluta y de gran invalidez, reconocidas en favor de profesionales autónomos por Mutualidades de Previsión Social, que actúen como alternativas a los Regímenes de Seguridad Social, si bien con el límite del importe que hubiese correspondido en la Seguridad Social; en su caso, el exceso, tributa como rendimiento del trabajo.

Están exentos también los importes de las pensiones no contributivas de la Seguridad Social, las pensiones de orfandad por incapacidad absoluta, las asignaciones económicas por hijo “minusválido”, así como las cantidades percibidas de instituciones públicas con motivo del acogimiento de personas con discapacidad. Por último, también están exentos los importes de los subsidios de la LISMI, así como las pensiones asistenciales.

- *Reducciones del rendimiento del trabajo y de las actividades.*

La legislación del IRPF prevé una minoración de los rendimientos del trabajo, en función de la cuantía de los mismos, y del grado de discapacidad que tenga su perceptor, del siguiente modo:

III. LA COBERTURA DE LA DEPENDENCIA EN EL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL DE ESPAÑA



REDUCCIONES DE LOS RENDIMIENTOS DE TRABAJO EN CASO DE TRABAJADORES DISCAPACITADOS	
IMPORTE DE LOS RENDIMIENTOS DE TRABAJO	IMPORTE DE REDUCCIÓN
Hasta 8,133,66 euros o menos	5.258,86(1) 6.761,39(2) 8.263,92(3)
De 8.113,67 a 12.020,24 euros	Reducción general por 1,75 (1) * Reducción general por 2.25 (2) Reducción general por 2.75 (3)
Superiores a 12.020,24	3.944,15(1) 5.071,95(2) 6.197,95 (3)

1. Trabajadores activos con discapacidad que tengan un grado de minusvalía igual o superior al 33% e inferior al 65%.
2. Trabajadores, con discapacidad entre el 33% y el 65%, que para el desplazamiento a su lugar de trabajo o para la realización del mismo, requieren la ayuda de otra persona.
3. Trabajadores con discapacidad con un grado de minusvalía igual o superior al 65%.

(*) La reducción con carácter general es el resultado de la siguiente operación:

$$R = 3.005,06 [(RN - 8.113,67) \times 0.1923]$$

Además, existen las siguientes reducciones de aplicación sobre los rendimientos del trabajo:

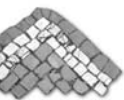
- Reducción del 40 por ciento sobre el rendimiento íntegro derivado de las prestaciones por invalidez no exentas, de planes de pensiones o de Mutualidades de Previsión Social, siempre que se reciban en forma de capital.
- Reducción sobre el rendimiento íntegro derivado de prestaciones por invalidez, percibidas de contratos de seguros colectivos, siempre que se perciban en forma de capital, de acuerdo con los siguientes porcentajes:

LA PROTECCIÓN DE LAS SITUACIONES DE DEPENDENCIA EN ESPAÑA



- Reducción del 70 por ciento, cuando la prestación derive de un contrato de seguro concertado con más de 12 años de antigüedad.
- Reducción del 60 por ciento, cuando el rendimiento derive de indemnizaciones por invalidez permanente absoluta y gran invalidez, en los mismos términos señalados en las normas reguladoras de los planes de pensiones.
- Reducción del 40 por ciento en el resto de las prestaciones por invalidez, derivadas de contratos de seguros.
- Los rendimientos íntegros de trabajo derivados de prestaciones correspondientes a las aportaciones a planes de pensiones y a Mutualidades de Previsión Social, constituidas en favor de personas con discapacidad, con un grado de minusvalía igual o superior al 65 por ciento, gozan de una reducción equivalente a 2 veces el SMI⁴⁵, cuando la prestación se percibe en forma de renta; reducción de hasta el 50 por ciento, cuando se obtenga en forma de capital, y siempre que hayan transcurrido más de 2 años desde la primera aportación.
- A su vez, en el régimen de estimación objetiva singular, de carácter voluntario, en la cuantificación del número de unidades del módulo de personal asalariado, para la determinación del rendimiento neto de la actividad en el mencionado régimen, el personal asalariado con discapacidad, con un grado de minusvalía igual o superior al 33 por ciento, se computa al 60 por ciento.

⁴⁵ El R.D.L. 3/2004, de 25 de junio, para la racionalización de la regulación del salario mínimo interprofesional y para el incremento de su cuantía, desvincula del SMI los efectos distintos de los laborales, creando a su vez un nuevo indicador de referencia denominado "Indicador Público de Renta de Efectos Múltiples" (IPREM).



– *Mínimo personal y familiar*

El mínimo personal, establecido por primera vez en la Ley 40/1998, supone una reducción de la parte general de la base imponible, que no podrá resultar negativa. Este mínimo, en su cuantía, depende de las características personales del declarante y de sus cargas familiares.

Por ello, el mínimo general, establecido en 3.305,57 euros, se eleva a 3.906,58 euros, si el contribuyente tiene una edad superior a los 65 años, a 5.108,60 euros, si es discapacitado y acredita una minusvalía igual o superior al 33 por ciento y a 6.911,64, si la minusvalía padecida es igual o superior al 65 por ciento.

En las declaraciones conjuntas, se suman los mínimos correspondientes a cada uno de los miembros de la pareja, teniendo en cuenta sus circunstancias personales. De este modo, las cuantías anteriores pasan a ser, en la declaración conjunta, de 6.010,12, 7.212,15 y 9.015,18 euros, en las respectivas situaciones.

Respecto a las cargas familiares, frente a una reducción general por cada hijo de 1.202,02 a 2.103,55 euros, en razón de la edad y el número de hijos, en el caso de hijos con discapacidad a cargo, la reducción asciende a 1.803,04 euros, cuando la discapacidad es igual o superior al 33 por ciento, sin llegar al 65 por ciento, y de 3.606,07 euros cuando supera ese grado.



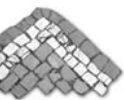
Por último, en el caso de ascendientes que convivan con el contribuyente, se tiene derecho a una deducción de 601,01 euros, esta cuantía se incrementa en el caso de que los ascendientes tengan una discapacidad, situándose en 1.803,04, cuando la minusvalía supera el 33 por ciento sin llegar al 65 por ciento y a 3.606,07 cuando es superior a dicho porcentaje.

– *Deducción por vivienda habitual*

Entre las deducciones de la cuota íntegra, la legislación fiscal prevé la relativa a la inversión por vivienda habitual, que, de igual modo, podrá ser aplicada por los contribuyentes “minusválidos” que lleven a cabo obras de adecuación de la vivienda, incluidos los elementos comunes del edificio, si sirven para mejorar la accesibilidad entre el edificio y la vía pública. Esta última deducción puede ejercerse tanto por la discapacidad del propio contribuyente por como la de su cónyuge, descendientes o ascendientes que convivan con él y es compatible con la deducción por adquisición de vivienda habitual⁴⁶.

Si la base general de la deducción es de 9.015,18 euros, la misma se eleva a 12.020,24 euros en el caso de personas con discapacidad. De igual modo, si para la realización de las mencionadas obras se utilizan capitales ajenos, cabe una deducción, durante los dos primeros años, del 25 por ciento sobre 6.010,12 euros, como máximo, y el 15 por ciento sobre el exceso hasta 12.020,24 euros y, posteriormente, del 20 por ciento y del 15 por ciento, respectivamente, sobre las señaladas cuantías.

⁴⁶ Las condiciones reglamentarias para tener derecho a la deducción se encuentran recogidas en el Reglamento de la Ley 40/1998, aprobado por Real Decreto 214/1999, de 5 de febrero (artículos 51 a 55).



Estas deducciones son también aplicables a las obras e instalaciones de adecuación realizadas por el contribuyente con discapacidad como arrendatario, subarrendatario o usufructuario.

- *Aportaciones a planes y fondos de pensiones o a Mutualidades de Previsión Social*

También la concurrencia de discapacidad tiene su incidencia en la cuantía de las aportaciones que puede efectuar la persona con discapacidad, directamente o que realicen otras personas en su favor en Planes de Pensiones o a Mutualidades de Previsión Social, siempre que tenga un grado de minusvalía igual o superior al 65 por ciento.

Mientras que las aportaciones que realice la propia persona con discapacidad, en su favor, tienen el mismo límite que las efectuadas por un contribuyente sin discapacidad –7.212,15 euros–, por el contrario, en el caso de personas con discapacidad, con el grado de minusvalía señalado, además de las aportaciones efectuadas por el mismo, pueden realizar aportaciones otras personas. En este caso, el importe conjunto de todas las aportaciones realizadas está limitado al doble del límite establecido con carácter general, es decir, a 22.838,46 euros.

En estos casos, cuando concurren varias aportaciones en favor de una misma persona con discapacidad, se ha de practicar la reducción, en razón de las aportaciones, en la base imponible, en primer lugar por las aportaciones del propio



individuo con discapacidad, y sólo si éstas no alcanzan el límite de 15.025,30 euros, pueden ser objeto de reducción, las realizadas por otras personas en su favor, en forma proporcional a sus respectivas aportaciones.

- La *Ley 41/2003, de 18 de noviembre, de protección patrimonial de las personas con discapacidad*, ha introducido algunas mejoras en la tributación de las aportaciones que se efectúen al patrimonio de una persona discapacitada, entre las que se encuentran:
 - Las aportaciones al patrimonio protegido del contribuyente discapacitado, efectuadas por una persona que tenga con aquél una relación de parentesco, en línea directa o colateral, hasta el tercer grado, así como su cónyuge o por quienes lo tuviesen a su cargo, en régimen de tutela o acogimiento, dan derecho a una reducción de la base imponible del aportante, con el límite máximo de 8.000 euros anuales. El conjunto de las reducciones practicadas por todas las personas que efectúen aportaciones en favor de un mismo patrimonio protegido no puede superar los 24.250 euros anuales.
 - De igual modo, las contribuciones empresariales efectuadas a favor de un patrimonio especialmente protegido, en favor de trabajadores discapacitados, con retribuciones inferiores a 27.000 euros anuales, pueden dar lugar a una deducción del 10 por ciento en la cuota del sujeto pasivo del Impuesto de Sociedades.

3. LA COBERTURA DE LA DEPENDENCIA EN LA LEGISLACIÓN AUTONÓMICA: BREVES APUNTES

Por lo general, las Comunidades Autónomas, al menos en un primer momento, suelen aplicar la legislación estatal en la articulación de los mecanismos de cobertura de la dependencia. Hay que tener en cuenta, de un lado, que buena parte de los programas se llevan a cabo en el marco de los servicios sociales de la Seguridad Social, cuyas funciones les han sido transferidas; de otro, que otra parte de los programas y de las medidas se llevan a cabo mediante Convenios suscritos entre la respectiva Comunidad Autónoma y la Administración del Estado⁴⁴. No obstante, en unas fases posteriores, los entes autonómicos han comenzado a legislar en los ámbitos de la protección de la dependencia.

La Comunidades Autónomas, en el período de 1982-1992, comenzaron a legislar sobre servicios sociales, con la finalidad de ir articulando unos mecanismos de protección social, los cuales, como ha señalado la doctrina, vienen orientados por los siguientes elementos:

- Su estructuración en dos niveles: uno, de carácter local o primario, cuyos contenidos varían en función de cada Comunidad Autónoma, si bien los de mayor frecuencia están dirigidos a la formación, la orientación y el apoyo. Por el contrario, el nivel especializado o secundario está encaminado a la atención de grupos con demandas y necesidades propias.

⁴⁷ Como es el caso, por ejemplo, de los Convenios de coordinación de la gestión de las pensiones no contributivas y de las prestaciones económicas de la LISMI; de codificación y de grabación de expedientes de valoración de la minusvalía; sobre construcción y ampliación de centros para la atención de personas con discapacidad; o la cesión y uso de aplicaciones informáticas e intercambio de metodología en orientación profesional de personas con discapacidad. Véase al respecto VILA MANCERO, A.: "Legislación autónoma sobre dependencia". En IMSERSO: "La problemática social de la dependencia". Madrid. 1999.

- Una *vocación universal* respecto de su ámbito de actuación, sin perjuicio del establecimiento de prioridades en favor de determinados grupos, si bien, entre ellos, siempre están los que, con mayor o menor incidencia, guardan relación con la dependencia, como son la familia, las personas de edad y las personas con discapacidad. También es destacada la participación de la iniciativa privada en las actuaciones llevadas a cabo, en especial en la última década, donde se observa una evolución desde concepciones basadas fundamentalmente en la gestión pública, de forma exclusiva o mayoritaria, a otras en las que la iniciativa privada (incluida la que actúa con ánimo de lucro) comienza a tener cada vez más importancia.
- *Variedad de prestaciones*, poniendo mayor énfasis en las de servicios, aunque también existen prestaciones de naturaleza económica, si bien son excepcionales las que revisten un carácter individual.
- *La atención a las personas en situación de dependencia*.

En el ámbito de la dependencia, y dentro de las actuaciones de las Comunidades Autónomas, las áreas de actuación son tanto las propias personas dependientes, como los cuidadores, particularmente los familiares.

La familia, como ámbito de actuación específica figura en la mayor parte de las legislaciones autonómicas, con una serie de actuaciones básicas encaminadas a:

III. LA COBERTURA DE LA DEPENDENCIA EN EL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL DE ESPAÑA



- Servicios sociales especializados.
- Atención, protección o apoyo (Castilla y León, Cataluña, Madrid, Navarra, Comunidad Valenciana).
- Información, actuación y asesoramiento.

En el ámbito de la discapacidad propiamente dicha, como se deduce de los análisis realizados, se pueden apreciar diferencias importantes. No obstante, en la mayor parte de las normas autonómicas se considera a las personas con discapacidad como un grupo que precisa de una atención específica, tanto en el ámbito de los servicios primarios, como sobre todo de los de naturaleza especializada.

Para este grupo, con mayor o menor generalidad, se prevén toda una serie de prestaciones, variables según los casos, entre las que se encuentran:

- Prestaciones técnicas y, con menor frecuencia, económicas.
- Diagnóstico y valoración.
- Asistencia domiciliaria.
- Centros de Día y Centros Ocupacionales.
- Ayudas técnicas (Madrid, Comunidad Valenciana, Galicia).

A su vez, y dentro de la dependencia, la vejez constituye un ámbito clásico de actuación de los Servicios Sociales, dirigidos, primordialmente, a:

LA PROTECCIÓN DE LAS SITUACIONES DE DEPENDENCIA EN ESPAÑA



- La integración, la autonomía y la participación social.
- El mantenimiento de la persona mayor en su entorno habitual de vida.
- Procurar el internamiento en Centros residenciales, en caso de imposibilidad de convivencia en su medio, etc.

Para tales funciones, se prevén todo un conjunto de servicios y programas básicos, como son:

- Asistencia domiciliaria.
- Centros de Día
- Centros de acogida temporal.
- Residencias en su variada tipología (de “válidos”, asistidas y mixtas).
- Viviendas tuteladas y pisos protegidos.
- Prestaciones económicas.
- Otra clase de prestaciones (termalismo, balneoterapia, teleasistencia, prestaciones de alimentos, esparcimiento, etc.), así como otro tipo de ayudas.



Hay que señalar que los servicios prestados son muy semejantes a los ya indicados en el ámbito de la legislación del Estado, pudiéndose diferenciar los siguientes:

- *Servicios y centros o establecimientos*
 - Los servicios de ayuda a domicilio, considerados como un elemento esencial para que las personas, con limitaciones en su autonomía personal, puedan seguir ubicados en su entorno familiar y dirigidos a las personas o a las familias que los precisen por no poder realizar sus actividades habituales, como consecuencia de situaciones de especial necesidad.

Como establece la legislación de algunas Comunidades Autónomas⁴⁸, el servicio público de ayuda a domicilio es una prestación básica del sistema público de servicios sociales, que tiene como objeto la prevención y la atención de situaciones de necesidad personal en el entorno del hogar familiar.

Con una gran variedad, en cuanto a su determinación, se pueden establecer unos rasgos generales de estos servicios, como son:

- *Beneficiarios*: personas que carecen de autonomía personal de tipo parcial o total, para permanecer en su medio habitual de vida. Por lo general, el sector prioritario son las personas con un grado de discapacidad igual o superior al 65 por ciento.

⁴⁸ Por ejemplo, la Ley 3/1986, de 16 de abril, de Servicios Sociales de Castilla-La Mancha.



- *Los criterios básicos de acceso*, están referidos al grado de discapacidad, rentas económicas, situación familiar y social de la persona en situación de dependencia, así como las características de la vivienda.
- *Las actuaciones básicas* están orientadas a las de carácter doméstico (alimentación, vestido, vivienda), de carácter personal (aseo, ayuda a vestir y comer, paseos, etc.), así como otro tipo de ayudas.
- Por lo general, las ayudas a domicilio son *gestionadas* por las Corporaciones Locales, que pueden hacerlo directamente, o administrarlo de forma indirecta o subvencionar al usuario.
- *Los servicios de estancia*, tanto diurna, como en estancia temporal, básicamente para las personas de edad, configurados como servicios sociales intermedios, en orden a evitar los internamientos no deseados de personas que, por su discapacidad o grado de dependencia, no les basta ya solamente con la ayuda a domicilio para la realización de los actos esenciales de la vida.

Estos servicios se sitúan, según las distintas Administraciones, en el nivel primario o secundario y, por lo general, prestan servicios diarios no residenciales.

Los servicios específicos abarcan tanto a la protección de la vejez como a la discapacidad y, en una amplia tipología, se pueden distinguir los siguientes Centros:



- *Centros o Unidades de Día*, destinados a atender a las personas con discapacidades o mayores de 65 años con pérdida de autonomía física o psíquica, que residen en su hogar familiar, precisan de cuidados personales, terapéuticos o psicosociales, y no padecen enfermedades infecto-contagiosas o trastornos graves que impidan la convivencia.
- Como alternativa a lo anterior, se sitúan los denominados *Centros de Día Psicogeriátricos*, con la finalidad de proporcionar cuidados de mantenimiento y rehabilitación a personas de edad avanzada con deterioro psíquico, en orden a que puedan permanecer en su entorno habitual.
- Por último, los *internamientos en los centros residenciales* (con una variedad, entre centros de “válidos”, de asistidos o mixtos) para personas que, debido a su grave limitación o a la pérdida de su autonomía personal, ya no pueden realizar por sí mismas los actos ordinarios de la vida diaria.

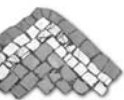
Los requisitos son básicamente similares a los ya señalados en el caso de la legislación estatal. Estos servicios especializados de segundo y tercer nivel (según las distintas Comunidades) están orientados a proporcionar residencia permanente (aunque también a veces tiene carácter temporal) a personas con falta de autonomía personal.

La doble tipología de residencias que tradicionalmente se vinieron constituyendo en España (de “válidos” y asistidos) ha sido superada por otra que, tal vez por la escasez de oferta, deriva en una tipología de residencias mixtas y asistidas.



En una síntesis de las características básicas de esta clase de servicios, se pueden señalar las siguientes clases de centros:

- Según el nivel de dependencia:
 - **Residencias Mixtas** (prestan atención a personas con autonomía y a personas que requieren cuidados para la realización de actos de la vida diaria).
 - **Residencias Asistidas** (prestan atención a quienes no pueden valerse por sí mismos para la realización de los actos esenciales de la vida).
- Según la contingencia protegida, además de los centros señalados (dirigidos básicamente a la protección de las personas de edad), en el caso de discapacidad los centros se clasifican según el tipo de discapacidad de las personas que atienden. Así se habla de Residencias para “minusválidos” físicos o de Residencias para “minusválidos” psíquicos.
- Los beneficiarios generalmente requieren tener 60 o más años (en el caso de personas mayores) o entre 16 y 65 (en el caso de personas con discapacidad); no padecer enfermedades infecto-contagiosas y superar los criterios de acceso (básicamente, económicos, familiares y personales). Puede ser usual que se exija un mínimo de residencia en la respectiva Comunidad Autónoma.



- *Prestaciones*

Además de los servicios y de los establecimientos, la legislación autonómica también recoge toda una serie de prestaciones, unas de naturaleza económica y otras que no tienen carácter monetario.

Las prestaciones pueden tener carácter *periódico*, destinadas básicamente a remediar situaciones económicas graves de diferentes grupos, si bien se trata de prestaciones que, aún gestionadas por las Comunidades Autónomas, son de competencia estatal (por ejemplo, las pensiones no contributivas o los subsidios de la LISMI). Pero, al tiempo, las Comunidades Autónomas establecen prestaciones económicas *coyunturales*, destinadas a poner remedio a situaciones muy específicas⁴⁹.

De todas formas, las Comunidades Autónomas han orientados su acción más en el ámbito de los servicios sociales, a través de las prestaciones en especie, dejando las de naturaleza económica en la esfera competencial del Estado, aunque algunas de ellas, por la vía de las transferencias de las funciones del IMSERSO, sean gestionadas por estas Administraciones territoriales.

La doctrina distingue tres clases de prestaciones:

- Las *prestaciones económicas de subsistencia*, cuyo objetivo básico se dirige a remediar las situaciones de necesidad grave (por

⁴⁹ Entre estas ayudas se encuentran los complementos, en favor de los perceptores de las pensiones no contributivas, establecidos por las Comunidades Autónomas (aunque, en los últimos ejercicios esos complementos se han ido ampliando a las pensionistas de viudedad, con menor cuantía de pensión). El establecimiento de estos complementos no periódicos de las pensiones no contributivas ha sido declarado conforme a las exigencias constitucionales de distribución de competencias entre el Estado y las Comunidades Autónomas, por la STC 239/2002, de 10 de diciembre.



ejemplo, alimenticias). Suelen estar incluidas en el marco de los servicios sociales y, con frecuencia, superan el ámbito estricto de la dependencia.

Dentro de éstas, se sitúan las ayudas económicas individuales para el ingreso en Centros residenciales, pensiones asistenciales en favor de las personas con discapacidad (previstas en la legislación de la Comunidad Autónoma Vasca), las ayudas económicas individuales a las personas con discapacidad, que carecen de recursos económicos suficientes.

De igual modo, se sitúan las ayudas establecidas, dentro de los servicios sociales comunitarios, en el que se recogen un conjunto de ayudas y subvenciones, de diferentes tipología y cuantías (estancias de residencias –desde 210,35 a 420,70 euros-; ingresos en Centros ocupaciones – 180,30 euros- etc.).

- Las *prestaciones económicas de servicios sociales*, generalmente ligadas a las denominadas prestaciones técnicas (ayudas para el transporte, por ejemplo), aunque también para la compra de determinados servicios, como el cheque-servicio en Galicia, el bono-residencia, establecido por la Generalidad Valenciana, para abonar los servicios en residencias de personas que precisan de estos servicios, y que no disponen de los medios económicos suficientes para hacer frente a los correspondientes gastos.

III. LA COBERTURA DE LA DEPENDENCIA EN EL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL DE ESPAÑA



- *Prestaciones económicas a las familias*, con menores recursos, que tengan a su cargo personas en situación de dependencia. Se trata de medidas de implantación más novedosa, cuya finalidad primordial es la de apoyar a las familias para que sus miembros puedan continuar en su medio habitual y evitar el internamiento y la desubicación familiar.
- *Medidas fiscales*

La utilización de los mecanismos fiscales, como medio de apoyo parcial a las personas dependientes o a las familias en las que alguno de sus miembros está aquejado de una discapacidad grave, que limita fuertemente su autonomía, es un ámbito que se utiliza con mayor frecuencia, en especial, en la imposición directa.

IV. LOS RETOS FUTUROS



1. CARACTERES GENERALES

A continuación se presenta un cálculo periodificado de los recursos necesarios para proporcionar una adecuada atención a las necesidades de las personas en situación de dependencia, desde una óptica general de esta realidad a partir de los estudios e informes realizados y conocidos hasta el momento. Por desgracia, no se han llevado a cabo cálculos y proyecciones de otros recursos y dispositivos, más innovadores y progresivos, que el sector de la discapacidad entiende también como necesarios para dar respuesta cumplida a las necesidades planteadas, como son, por ejemplo, el asistente personal o acompañante de determinadas personas en situación de dependencia, que con este medio podrían llevar una vida independiente y normalizada; o las tecnologías y ayudas técnicas asistivas o para la vida independiente, que pueden contribuir a unas mayores cotas de autodesenvolvimiento de la persona; las redes, centros de apoyo y dispositivos de vida independiente, etc. La inexistencia de datos sobre estos otros recursos no puede justificar que la futura regulación de la atención a la dependencia los desconozca, sino que deben formar parte de esa futura “cartera de servicios”, a disposición de la persona y/o familia, que ha de contar con la capacidad de opción entre diversas alternativas.

La estimación parte de los niveles de dependencia detectados en la Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud (1999), y de la fijación de unos objetivos razonables de cobertura a través de cuidados formales, modulados en función del nivel de dependencia y de la edad de las personas en situación de dependencia. Se ha tenido en cuenta también la necesidad de prestar apoyo económico a las familias que asuman el cuidado informal de las personas en esta situación que no reciban cuidados formales.

Se han considerado cuatro tipos de recursos formales: Ayuda a Domicilio, Teleasistencia, Centros de Día y Servicios Residenciales.

Dadas las características del servicio de teleasistencia (que se configura más como un recurso complementario de la ayuda a domicilio, las estancias diurnas o los cuidados informales que como un recurso que, por sí solo, pueda sustituir a estos otros), se ha considerado que el hecho de recibirlo no debe ser óbice para que los posibles cuidadores informales puedan beneficiarse de las ayudas que, en su caso, se establezcan. Por ello las necesidades de ayuda a cuidadores informales se han estimado, “**descontando**” la cobertura del servicio de teleasistencia.

El cálculo de usuarios potenciales, con referencia al año 1999, se basa en los datos proporcionados por la Encuesta de Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud, corregidos con la incorporación de las personas en situación de dependencia que residen en establecimientos colectivos. Como ya se ha indicado, este cálculo tiene un carácter provisional, y deberá ser afinado en cuanto se disponga de un mayor nivel de “**desagregación**” de los datos que proporciona la Encuesta sobre los perfiles de discapacidad para las actividades de la vida diaria de la población española. No obstante, los datos de los que actualmente se dispone permiten aproximarse con suficientes garantías a la dimensión real del fenómeno de la dependencia y al cálculo de las necesidades existentes.

*Estimación de población dependiente en 2000,
por grado de dependencia y grupos de edad*

	GRAN DEPENDENCIA	DEPENDENCIA MODESTA	TOTAL
De 65 y más años	577.843	425.049	1.482.762
Menores de 65 años	232.099	295.818	783.304
TOTAL	809.942	720.867	2.266.066

IV. LOS RETOS FUTUROS

Los objetivos de atención se han fijado diferenciadamente para cada grado de dependencia, y tienen en cuenta también las diferencias relacionadas con la edad. Así, por ejemplo, a mayor grado de dependencia, se ha previsto una mayor cobertura de recursos formales y, dentro de éstos, una utilización más intensiva de los servicios residenciales. La previsión de objetivos de cobertura y su distribución según cada tipo de recurso se recoge en el cuadro siguiente:

Escenario de atención: previsión de objetivos de cobertura por grado de dependencia y grandes grupos de edad.

	GRAN DEPENDENCIA	DEPENDENCIA GRAVE	DEPENDENCIA MODERADA
Mayores de 65 años			
<i>Objetivo de cobertura de servicios formales</i>			
<i>Porcentaje cubierto por cada tipo de recursos</i>	90%	75%	65%
Servicio de Ayuda a Domicilio	32%	34%	16%
Teleasistencia	9%	26%	46%
Centros de Día	5%	8%	3%
Servicios Residenciales	45%	8%	0%
<i>Cobertura neta (excluida teleasistencia)</i>	81%	49%	20%
<i>Ayuda a cuidadores informales</i>	19%	51%	81%
Menores de 65 años			
<i>Objetivo de cobertura en servicios formales</i>			
<i>Porcentaje cubierto por cada tipo de recurso</i>			
Servicio de Ayuda a Domicilio	48%	28%	9%
Teleasistencia	16%	35%	51%
Centros de Día	8%	4%	
Servicios Residenciales	8%	4%	
<i>Cobertura neta (excluida teleasistencia)</i>	64	35%	9%
Ayuda a cuidadores informales	36%	65%	91%

Aplicando esos objetivos de cobertura a la estimación de la población dependiente en 2000, se obtiene el siguiente cálculo de los recursos que serían necesarios para atender las situaciones de dependencia.

LA PROTECCIÓN DE LAS SITUACIONES DE DEPENDENCIA EN ESPAÑA

Cálculo de los recursos necesarios para una adecuada atención de las situaciones de dependencia en España.

	GRAN DEPENDENCIA	DEPENDENCIA GRAVE	DEPENDENCIA MODERADA	TOTAL
Mayores de 65 años				
Usuarios potenciales	577.843	479.870	425.049	1.482.762
Capacidad de prestación de servicios formales				
Servicio de Ayuda a domicilio	182.021	161.696	69.070	413.047
Teleasistencia	52.006	125.966	193.397	371.369
Centros de Día	26.003	35.990	13.814	75.807
Servicios Residenciales	260.029	35.990		296.020
Apoyo para la prevención de prestación de cuidados informales				
Cuidados informales	109.790	245.933	342.164	697.888
Menores de 65 años				
Usuarios potenciales	232.099	255.387	295.818	783.304
Capacidad de prestación de servicios formales				
Servicio de Ayuda a Domicilio	111.408	71.508	26.624	209.540
Teleasistencia	37.136	89.385	150.867	277.388
Centros de Día	18.568	8.939		27.506
Servicios Residenciales	18.568	8.939		27.506
Apoyo para la prestación de cuidados informales				
Cuidados informales	83.556	166.002	269.194	518.752
Total General				
Usuarios potenciales	809.942	735.257	720.867	2.266.066
Capacidad de prestación de servicios formales				
Servicio de Ayuda a Domicilio	293.428	233.464	95.694	622.587
Teleasistencia	89.142	215.351	344.264	648.758
Centros de Día	44.571	44.929	13.814	103.314
Servicios Residenciales	278.597	44.929		323.526
Apoyo para la prestación de cuidados informales				
Cuidados informales	193.346	411.935	611.359	1.216.640

Se han proyectado asimismo los recursos necesarios para 2006 y 2011, teniendo en cuenta la evolución previsible de las necesidades debidas al envejecimiento de la población y la prevalencia creciente de las situaciones de grave discapacidad.

Cálculo de los recursos necesarios para una adecuada atención de las situaciones de dependencia en España. Previsiones para 2006 y 2011

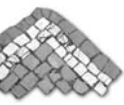
SERVICIOS	RECURSOS ACTUALES	CÁLCULO RECURSOS NECESARIOS		
		BASE (*)	2006	2001
Servicio de Ayuda a Domicilio	112.297	413.047	438.021	456.976
Teleasistencia	48.574	371.369	393.823	410.866
Centros de Día	7.103	75.807	80.391	83.870
Servicios Residenciales (plazas asistidas)	90.000	296.020	313.918	327.502
Ayuda a cuidados informales		697.888	740.084	772.111
Menores de 65 años				
Servicio de Ayuda a Domicilio	10.000	209.540	220.016	231.017
Teleasistencia	5.000	277.388	291.258	305.821
Centros de Día	1.000	27.506	28.882	30.326
Servicios Residenciales	5.000	27.506	28.882	30.326
Ayuda a cuidados informales		518.752	544.689	571.924
Total General				
Servicio de Ayuda a Domicilio	122.297	622.587	658.037	687.994
Teleasistencia	53.574	648.758	685.081	716.686
Centros de Día	8.103	103.314	109.273	114.196
Servicios Residenciales	95.000	323.526	342.799	357.828
Ayuda a cuidados informales		1.216.640	1.284.773	1.344.035

2. LA ESCASEZ DE LOS RECURSOS ACTUALES

A pesar del volumen de los cuidados requeridos, la red actual (tanto de prestaciones económicas, como de servicios) en favor de las personas en situación de dependencia apenas llega a cubrir a 175.000 personas (frente a las cerca de 800.000 personas con grado severo o moderado de dependencia), insuficiencia que se pone de relieve, por ejemplo, si se tienen en cuenta los siguientes datos:

- Sólo el 0,8 por ciento de las personas en situación de dependencia tienen cobertura protectora a través de servicios residenciales.

- De la población con discapacidad y mayor, sólo el 2 por ciento recibe ayuda a domicilio (mientras que en Europa llega al 10 por ciento).
- Sólo el 0,8 por ciento de las necesidades de la dependencia se desarrollan a través de las viviendas tuteladas.
- La mayoría de las personas en situación de dependencia con discapacidad severa sigue conviviendo con sus padres que se han hecho mayores, están cansados y a veces enfermos. En el mejor de los casos, el hijo/a acude a un Centro de Día y pueden tener algún apoyo domiciliario para los cuidados básicos, pero que difícilmente pueden cubrir en toda su amplitud con la pensión del afectado.
- Los Servicios Residenciales que a priori, pueden ser una forma de vida independiente-asistida para estas personas, son escasos, alejados del contexto donde los sujetos vivían y por tanto de sus familias. Además, es necesario replantearse en toda su extensión el modelo de institucionalización ofrecido hasta ahora a las personas con discapacidad, sobre el que se debe suscitar un profundo debate en cuanto a patrón seguido, fundamentos justificativos, opcionalidad del ingreso, grado de protección de derechos de las personas institucionalizadas, etc.
- La escasez de plazas de Residencia impide que la persona con discapacidad severamente afectada y su familia, puedan beneficiarse de programas temporales en Residencia a lo largo de su vida, que les permitan ir conociendo la vida fuera del ámbito familiar.
- Las necesidades de las personas en situación de dependencia con discapacidad severa se vienen cubriendo desde los Centros de Día




de Adultos gestionados ya sea por la administración, las asociaciones o las empresas con ánimo de lucro, que son los últimos incorporados a este panorama confuso de los servicios sociales.

- En estos Centros de Día se da una falta de plazas acordes con el perfil de cada posible usuario por las dificultades que entraña responder a todas las características del perfil del sujeto
- Falta de normas que regulen y homogeneicen los requisitos y la financiación de los Centros de Día y Centros Residenciales.
- Hay problemas generalizados de financiación de estos servicios, ya que por definición son servicios caros (ratios, calendario de atención ampliables, tratamientos).

Lo exiguo de los servicios en España hace necesario que se vean complementados a través de los cuidados informales, desarrollados por familiares de las personas en situación de dependencia y con discapacidad. La mayoría de las personas que prestan cuidados personales viven en el hogar familiar y son miembros del mismo (cerca del 62 por ciento); un 36 por ciento de los familiares que prestan esos servicios viven fuera del hogar de la persona en situación de dependencia; y solamente algo más del 1 por ciento son cuidados en el hogar a través de empleados.

Además, se trata de unos servicios de cuidados intensos, ya que más del 45 por ciento de las personas en situación de dependencia reciben más de 40 horas de cuidados a la semana por parte de su cuidador familiar, articulado en un modelo de solidaridad familiar que, como se ha señalado previamente ha entrado en una profunda crisis⁵⁰.

3. LOS COSTES DE LA PROTECCIÓN DE LA DEPENDENCIA



El incremento de los programas y servicios necesarios para proporcionar una adecuada atención de las situaciones de dependencia tiene un coste importante, que diversos estudios han intentado determinar en función de distintas hipótesis de cobertura e intensidad de las prestaciones:

- *Comisiones Obreras*, en una propuesta de inclusión de la atención de la dependencia en el Pacto de Toledo, calcula los costes de inversión pública necesarios para garantizar una atención adecuada a las personas en situación de dependencia en 925 millones de euros, y el coste de mantenimiento anual para el sector público en 1.420 millones de euros.
- *Antares Consulting*, en un estudio sobre el Seguro de Dependencia realizado por encargo de UNESPA, estima el coste anual de la atención necesaria, con referencia al año 2001 en 7.515 millones de euros, alrededor de 4.810 millones de euros por encima del gasto real estimado para esa misma fecha. En este estudio no se incluyen las inversiones, y se consideran únicamente los gastos de mantenimiento. No se distinguen los costes públicos de los privados.

⁵⁰ Sobre el particular son reveladoras las consideraciones que efectúa la Comisión no Permanente del Congreso de los Diputados para la valoración de los resultados obtenidos en la aplicación de las recomendaciones del Pacto de Toledo, que en su informe de 2 de octubre de 2003, al abordar el problema de la dependencia, señala literalmente que “no deja de ser cierto que a lo largo de la historia siempre han existido ciudadanos en situaciones de dependencia, ya que por razones de edad, enfermedad o deficiencia, parte de la población ha necesitado ser ayudada o atendida por terceras personas en el desarrollo cotidiano de las actividades de su vida. Tradicionalmente, el cuidado de las personas dependientes se realizaba directamente en el seno de las familias, y más concretamente esta labor era asumida por las mujeres como parte de su no reconocido trabajo; sin embargo, los profundos cambios que se están produciendo en el ámbito familiar y social ponen a prueba estos tradicionales modelos de protección social.”



- *Ángel Rodríguez Castedo*, en un documento titulado “Servicios Sociales y Creación de Empleo”, cifra el coste público adicional necesario para garantizar una atención adecuada a las personas en situación de dependencia en 2.800 millones de euros para inversiones y cerca de 3.700 millones de euros de mantenimiento anual.
- Por último, *Juan Manuel Martínez Gómez*, en los estudios realizados por la “Comisión de Expertos para el estudio de la situación de la dependencia” cifra las dotaciones necesarias para dar una cobertura adecuada a los problemas de la dependencia⁵¹ en 9.137,3 millones de euros, inversión que, no obstante, originaría una creación de empleo de unos 337.632 puestos de trabajo.

El 85 por ciento del coste calculado de la atención a las personas en situación de dependencia corresponde en la actualidad a los servicios residenciales. Este elevado peso de lo residencial pone de manifiesto un modelo de atención basado principalmente en la institucionalización, modelo que, como se apuntaba, debe ser objeto de un profundo debate.

Es necesario, como ya sucede en otros países de nuestro entorno, desarrollar y poner el énfasis mucho más en los servicios comunitarios que favorecen el mantenimiento de la persona en su domicilio y en su entorno y posibilitan una vida más autónoma e independiente y equilibrar internamente los recursos (el SAD representa poco más del 11 por ciento actualmente, y otros servicios como la teleasistencia y los centros de día en torno al 3 por ciento).

Aunque las hipótesis de partida, los “*escenarios*” considerados y los criterios de contabilidad del coste son diferentes, lo que se desprende

⁵¹ En el estudio indicado se parte de una población protegible, de la que el 49 por ciento correspondería a dependencia leve, un 31 por ciento a dependencia moderada y un 20 por ciento a dependencia grave.

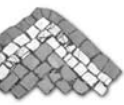


de todos estos estudios es que va a ser necesario un notable esfuerzo económico para responder a las necesidades de las personas en situación de dependencia (del orden de 1 punto del PIB anual), que en una parte sustancial va a ser realizado con cargo a fondos públicos.

Es importante tener en cuenta que este gasto está estimado en términos brutos. El gasto real 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 trabajadores que se incorporen al sector 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, aún cuando muchos 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.

También hay que tener en cuenta que las mejoras en la atención pueden provocar un importante ahorro en el sistema sanitario, al reducir las estancias de pacientes que podrían ser tratados mediante recursos alternativos.




De no articularse de manera urgente un sistema de programas y equipamientos de atención socio-sanitaria a las personas en situación de dependencia, en los próximos años se irá acentuando la presión sobre el Sistema Nacional de Salud, lo que acarreará unos costes de atención mucho más elevados que si se canaliza adecuadamente a través de una cobertura apropiada de servicios sociales y socio-sanitarios.

4. SERVICIOS PRIORITARIOS QUE ES NECESARIO DESARROLLAR

Teleasistencia

Como señalan los especialistas en la materia, uno de los servicios de mayor eficacia es la teleasistencia domiciliaria, cuya cobertura actual es muy limitada. El servicio de teleasistencia es, en unos casos, un eficaz complemento del servicio de ayuda a domicilio (garantizando la atención de posibles situaciones de emergencia durante el tiempo no cubierto por la prestación de ayuda domiciliaria para el caso de personas que viven solas o que pasan solas una parte importante de la jornada), mientras que en otros funciona como solución alternativa (personas cuya situación no hace necesaria una atención domiciliaria permanente, pero en las que pueden presentarse situaciones de riesgo ante las que es necesario actuar), que permite asignar de forma más eficiente los recursos. En todos los casos, el servicio de teleasistencia proporciona a los usuarios la seguridad de respuesta inmediata ante cualquier emergencia y previene eficazmente las sensaciones de inseguridad, soledad y aislamiento que frecuentemente sienten las personas mayores o con discapacidad severa que viven solas.



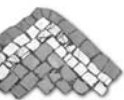
El Servicio de Teleasistencia tiene un gran potencial de crecimiento debido a su bajo coste unitario y a los desarrollos tecnológicos que hacen cada vez más eficiente su prestación.

Un objetivo razonable de cobertura del Servicio de Teleasistencia sería atender al 30 por ciento de la población en situación de dependencia, lo que supondría garantizar la prestación de teleasistencia domiciliaria a cerca de 650.000 personas.

Los usuarios preferenciales de este servicio serán las personas con dependencia moderada, cualquiera que sea su edad, y las personas mayores que vivan solas o pasen solas la mayor parte de la jornada. El servicio de teleasistencia se prestaría también como complemento del Servicio de Ayuda a Domicilio cuando sea necesario en función de situación de dependencia y de las circunstancias personales y familiares de los usuarios.

Ayuda a Domicilio

La ayuda a domicilio ofrece un amplio repertorio de servicios (aseo personal, limpieza del hogar, lavado y planchado de ropa, compra y preparación de comidas, cuidados sanitarios elementales, labores de asistencia personal, acompañamiento, etc.) que permiten que la gran mayoría de las personas en situación de dependencia puedan seguir viviendo en sus hogares. Resulta necesario ofrecer una ayuda a domicilio de la extensión, intensidad, diversificación y calidad adecuadas, convenientemente articulada con los demás recursos sociales especializados de atención a la dependencia (residencias asistidas, centros de día, estancias temporales, hospitalización a domicilio, teleasistencia, etc.).



La extensión, intensidad, diversificación y calidad actuales de las prestaciones del Servicio de Ayuda a Domicilio son claramente insuficientes. Para cumplir los objetivos definidos para la década de los noventa por el Plan Gerontológico Nacional, aprobado en 1991, la cifra actual de personas atendidas habría de incrementarse en más de 400.000 personas, y para igualarnos a la media de atención de los países de la Unión Europea con servicios sociales más desarrollados supondría incorporar a cerca de 700.000 nuevos usuarios.

Un objetivo razonable, que permitiría compensar el déficit actual de cobertura, sería aumentar la capacidad de prestación de servicios para atender a alrededor de 500.000 nuevos usuarios. Además, habrá que hacer frente al crecimiento futuro de las necesidades. No obstante, para garantizar una atención de calidad es necesario incrementar sustancialmente la media de horas de atención y complementarla, cuando sea necesario, con la prestación del servicio de teleasistencia. También es necesario profesionalizar la prestación del Servicio de Ayuda a Domicilio, por lo que habrá que hacer un gran esfuerzo de formación del personal.

Centros de Día y plazas de estancia diurna en residencias

Los Centros de Día son una alternativa válida para la atención de las personas en situación de dependencia que, por sus circunstancias personales y familiares, pueden seguir residiendo en su domicilio familiar, pero necesitan una atención continuada durante la jornada diurna. Los Centros de Día permiten cubrir el doble objetivo de mejorar la calidad de vida de estas personas, proporcionándoles la atención y los servicios de rehabilitación que necesitan, y permi-



tir a los miembros de su familia compatibilizar su cuidado con la realización de sus respectivos proyectos vitales. El Centro de Día es un recurso para la atención de las personas en situación de dependencia durante el horario diurno, que previene la institucionalización al hacer posible que personas con necesidades de atención frecuente o continuada puedan seguir pernoctando en sus domicilios familiares.

La cobertura actual de plazas de estancia diurna, repartidas entre los Centros de Día y las residencias, es muy escasa (poco más de 8.000 plazas). El 83 por ciento de las plazas de estancia diurna existentes son de titularidad pública. La disponibilidad de plazas en las diferentes Comunidades Autónomas es muy desigual. Por otro lado, existen muy pocos Centros de Día que se ajusten a las especificidades y necesidades de cada tipo de discapacidad, cuando las personas con discapacidades de gran dependencia se caracterizan principalmente por su enorme diversidad. Eso implica que pocas de estas personas reciben una atención adecuada a sus necesidades.

Para compensar el déficit actual de cobertura habría que aumentar el número de plazas de estancia diurna en unas 100.000. Además, habrá que hacer frente al crecimiento futuro de las necesidades.

Servicios residenciales

Cuando la discapacidad es muy severa, la permanencia de las personas dependientes en su domicilio se hace difícil, por la inadecuación del entorno sobre todo a medida que los padres envejecen o fallecen. El deterioro de los niveles de autonomía personal, la necesidad de



atención permanente, las circunstancias personales y sociales, el equipamiento y estado de las viviendas y la falta de disponibilidad de los servicios de estancias diurnas son factores que pueden hacer necesario recurrir a un servicio residencial, cuyos modelos y bases es, como ya se ha dicho reiteradamente, de todo punto preciso replantearse.

Los servicios residenciales son prestados por diferentes tipos de centros. Los más comunes son los centros sociosanitarios, las residencias asistidas, las residencias de válidos y las viviendas o apartamentos tutelados.

- Los centros sociosanitarios son los indicados para personas en situación de dependencia que necesitan atención médica permanente. Generalmente son hospitales reconvertidos. Media estancia. Personas convalecientes de procesos hospitalarios.
- Las residencias asistidas son centros de larga estancia para personas con dependencia total o severa. Media y larga estancia.
- Las residencias de “válidos” son centros de larga estancia para personas mayores no dependientes o con un nivel de dependencia moderado. Larga estancia. Sustituyen al hogar permanente.
- Los apartamentos tutelados son viviendas para personas mayores o con discapacidad, con servicios complementarios de apoyo, como restauración, lavandería, servicios médicos y enfermería. Larga estancia. Sustituyen al hogar permanente.



En España, aunque el número total de plazas en establecimientos residenciales para personas mayores supone, en la actualidad, en torno al 3 por ciento de la población de 65 años o más, menos de la mitad de estas plazas (unas 90.000, esto es, 1,4 plazas por cada cien personas de 65 o más años) pueden acoger a personas mayores dependientes. El 73,7 por ciento de las plazas residenciales actuales son de titularidad privada. Alrededor del 18 por ciento de estas plazas están incorporadas a la red pública a través de conciertos. Las entidades privadas con ánimo de lucro y las organizaciones religiosas constituyen la mayoría de la oferta residencial privada.

La cobertura actual de plazas en servicios residenciales (3 por ciento de la población mayor de 65 años) es insuficiente. El hecho de que más de la mitad de las plazas disponibles no estén preparadas para la atención de usuarios dependientes agrava esa situación. La baja cobertura de la oferta residencial en España se pone de manifiesto cuando se compara con otros países de la Unión Europea (13,5 por ciento en Dinamarca, 9 por ciento en Holanda). Además, la distribución territorial de las plazas residenciales muestra una situación de fuerte inequidad entre las diferentes Comunidades Autónomas.

En el caso de las personas con discapacidad en situación de dependencia, la cobertura de plazas en servicios residenciales es aún menor. Aunque algunos Centros Residenciales están gestionados por las Administraciones Públicas, la gran mayoría de las plazas residenciales son de entidades sin ánimo de lucro promovidas generalmente por los propios familiares de las personas con discapacidad. Muchas de estas plazas se han incorporado en los últimos años a la red pública a través de conciertos. La situación y financiación de estas plazas es totalmente desigual entre las distintas Comunidades Autónomas.



Para compensar el déficit actual de cobertura habría que aumentar el número de plazas residenciales en unas 105.000, y reconvertir gradualmente la totalidad de las plazas que actualmente no pueden ser ocupadas por usuarios dependientes. Además, habrá que hacer frente al crecimiento futuro de las necesidades.

Rehabilitación domiciliaria o en el entorno

Existe un número importante de personas con discapacidad severa que por la ausencia de servicios de rehabilitación próximos a su lugar de residencia o imposibilidad familiar para acercar al usuario a estos servicios, no reciben la atención que precisan.

Estos problemas se acrecientan en el medio rural, especialmente en las zonas donde la población está muy diseminada. La atención rehabilitadora, sobre todo en las primeras etapas de la vida, es fundamental para conseguir el mayor aprovechamiento de las cualidades y aptitudes.

Para retrasar o evitar su institucionalización o el cambio de lugar de residencia de la familia, y por tanto de su entorno social, se precisan servicios de rehabilitación, en algún caso, y de habilitación, en su mayoría, a personas con discapacidad severa pertenecientes al medio rural y poblaciones dispersas, consistentes en proporcionar tratamientos de fisioterapia, logopedia, atención psicológica, atención social, terapia ocupacional y apoyo educativo en el lugar de residencia del usuario.



Otros servicios y prestaciones

La atención integral de las situaciones de dependencia supone el desarrollo de un amplio y complejo repertorio de programas y servicios, entre los que se encuentran los siguientes:

- Servicios de respiro: estancias temporales en período veraniego de vacaciones, emergencias, estancias nocturnas o en fines de semana...
- Servicios de comida y lavandería a domicilio.
- Asistentes personales: personal de apoyo y acompañamiento a personas con discapacidad severa que con ese recurso pueden llevar una vida normalizada.
- Hospitalización a domicilio.
- Ayudas técnicas y tecnologías de apoyo asistivas para la autonomía personal y la vida independiente.
- Ayudas para la adaptación y accesibilidad del domicilio y del entorno.
- Servicios de Atención temprana.
- Servicios de habilitación/rehabilitación ambulatoria.

IV. LOS RETOS FUTUROS



- Programas de información y formación para familiares cuidadores
- Programas de formación en servicios sociosanitarios para profesionalizar la atención prestada.

V. LA COBERTURA DE LA DEPENDENCIA: UNA ALTERNATIVA DE MODELO DE ATENCIÓN



1. LA CONFIGURACIÓN DEL MODELO

Los poderes públicos serán determinantes a la hora de configurar el modelo futuro de atención de la dependencia en España. Aunque existen incertidumbres respecto de cómo será ese modelo, lo más probable es que el diseño del sistema de protección de la dependencia sea parecido al que se propugna para las pensiones y la asistencia sanitaria, esto es, un sistema universal y público como pieza básica de la protección, y otro privado complementario.

Como ha quedado señalado, el Congreso de los Diputados parte de la necesidad perentoria de configurar un sistema integrado que aborde, desde la perspectiva de la globalidad, el fenómeno de la dependencia, de modo que se proceda a la regulación de los mecanismos de lucha contra las consecuencias de la dependencia, en la que se recoja la definición de dependencia, la situación actual de su cobertura, los retos previstos y las posibles alternativas para su protección, teniendo en cuenta la distribución de competencias entre las distintas administraciones públicas, garantizando los recursos necesarios para su financiación y la igualdad de acceso, incluido, en algunos casos, la participación de los usuarios en la financiación de los servicios⁵².

⁵² En la publicación entregada recientemente por la Administración a los medios de comunicación social, en la que se recogen los documentos aportados por la Comisión de expertos para el estudio de las situaciones de dependencia, se contiene un análisis de las ventajas e inconvenientes de las diferentes alternativas, públicas y privadas, de articulación y gestión de la protección contra la dependencia, entre las que se destacan las siguientes:

- El aseguramiento privado de la prestación (cobertura del riesgo).
- El aseguramiento público de la prestación (cobertura del riesgo).
- Provisión pública de la prestación por dependencia.
- Regulación pública de la obligatoriedad de la cobertura del riesgo de dependencia desde un esquema de plan de ahorro.
- Red de responsabilidad pública (aseguramiento) con provisión mixta público-privada (incentivando la oferta privada no lucrativa) y aseguramiento privado complementario y regulado.

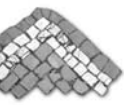
2. EL PAPEL DE LOS DIVERSOS AGENTES

En la articulación de los mecanismos de cobertura contra los efectos de la dependencia, se hace imprescindible la participación de la sociedad en su conjunto. Por ello, no dejaba de ser sorprendente que en el Acuerdo Social de 2001 únicamente se hiciese mención a la participación de las Administraciones Públicas; sin embargo, en las nuevas Recomendaciones del Pacto de Toledo, el Parlamento parte de la necesidad de que confluyan todos los agentes y actores sociales, al proponer la participación activa de toda la sociedad y con la implicación de la Administración Pública a todos sus niveles.

Administraciones públicas

Además del papel regulador que corresponde a los poderes públicos (en sus distintos ámbitos territoriales: Estado, Comunidades Autónomas y Corporaciones Locales) a través de la potestad legislativa y reglamentaria, las Administraciones Públicas participan directamente en el sector de la atención a las personas en situación de dependencia como proveedores de servicios. De hecho, las Administraciones, consideradas en su conjunto, siguen siendo el principal proveedor de servicios de atención a estas personas. En los últimos años, sin embargo, el crecimiento de la oferta directa de recursos públicos se ha ralentizado, y cada vez es más alto el porcentaje de recursos públicos que se dedican a la concertación de servicios con la iniciativa privada social y mercantil.

Las características principales de la oferta pública de servicios sociales para personas en situación de dependencia son la dispersión de competencias, los elevados costes de gestión y la buena calidad de los




servicios. Por ello, las Administraciones Públicas juegan un importante papel como reguladoras de la oferta, aunque la descentralización de competencias diluye un tanto el impacto de ese poder regulador. Así, por ejemplo, los precios de referencia para la concertación de servicios (y, consecuentemente, los estándares de calidad correspondientes) difieren significativamente de unas Comunidades Autónomas a otras.

Todo parece indicar que se intensificará la actual tendencia a la “*externalización*” de la gestión, a través de conciertos, y aparecerán nuevas fórmulas de colaboración entre el sector público y los operadores privados dirigidas a incrementar la disponibilidad y a garantizar una mayor asequibilidad de los recursos sociales para la dependencia. Las Administraciones Públicas deberán abordar responsablemente la estandarización de los servicios y la fijación de los precios que se pagan por ellos, que han de responder a los costes reales.

El Sistema de atención a la dependencia debe sustentarse en la responsabilidad pública como garante del adecuado funcionamiento de los servicios, extremando las medidas de control y seguimiento, especialmente sobre la intervención de las empresas con ánimo de lucro, ante los riesgos de indefensión de los atendidos y favoreciendo la igualdad de oportunidades. Los costes de los servicios destinados a la discapacidad severa son elevados porque requieren una atención integral que incida en todos los aspectos de la persona. Las Administraciones Públicas deben reconocer también la diversidad de situaciones y dotar de los recursos suficientes para una atención digna, comprobando la calidad de los servicios y prestaciones.

Las Administraciones Públicas también deberán velar por los derechos propios de las personas con discapacidad severa, especialmente



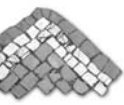
de ancianos de gran dependencia o sin familia, y por la calidad de los servicios que reciben.

Los “gestores”

Los gestores serán, sin duda, los actores claves en el proceso de crecimiento del mercado de la atención de la dependencia. En el ámbito de los servicios residenciales se percibe ya una tendencia a la aparición de “*cadena*s” con una imagen de marca común, y con una calidad de prestaciones similar en todas sus residencias. Otra tendencia clara es la especialización en la gestión, sin comprar inmuebles. La opción de las Administraciones Públicas por la externalización, no sólo de la gestión, sino también de la inversión, abrirá nuevas perspectivas para los gestores, siempre que dispongan de la capacidad de inversión necesaria, y contribuirá a la estandarización de los servicios y de los precios a pagar por ellos, de manera que respondan a los costes reales (de lo contrario la calidad se resentiría).

La gestión de servicios para personas en situación de dependencia no implica necesariamente grandes inversiones en inmuebles y equipos: algunas empresas han descubierto que lo fundamental es disponer de un equipo humano adecuadamente preparado y ser capaz de ofrecer una gama de servicios adaptada a las necesidades de los usuarios.

Los gestores habrán de realizar una importante inversión en formación y en la diversificación y especialización de los tipos de productos y servicios que ofertan. Cada vez más gestores ampliarán su ámbito de actuación, actualmente circunscrito en la mayoría de los casos a mercados locales y autonómicos para operar en el mercado nacional y en los mercados internacionales.




En el ámbito de la atención a personas con discapacidad de gran dependencia, los principales gestores de los servicios han sido y son las Administraciones Públicas y las entidades sin ánimo de lucro, principalmente promovidas por los propios familiares. En los últimos años se han ido incorporando a este mercado empresas, cooperativas de profesionales y otras entidades con ánimo de lucro, atraídas por una creciente rentabilidad de estos servicios, fruto seguramente de la mejora de las condiciones de concertación de plazas por las Administraciones Públicas, y de la tendencia a la externalización de la gestión, anteriormente mencionada.

Promotores inmobiliarios y empresas constructoras

Los promotores inmobiliarios y las empresas constructoras irán ganando en importancia como actores dentro del sector de la atención a personas en situación de dependencia (servicios residenciales) conforme se vaya desarrollando el sector. Para introducirse, lo harán de la mano de los gestores. Sus clientes serán los inversores inmobiliarios, que necesitarán promotores y constructores que les ofrezcan las máximas garantías y sean capaces de acordar con los gestores contratos de explotación del patrimonio inmobiliario en condiciones interesantes para todos los actores implicados.

La incidencia de los inversores

En la actualidad no existen, en la práctica, inversores especializados en edad avanzada y atención a personas en situación de dependencia en España. Las inversiones necesarias han venido siendo realizadas, como norma general, por los propios gestores.



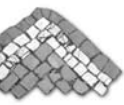
Sí existen, sin embargo, grupos inversores especializados en el extranjero, que podrían operar a corto plazo en nuestro país. Estos inversores ven en España un prometedor futuro para la inversión en recursos residenciales para la edad avanzada y personas en situación de dependencia, y están buscando gestores con los que asociarse. Los inversores emergerán como nuevos actores importantes en el sector de servicios para estas personas. Se introducirán grupos extranjeros y se crearán en España inversores especializados en el sector, que firmarán acuerdos con varios promotores y gestores, en una estrategia de diversificación.

Dentro de los inversores, destacarán los Fondos de Inversión Inmobiliaria (en España, la Ley favorece este tipo de inversión), las Sociedades de Inversión Inmobiliaria y los Fondos de Capital Riesgo.

Organizaciones empresariales y asociaciones de usuarios

Hay ciertas organizaciones empresariales y diversas asociaciones y federaciones de potenciales usuarios (personas mayores y personas con discapacidad) que están tomando parte activa en el desarrollo del sector de prestación de servicios a las personas en situación de dependencia. Su papel en este momento es intentar cubrir las carencias que el sector ofrece por su actual estado de precariedad. Desarrollan programas de formación, presentan iniciativas ante la Administración, proporcionan asistencia técnica a los gestores, gestionan sus propios Centros y Servicios, etc. Entre las asociaciones de usuarios podemos distinguir dos grandes grupos: las que nuclean a personas mayores y las organizaciones del sector de la discapacidad.

Las organizaciones de mayores cuentan con el Consejo Estatal de Mayores como órgano de representación e interlocución con la Admi-



nistración. El movimiento de mayores está bastante fragmentado, pero se perciben señales de que se está produciendo una reorganización que puede llevar a que las 6.500 asociaciones de mayores que existen legalmente registradas en toda España alumbren finalmente cinco o seis confederaciones con la suficiente capacidad de reivindicación, interlocución y negociación con las distintas Administraciones.

Las organizaciones de personas con discapacidad han conseguido, a través del Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad, una gran capacidad de interlocución que sin duda aprovecharán para intervenir de forma activa y propositiva en el debate social sobre la protección de la dependencia que ha de desarrollarse en los próximos años en España. Un ejemplo de dicha capacidad de propuesta es el presente informe.

Las asociaciones empresariales y las asociaciones de usuarios y familiares desempeñarán un papel de defensa de los respectivos intereses que representan, vigilando el funcionamiento del sector, identificando las carencias de los distintos actores del mercado y presentando propuestas activas dirigidas a lograr una adecuada cobertura de las necesidades. Las personas ancianas constituyen un grupo muy vulnerable dentro de la sociedad. Un papel relevante tendrán las asociaciones de familiares en la defensa de los derechos de las personas con discapacidad severa, ya que, en determinados casos, estas personas no están en condición de poder reivindicarlos por sí mismos.

Aparecerán nuevas organizaciones de integración que llenen las lagunas de representatividad actualmente existentes, que ya se han hecho evidentes, por ejemplo, en el subsector de la ayuda a domicilio.

Compañías de seguros, mutualidades y planes de pensiones

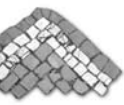


Los aseguradores, mutualidades y planes de pensiones son también actores interesados en el desarrollo de los servicios de atención a la dependencia. Necesitan responder a las demandas de sus asegurados y partícipes, crecientemente preocupados por la cobertura de sus necesidades futuras en este campo, y están comenzando a implicarse de una forma activa, diseñando productos dirigidos específicamente a asegurar esa cobertura.

Las mutualidades, en su condición de entidades aseguradoras sin afán de lucro y con gestión democrática, están llamadas a desarrollar un papel muy destacado en la prestación de servicios de atención a las personas en situación de dependencia, tanto de forma directa como asegurando el pago de los gastos que estas situaciones comportan. Los planes de pensiones (que en la actualidad cuentan con más de 4,5 millones de partícipes y una capitalización de unos 40.000 millones de euros) son otro actor clave en este campo.

3. ALTERNATIVA EN LA IMPLANTACIÓN DE MECANISMOS DE COBERTURA SOCIAL DE LA DEPENDENCIA EN ESPAÑA

Al igual que se ha universalizado el derecho a las pensiones, a la educación y a la atención de la salud, en las sociedades occidentales –y también, en la española- existe una creciente demanda de que se proceda a la *socialización del riesgo de la dependencia*, de modo que se vayan articulando mecanismos que permitan otorgar una protección específica a las personas en situación de dependencia (y, en la medida de lo posible, a los cuidadores informales), permitiendo que los cuida-




dos que exige la dependencia salgan de los ámbitos familiares, como sucede, en su mayor parte, en la actualidad. Se trata, en definitiva, de universalizar otros derechos, como el de atención de las situaciones de dependencia (de las personas mayores dependientes, de los enfermos mentales graves y de las personas con discapacidad severa).

Descartando en principio la posibilidad de que la protección de la dependencia pudiese recaer básicamente en mecanismos de seguros privados tanto por la falta de equidad que ello conlleva dada la dificultad de acceder a ellos por su elevado coste para la mayor parte de las familias, como por su escasa aceptación en los países en los que se ha intentado esta vía, existen tres concepciones básicas:

- Implantarlo en el interior de un sistema de protección universal.
- Llevarlo a cabo en un régimen autónomo especializado.
- Incorporarlo en el marco de una de las “*ramas*” de la Seguridad Social.

En España, en las últimas iniciativas planteadas (Acuerdo Social para la mejora y el desarrollo del sistema de protección social, de 9 de abril de 2001, así como en la nueva reformulación del *Pacto de Toledo*) se parte de la complejidad de abordar la problemática cuestión de la dependencia, debido al hecho de estar transferidos los servicios sociales a las Comunidades Autónomas y en algunas materias a las Corporaciones Locales, y culminarse el proceso de transferencias sanitarias, lo cual requiere que la dependencia haya ser impulsada y compartida por las tres Administraciones Públicas, aunque se reconoce que la Adminis-



tración General del Estado ha de jugar un papel de impulso en la cobertura social de la contingencia indicada contribuyendo, de esta forma, a garantizar la igualdad, en todo el Estado, de acceso a prestaciones y programas por parte de las personas en situación de dependencia.

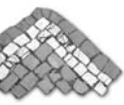
Dada la configuración del sistema de protección social en España, la implantación de los mecanismos de protección contra el riesgo de la dependencia puede adoptar básicamente dos formas:

- Su articulación en el marco de las políticas generales de asistencia sanitaria y de servicios sociales.
- Llevar a cabo dicha implantación en el ámbito del sistema de la Seguridad Social.

a) Marco de implantación

A la hora de analizar cualquiera de las dos alternativas, debe dilucidarse cuál es la finalidad en la cobertura de la protección: si lo que se pretende es la de proporcionar una serie de prestaciones –básicamente, en especie– que mitiguen las consecuencias de la dependencia o si, al mismo tiempo, se pretende estimular la mayor autonomía posible de la persona en la “*gestión de la dependencia*”.

Asimismo, la opción por una u otra alternativa también está influida por el grupo objeto de protección. Por lo general, una opción generalista (a través de las políticas sociales estatales) llevaría a priorizar la atención en favor de las personas en situación de dependencia con menores recursos (ellos mismos y/o los núcleos familiares en los que se in-




serten); por el contrario, la implantación de un mecanismo protector, a través de un “*seguro contributivo*”, lleva consigo una mayor amplitud en el ámbito subjetivo de protección, ya que todos los asegurados serán beneficiarios de las correspondientes prestaciones.

También, a la hora de tener que decidir por una de las alternativas, habrían de considerarse las limitaciones de los sistemas públicos de seguros de salud (o los mecanismos específicos de cada país) para quienes necesitan de cuidados de larga duración si éstos no se inscriben en un contexto más amplio.

Con base en todas estas consideraciones, **la alternativa más adecuada parece la de articular el modelo de protección pública de la dependencia a través de un “sistema integral”, incardinado en el ámbito de protección de la Seguridad Social** y que considere de manera global todas las posibilidades apuntadas, con las siguientes características básicas:

- La **cobertura debe ser universal**, es decir, debe alcanzar a todas las personas que se encuentren en situación de dependencia sea cual sea su capacidad económica.
- Debe reconocerse **el derecho a la protección por dependencia como un derecho subjetivo perfecto** de la persona en cuestión, al que la sociedad debe hacer frente poniendo los medios necesarios para garantizar su satisfacción, al igual que ocurre con otras prestaciones de la Seguridad Social, a través de un catálogo de prestaciones y/o servicios similares en todos los territorios del Estado.

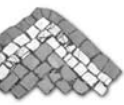
- 
- Las **prestaciones y/o servicios reconocidos deben adecuarse a las características específicas de sus destinatarios**, con especial atención a grupos también específicos de personas dependientes, como pueden ser los de personas con deficiencias funcionales graves, parálisis cerebral severa y plurideficiencias, personas con daño cerebral, enfermos mentales, etc., y abarcar igualmente los diversos estadios en que la dependencia puede presentarse, desde su prevención o atención temprana a la atención a los mayores.

Desde esta perspectiva, una primera aproximación a esta fórmula de protección integral de la dependencia, que se adecuase a los principios antes enunciados, descansaría en los siguientes aspectos:

b) Acción protectora

Se entiende que ha de establecerse un conjunto de prestaciones económicas y de servicios, en favor de las personas en situación de dependencia (y, en su caso, de los cuidadores de las primeras). Las prestaciones económicas posibilitarían la *compra de servicios* (públicos o privados) cuando éstos no fueran directamente facilitados por las Administraciones Públicas.

Aunque es cierto que las prestaciones económicas presentan determinados inconvenientes, sin embargo posibilitan una mayor autonomía de la persona, en orden a *gestionar su propia dependencia*, en un marco de autonomía e independencia personal, facilitan la atención en el seno de la familia a través de cuidadores informales que sigue siendo la opción preferida (y preferible) por la mayoría de los interesados y hace también posi-




ble la atención en una situación (como es la actual) de escasez de servicios públicos, ya sea ésta transitoria o, como puede ocurrir por razones geográficas, permanente en determinadas zonas, al permitir acudir a la iniciativa privada, siempre y cuando ésta cumpla los estándares exigibles de calidad homologados por los órganos correspondientes.

No obstante, en los supuestos en que por sus especiales características de complejidad o gravedad así sea aconsejable y lo determinen los equipos de valoración establecidos, debe acudir a la prestación directa del servicio a través de medios públicos o privados concertados. E, igualmente, deben garantizarse, en todo caso, otros servicios como pueden ser los de apoyo y formación de cuidadores informales, los educativos, los de prevención, rehabilitación, etc.

El modelo, por tanto, sería un sistema mixto, en el que junto a una prestación económica como núcleo central que permitiera la mayor capacidad posible de elección del beneficiario o sus familiares, se incluiría la prestación directa de determinados servicios por razón de su propia naturaleza o por razón de los especiales requerimientos de la persona en cuestión.

Respecto a la intensidad (cuantía) de la prestación, cuando no se acudiera a la atención directa del servicio, la misma tendría que estar en función de los gastos que viene a financiar, pudiendo seguirse, en tal sentido, el esquema basado en horas de dependencia –modelo alemán-. Y quedando claro, en todo caso, que las prestaciones tendrían un importe único (y no variable, como sucede, en la actualidad, con el complemento de pensión por gran invalidez) y que, como ya anteriormente se dijo, se configurarían como un derecho subjetivo perfecto.

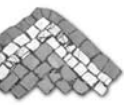
c) Financiación



La alternativa propuesta en la configuración de los mecanismos de protección contra los riesgos de la dependencia predetermina, a su vez, los mecanismos de financiación de los mismos. Si esa cobertura se lleva a cabo a través de la Seguridad Social, la financiación de las prestaciones se debería efectuar siguiendo el esquema de financiación de la misma, tal y como está establecido en su norma reguladora, es decir, distinguiendo entre prestaciones de carácter contributivo (financiadas a través de cotizaciones sociales) y prestaciones de carácter no contributivo (financiadas por impuestos).

De este modo, las prestaciones de las que fueran beneficiarias aquellas personas que han realizado el esfuerzo contributivo necesario a través de sus cotizaciones (sean éstas específicas, por implantarse una nueva cotización para cubrir este nuevo riesgo protegido, o sean genéricas por no haberse adoptado esta alternativa) serían financiadas con cargo a las mismas, mientras que aquéllas de las que fueran beneficiarias personas que no hubieran cotizado, serían financiadas con cargo a los impuestos generales. E, igualmente, los servicios prestados de forma directa por los poderes públicos podrían seguir este mismo esquema de financiación en las proporciones adecuadas.

En este sentido, hay que considerar el camino seguido en los sistemas de los países centroeuropeos, en los que la articulación del nuevo “*seguro de cuidados de larga duración*” ha originado la aparición de nuevas cotizaciones que financien en exclusiva los nuevos mecanismos o combinándola con otras fuentes financieras.



En todo caso, sí parece conveniente que en la financiación de la cobertura de los riesgos de la dependencia participe la imposición general, ya que se trata de un riesgo generalizado y que precisa de componentes solidarios.

De acuerdo con tales premisas, el esquema de la financiación de los mecanismos de cobertura contra la dependencia debería tener en cuenta los siguientes aspectos:

- La cuantía de la financiación ha de ir necesariamente asociada a una evaluación del conjunto de las necesidades de las personas en situación de dependencia y no de una necesidad específica.
- La financiación debe permitir cubrir los gastos relativos a un conjunto de servicios de asistencia en sentido amplio, que permitan asegurar una calidad de vida digna, plena de derechos y lo más independiente posible durante la permanencia de la situación de dependencia.
- Los requisitos que deban cumplir los interesados para recibir las ayudas públicas deben estar orientados a ampliar y potenciar lo máximo posible, y nunca a reducir, las opciones de la persona en situación de dependencia sobre su modo y estilo de vida.

La suma total de esos gastos, debidamente combinados, pueden contribuir a la creación de las infraestructuras necesarias para la creación de redes de apoyos, cuidados asistenciales, formación de profesionales, como han puesto de relieve las experiencias internacionales.

d) Alternativas de la gestión



Por último, la configuración de los mecanismos de protección contra los riesgos de la dependencia condiciona también la propia gestión de las mismas.

Si la cobertura de la dependencia se ubica en el sistema de Seguridad Social, poniendo el acento en las prestaciones dinerarias, que sirvan para una mayor autonomía de la persona en situación de dependencia, el “seguro” sería gestionado por las Entidades gestoras de la Seguridad Social. Si bien, si se efectúa una opción por un modelo de *seguro*, que otorgue básicamente prestaciones económicas (con los cuales *comprar* servicios), el mismo –como se ha indicado– habría de ser complementado por un desarrollo de los servicios (ayuda a domicilio, teleasistencia, centros de día, servicios residenciales, ayudas técnicas y tecnologías de apoyo, asistentes personales, rehabilitación domiciliaria, etc.), los cuales tendrían que ser suministrados con el concurso del sector privado, dadas las carencias actuales del sector público que, por el momento y probablemente por un largo espacio de tiempo, no parece estar en disposición de asumir de forma directa, dadas las inversiones que sería necesario afrontar. Y ello, sin perjuicio de que, en todo caso, las Administraciones Públicas sigan manteniendo y ejerciendo las facultades de planificación, tutela y dirección.

Sería preciso también disponer de un baremo, de nuevo cuño, que determinase los grados y el alcance de las situaciones de dependencia. Dicho baremo, debería ser único para todo el Estado y vinculante para todas las Administraciones y operadores. En el proceso de elaboración y aprobación, deberían participar asimismo todas las Administraciones

V. LA COBERTURA DE LA DEPENDENCIA: UNA ALTERNATIVA DE MODELO DE ATENCIÓN



Públicas y los sectores sociales representativos concernidos por la materia, con el fin de que constituyera una norma producto del acuerdo y el consenso, dentro del marco del Pacto de Toledo.

A su vez, y siguiendo este mismo esquema, la gestión de los órganos de calificación, la acreditación de los servicios externos, la vigilancia del buen fin de las prestaciones reconocidas y la gestión de los servicios directamente prestados por los poderes públicos, deberían residenciarse en los órganos correspondientes de las Comunidades Autónomas y las Corporaciones Locales, de acuerdo con la distribución competencial diseñada en el texto constitucional y tal y como parece aconsejable en función de la necesaria proximidad a los ciudadanos más directamente interesados que tales competencias exigen.

Todo ello basado en un aconsejable “Pacto de Estado”, entre las tres Administraciones implicadas que liberara de tensiones la inaplazable implantación y posterior desarrollo de un sistema integrado de protección contra la dependencia.

VI. CONCLUSIÓN



1. CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LA COBERTURA DE LA DEPENDENCIA

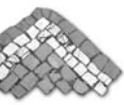
El aumento del número de personas con discapacidad (como consecuencia de los incrementos de los accidentes laborales o de tráfico, entre otros), el envejecimiento de la población, incluida el de las personas con discapacidad, el alargamiento de la esperanza de vida, el aumento del número de las personas mayores que viven solas y el debilitamiento, o la fragilidad de la solidaridad familiar tradicional, son factores que, entre otros, acarrea problemas crecientes para las personas, que habitualmente requieren el cuidado de otras para la realización de las necesidades más cotidianas y que han traído a primer plano de la actualidad cuestiones que, sin embargo, incidían ya en un número muy considerable de ciudadanos que por razones principalmente de discapacidad se encontraban en situación de dependencia y que, tradicionalmente, han sufrido el olvido de los poderes públicos, al menos en cuanto a la aplicación de políticas integrales de protección que garantizaran su derecho constitucional a una vida plena, autónoma e independiente.

Es importante señalar e insistir en las diferentes necesidades y apoyos que requieren las personas con dependencia por razón de discapacidad respecto las de causa de edad (mayores), así como las importantes diferencias entre estos grupos. Una clasificación de los apoyos, servicios y prestaciones necesarias basada en la simplificación que comportan los grados de dependencia (enfoque asistencialista que se centra en paliar los efectos por encima de un modelo habilitador que potencie capacidades) no es un buen planteamiento. La posición del sector de la discapacidad es la de postular el paradigma de una protección de la dependencia y promoción de la autonomía, la vida independiente y la calidad de vida de las personas en esta situación.

Las mayores necesidades de las personas en situación de discapacidad vienen a coincidir en el tiempo con la crisis del modelo de cuidados informales a través de la familia, que tiene su origen tanto en los cambios en las estructuras familiares, de cuño tradicional, como en la progresiva, y deseable, incorporación de la mujer al trabajo, lo cual acarrea mayores demandas de cuidados formales o institucionales. Por una parte, existe el objetivo de incrementar la tasa de actividad sobre todo de las mujeres –necesaria para el mantenimiento de los activos, que favorezcan la sostenibilidad de los sistemas de pensiones– dentro de las recomendaciones aprobadas por los Consejos Europeos; pero, de otra, esa mayor participación laboral de la población va a incidir, de forma importante, en la continuidad, en los niveles actuales, de los cuidadores informales.

Las personas en situación de dependencia (lo sean en razón de la edad o por presentar discapacidad) necesitan de actuaciones especiales que su propia familia, en muchos casos, no les puede facilitar, y las prestaciones económicas que puedan percibir tampoco son de una cuantía tal que con ellas puedan hacer frente a los costes que genera esa situación. Tampoco parece socialmente asumible que la situación de estas personas se convierta en una auténtica ruina económica para sí mismos y para sus familiares, si es que los tienen, o degeneren en un motivo más de abandono familiar y rechazo social. No hacer nada es, desde luego, condenar a muchas personas en situación de dependencia, ya sea por su discapacidad o por su edad, a llevar y terminar sus vidas de forma penosa y financieramente ruinosa.


Frente a esta situación, en todos los países europeos se intenta poner remedio a través de los mecanismos de lucha contra la dependencia, a las preocupaciones generadas por el aumento de los costes de atención a



las personas en situación de dependencia y la ausencia o la falta de eficacia de los seguros privados mercantiles para la atención comunitaria y residencial de aquéllas. Por ello, se están implantando o reformando los sistemas de atención, dentro de los cuales se observan varias tendencias. No obstante, a pesar de los intentos y proyectos llevados a cabo, la protección de la dependencia en Europa no muestra una convergencia clara hacia un modelo genérico de financiación y prestaciones en favor del grupo señalado. E incluso puede decirse que en algunos casos se está produciendo un deterioro de la atención, debido al retroceso en los cuidados, más acusado en los países del Sur, en los que la cobertura es baja y la mayoría de la responsabilidad recae en la familia; pero también en los países nórdicos se observa una cierta erosión, especialmente a causa de los costes, como sucede en países como Noruega o Finlandia.

No obstante esta falta de diseño de modelo común, existen unos ciertos rasgos comunes, entre los que se encuentran:

- Los poderes públicos, el Estado preferentemente, desempeñan un papel central en la financiación de los cuidados de larga duración, en buena parte, en el marco de una fórmula de reparto de costes, que anime a las personas a preferir la atención domiciliaria al ingreso en residencias.
- El seguro privado desempeña un papel secundario y complementario, debido especialmente a la imposibilidad de la mayoría de la población de costearlo.
- Se reconoce más la necesidad de apoyar a los familiares cuidadores, mediante el incremento del gasto en atención comunitaria.

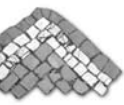
- 
- Se acepta la necesidad e importancia de controlar el acceso a los servicios caros de larga duración, especialmente en lo que hace referencia a la calidad de tales servicios.

2. LA DEPENDENCIA Y LA DISCAPACIDAD

Siguiendo la lógica de un modelo habilitador, potenciador de la autonomía y la calidad de vida, también aquí hemos de exponer algo más que las diferencias entre los conceptos de dependencia y discapacidad. Siendo coherentes con la recomendación del Consejo de Europa (98) sobre la protección de la dependencia y con nuestros propios principios, de reivindicar que la protección a la dependencia en España, además de las ayudas y asistencia para las actividades de la vida cotidiana incluya:

- Acciones de prevención general (actuar sobre las causas generadoras de dependencia) y específica (paliar y reducir los efectos y la evolución).
- Habilitación y rehabilitación.
- Servicios de apoyo diferenciados a los familiares cuidadores (información, asesoramiento, orientación, formación, respiro, etc.)
- Ayudas técnicas y tecnologías asistivas.
- Servicios de rehabilitación domiciliaria.
- Etc.

Como se viene defendiendo en este informe, aunque la cuestión de la dependencia se ha agudizado con el fenómeno del envejecimiento, y con la presencia de lo que se ha denominado el *envejecimiento del envejecimiento*, el análisis de este estado de cosas no puede limitarse, ni




mucho menos, a identificar la atención de las personas en situación de dependencia con las personas de más edad, por más que este grupo sea el de mayor número. En efecto, si se considera la dependencia como la *necesidad de ayuda o de asistencia importante para las actividades diarias de la vida cotidiana*⁵³, esta ayuda o asistencia la precisan también determinadas personas con discapacidad, aunque no sean de edad avanzada. Además, las consecuencias de la *vida moderna*, con sus secuelas en el incremento de los accidentes laborales, de los accidentes de tráfico, las toxicomanías, etc., ha incrementando la presencia de personas en situación de dependencia de edad joven.

De acuerdo con los datos que aporta la Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud, y circunscribiendo el concepto de dependencia a la situación de discapacidad severa o total para alguna de las actividades de la vida diaria, puede estimarse en alrededor de 1.450.000 el número de personas dependientes que viven en domicilios particulares.

Aunque la mayor parte de ellas (unas 970.000) tienen 65 o más años, el número de personas dependientes menores de 65 años es suficientemente importante (más de 482.000), como para permitir afirmar que las situaciones no son privativas de la denominada “tercera edad”. Más de 1,5 millones de personas con alguna discapacidad reciben ayuda de otra persona para la realización de las actividades de la vida diaria: ayudas en el cuidado personal, ayudas para realizar las tareas del hogar, ayudas para la deambulación y desplazamientos, ayudas de supervisión, etc. De las personas con discapacidad que reciben ayudas

⁵³ En el sentido indicado por la Recomendación nº 98 (9), relativa a la dependencia, adoptada por el Comité de Ministros del Consejo de Europa.

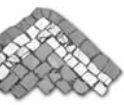


personales algo más de un millón son mayores de 64 años y cerca de medio millón tienen entre 6 y 64 años.

La Encuesta citada ha recogido información sobre la severidad de las discapacidades para la vida diaria. La severidad hace referencia al grado de dificultad para realizar una determinada actividad. Se han considerado tres grados:

- a) Discapacidad total para una determinada actividad de la vida diaria, cuando la persona no puede realizarla
- b) Discapacidad severa, cuando tiene una gran dificultad para realizarla, y
- c) Discapacidad moderada, cuando la realiza con poca dificultad.

Por ello, en una alternativa de dar cobertura a la dependencia no puede soslayarse los problemas específicos de las personas con discapacidad. No se trata de efectuar una separación entre la población de edad, de una parte, y la población con discapacidad (de menor edad), por otra. Al contrario, la dependencia afecta por igual y, en consecuencia, la respuesta protectora ha de ser comparable. Pero, al tiempo, también hay que diferenciar entre discapacidad y dependencia, ya que no toda persona con discapacidad es una persona en situación de dependencia. Sin embargo y como se ha indicado, en nuestra legislación la cuestión de la dependencia se ha articulado preferentemente (cuando no, en algunos ámbitos –por ejemplo, las prestaciones económicas de forma exclusiva) a través de la incapacidad (o de la invalidez), en cualquiera de sus modalidades.




Únicamente, las personas –menores de 65 años- que acreditaban un grado de incapacidad absoluta (modalidad contributiva) o se les acreditaba un grado de minusvalía igual o superior al 75 por ciento (prestaciones no contributivas, así como asignaciones económicas por hijo a cargo) podían acceder a unas prestaciones específicas, cuando, además de la incapacidad o de la discapacidad, acreditaban la necesidad del concurso y de la ayuda de otra persona para la realización de los actos ordinarios y esenciales de la vida diaria. Ante tal situación, resulta conveniente separar la dependencia (asimilada en nuestro ordenamiento de la Seguridad Social con la gran invalidez, o con diferentes complementos de pensión) de la propia de la discapacidad.

3. LOS MECANISMOS ACTUALES DE COBERTURA

Aunque en el sistema de protección social español, los mecanismos de cobertura contra las consecuencias de la dependencia son escasos y no integrados, esa deficiente atención no implica que previamente no se hayan tomado medidas en el ámbito de la protección social con destino a las personas en tal estado.

No obstante, aunque el balance de lo realizado no es despreciable (máxime teniendo en cuenta la realidad de la que se partía), sin embargo, la acelerada evolución del problema de la dependencia, ligada a los cambios sociales producidos, obligan a una revisión y actualización de nuestro ordenamiento jurídico y social, dirigido al grupo de población que se encuentra en riesgo de dependencia. Por ello, es necesaria la consideración global de la dependencia, a partir del establecimiento de un conjunto coherente de medidas, que parta desde la especificidad de la situación a dar cobertura –la dependencia- y establezca todo un con-



junto de derechos y obligaciones de la persona en esa situación y de sus cuidadores, en línea como ya se viene efectuando en algunos países de nuestro entorno.

Actualmente, existen importantes deficiencias, tanto en lo que se refiere a la carencia o la insuficiente cobertura de servicios (muchos de ellos, además, de naturaleza privada), como en la cobertura económica del coste de la asistencia de la población en situación de dependencia. Hay que tener en cuenta, cuando se analiza la cobertura de la dependencia, que la misma lleva de forma implícita la asistencia de una tercera persona o de una institución que la supla. Esta asistencia, sin duda, tiene un coste económico, que es independiente de los gastos sanitarios de la deficiencia que produce la situación de desvalimiento. La dependencia genera un mayor gasto o un menor ingreso en la economía familiar. Y este desajuste económico se produce como consecuencia de la asistencia o atención constante que precisa la persona en situación de dependencia.

Como antes se dijo, la población española en situación de dependencia (lo sea en razón de la propia discapacidad o por motivos de mayor edad) ha experimentado un crecimiento muy considerable en las últimas décadas, agudizado como consecuencia del envejecimiento de la población. Últimos estudios coinciden en el cálculo de que en España en el año 2001 aproximadamente podrían ser consideradas como “*personas en situación de dependencia*”, en torno a 1.500.000 personas de los que:

- 850.000 serían personas que no pueden realizar las actividades básicas de la vida diaria (dependencia total o severa), y



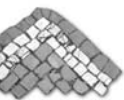
- casi 700.000 sólo pueden realizar algunas de las llamadas actividades básicas (dependencia moderada) y deberían entrar también en una primera fase de implantación de la protección.

Toda esta situación no encuentra respuesta adecuada en el actual sistema de protección social, ya que:

- En cuanto a las prestaciones económicas, la dependencia sólo ha encontrado eco en la regulación de determinadas pensiones: en la pensión contributiva por incapacidad permanente (en el grado de gran invalidez); en el complemento de 3ª persona de la pensión no contributiva de invalidez; en las asignaciones por hijo a cargo, mayor de 18 años y un 75 por ciento de discapacidad; o en las pensiones en favor de determinados familiares de los pensionistas de jubilación e incapacidad (en la modalidad contributiva de la protección), a través de las que, de forma indirecta, se puede estar apoyando a los cuidadores.
- Por lo que se refiere a las pensiones de jubilación (que constituyen la renta básica de las personas en situación de dependencia de mayor edad) en su configuración actual, responden únicamente a una finalidad sustitutiva de rentas de trabajo (modalidad contributiva) o la compensación de la ausencia de rentas, con el objetivo de garantizar un mínimo de sustento (modalidad no contributiva).
- La extensión y desarrollo de los servicios sociales, que carecen del rango de derecho subjetivo perfecto, para atender la necesidad de cuidados de larga duración es sensiblemente inferior en España que en la media de los países desarrollados.



- En cuanto a los *servicios*, en plazas residenciales, se dispone en España de alrededor de 3 plazas por cada 100 personas mayores de 65 años, cuando la media de los países encuadrados en el ámbito de la OCDE es de 5,1 y en la Unión Europea es claramente superior.
- El servicio de ayuda a domicilio (SAD), da cobertura a un 1,7 por ciento de la población mayor de 65 años, muy por debajo de los ratios de los países Europeos con mayor desarrollo de los servicios comunitarios. El resto de los recursos (centros de día, teleasistencia, estancias temporales en residencias, etc.) apenas alcanza significación estadística.
- La pobreza de recursos es todavía mayor cuando se trata de personas en situación de dependencia menores de 65 años, pues la red de ayuda a domicilio y de centros de atención a personas con discapacidad gravemente afectadas está mucho menos desarrollada que la red de apoyos para mayores.
- Los recursos residenciales no se utilizan de manera apropiada: las plazas están ocupadas, a partes iguales, por “válidos” y asistidos, cuando son el medio adecuado para la atención de estos últimos.
- La intensidad y calidad de la atención en servicios como el de Ayuda a Domicilio es francamente insuficiente, como muestran indicadores como la media de horas de atención prestadas a cada usuario (17,2 horas al mes, unas cuatro horas por semana) o el coste por hora de atención (unos 8,40 euros), que es indicati-



vo de una ayuda a domicilio centrada casi exclusivamente en la ayuda en las tareas de cuidado y limpieza del hogar.

En síntesis, la situación actual se caracteriza por:

- La cobertura e intensidad de los recursos varía sustancialmente de unas Comunidades Autónomas a otras. La desigualdad territorial es patente.
- En la oferta de los servicios sociales se aplica, además, el principio de subsidiariedad, lo que quiere decir que los recursos suelen ofrecerse, aparte de en función de los presupuestos disponibles, mediante prueba de necesidad, es decir, siempre y cuando se demuestre la escasez de rentas y la falta de apoyo familiar.

Muchas personas (y en especial las pertenecientes a las clases medias) se encuentran, cuando acuden en demanda de un servicio social para colaborar en el cuidado de un familiar en situación de dependencia, ante una situación paradójica. Se les deniega el servicio público por sobrepasar el nivel de renta establecido en los baremos (son consideradas *“ricas”*), y, cuando acuden en busca de un servicio privado, no pueden pagarlo (son y se sienten *“pobres”*).

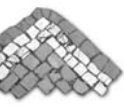
- No se han articulado medidas suficientes de apoyo a las familias que, si bien pueden y quieren atender a sus familiares en situación de dependencia y lo están haciendo, en numerosos casos, demandan ayudas de bajo coste, pero imprescindibles, tales como programas de información, formación y asesoramiento para



saber tratar a una persona en situación de dependencia; programas de respiro temporal; estancias diurnas, nocturnas y temporales, ayudas técnicas y tecnologías de apoyo, etc., servicios que hoy por hoy siguen teniendo una cobertura casi testimonial.

- A su vez, todos los servicios de atención de la dependencia (ayuda a domicilio, teleasistencia, centros de día, servicios residenciales, etc.) tienen un enorme potencial de crecimiento, debido a la baja cobertura actual, la creciente demanda y presión social, y la necesidad de lograr una convergencia real con las tasas de atención existentes en los países de nuestro entorno.
- Las tasas de uso de recursos están determinadas en buena medida por la oferta, especialmente pobre en España. La información de los países de la Unión Europea sirve para elaborar hipótesis razonables de uso de servicios en las circunstancias previsibles de que la población disponga de un abanico de recursos accesible. Diferentes países de la Unión Europea han puesto en marcha leyes y políticas protectoras, y el debate científico, técnico y político es hoy una realidad, con mayor o menor intensidad, en todos los países de la Unión Europea.

Sin embargo, en España el debate sobre estos temas no ha llegado todavía al gran público. Comenzó en sectores muy especializados, a raíz de la elaboración y aprobación del Plan Gerontológico, y recientemente se han sumado a él organizaciones sociales, grupos e instituciones públicas y privadas, aseguradoras y algunas empresas interesadas ante las perspectivas de negocio que se abren en torno a este asunto.




En definitiva, la dependencia es una realidad creciente, por su extensión cuantitativa y por sus implicaciones sociales y económicas. Las políticas públicas han de afrontar el fenómeno en su globalidad, sin fragmentaciones derivadas de límites de edad o ligadas a las causas de la situación, orientándose hacia modelos universalistas de protección de los derechos sociales de las personas en situación de dependencia y de sus familias, que estimulen la mayor autonomía posible de la persona y aseguren sus derechos y su dignidad.

Lamentablemente, en este apartado, hay que reconocer que la información disponible está muy sesgada hacia las personas mayores, pues carecemos de información más prolija sobre población con discapacidad. No disponemos de un buen nivel de conocimiento sobre el impacto de los sistemas de protección de la dependencia en las personas con discapacidad, por lo que los estudios e informes se suelen inclinar a utilizar datos sobre mayores, generando una asimilación que no es deseable, pues las realidades de partida son muy diferentes.

4. LA “INVERSIÓN” EN LA LUCHA CONTRA LA DEPENDENCIA

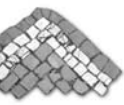
La expansión de los servicios de atención de la dependencia va a movilizar un importante flujo de recursos financieros en los próximos años, y será uno de los más importantes factores de creación de empleo en nuestro país. Según el enfoque de atención de la dependencia, variará la calidad del empleo creado. Si predomina el enfoque de ayuda doméstica, el empleo por crear será fundamentalmente precario; por el contrario, si predomina la atención más integral, existirá un componente mayor de trabajadores cualificados (personal sanitario, trabajadores sociales, etc.).



Todos los expertos coinciden en que la extensión de los servicios de cuidados a las personas en situación de dependencia van a tener una expansión enorme, incluso a corto plazo. No se comprende que en nuestro país, fundamentalmente en los programas de formación profesional y ocupacional, no existan apenas planes de formación al respecto. Si se canalizase parte de los grandes recursos de que se dispone para la formación y la contratación hacia la puesta en marcha de un programa de formación y empleo de cuidadores y asistentes, sus efectos sobre el empleo podrían ser inmediatos. Los retornos económicos que genera la inversión en servicios sociales (ahorro en prestaciones de desempleo, incremento de la recaudación por cotizaciones sociales y de los ingresos fiscales, vía IVA, IRPF e Impuesto de Sociedades) confirman la eficiencia del gasto social como mecanismo de generación de actividad económica y de empleo.

Habría que aprovechar el potencial de empleo que acarreará la futura regulación de la atención de la dependencia en España para aumentar la empleabilidad de grupos especialmente excluidos del mercado laboral como son las propias personas con discapacidad en edad laboral.

La mejora de la atención a las personas en situación de dependencia provocaría un ahorro potencial de varios cientos de millones de euros en el sistema sanitario. Resulta injustificable que se siga atendiendo en centros hospitalarios a personas en situación de dependencia cronicadas o en procesos de larga estancia, lo que no sólo es inadecuado en términos de política social, sino que lleva consigo, además, unos costes seis veces superiores a lo que supondría la atención en los centros residenciales (300 euros/día cama hospitalaria frente a 50 euros/día cama residencia asistida).



La optimización de los recursos sociales y sociosanitarios, la distribución territorial equilibrada de los mismos, las garantías de calidad básica para todos los ciudadanos y la propia seguridad para los gestores y responsables de la iniciativa privada, incluyendo bajo este concepto a Fundaciones, Empresas de Economía Social, ONGs, Empresas Mercantiles, etc., exigen un marco básico y estable de coordinación y colaboración entre las Administraciones Públicas y la iniciativa privada.

La programación de las prioridades, su financiación, la determinación de las inversiones que habría que realizar y la extensión de los programas y servicios objeto de prestación, tiene que ser pactada de manera articulada para dar seguridad a los prestadores de servicios y fomentar su participación en la articulación y gestión de prestaciones y servicios de protección a las personas en situación de dependencia.

Hay que intensificar el enfoque del gasto de atención a la dependencia como inversión. Conocer y difundir los efectos positivos sobre la sociedad y la economía de unas medidas que van a comportar mayor gasto social es, sin duda, una excelente “inversión”. Las Administraciones deberían realizar estudios exhaustivos sobre la creación de valor –económico y social- y la tasa de retorno –creación de puestos de trabajo: incremento de cotizaciones / reducción de subsidios, etc.- que supondría esta actuación, para tenerlos en cuenta a la hora de determinar el gasto de crear un sistema nacional de atención a la dependencia.

5. UNA ALTERNATIVA EN LA CONFIGURACIÓN DE UN MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL A LAS PERSONAS EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA



Con base en las consideraciones que se efectúan en el apartado V de este informe, la alternativa más apropiada parece ser la de articular el modelo de protección pública de la dependencia a través de un “*sistema integral*”, incardinado en el ámbito de protección de la Seguridad Social y que establezca una **cobertura universal** (es decir, que alcance a todas las personas que se encuentren en situación de dependencia sea cual sea su capacidad económica); **debe reconocerse el derecho a la protección por dependencia como un derecho subjetivo perfecto de la persona interesada**, al que la sociedad debe hacer frente poniendo los medios necesarios para garantizar su satisfacción (al igual que ocurre con otras prestaciones de la Seguridad Social) a través de un catálogo de prestaciones y/o servicios similares en todos los territorios del Estado y, por último, las **prestaciones y/o servicios reconocidos deben adecuarse a las características específicas de sus destinatarios**, con especial atención a grupos también específicos de personas en situación de dependencia (como pueden ser las personas con discapacidad intelectual, personas con parálisis cerebral, personas con daño cerebral, y plurideficiencias, personas con enfermedad mental, etc.).

Desde esta perspectiva, una primera aproximación a esta fórmula de protección integral de la dependencia debería efectuarse a través de la consideración de los siguientes aspectos:

Acción protectora

Se entiende que ha de establecerse un conjunto de prestaciones económicas y de servicios, en favor de las personas en situación de dependencia (y, en su caso, de los cuidadores de las primeras). **Las prestaciones económicas** posibilitarían la *compra* de servicios (públicos o privados), **cuando éstos no fueran directamente facilitados por las Administraciones públicas.**

Aunque es cierto que las prestaciones económicas presentan determinados inconvenientes, sin embargo posibilitan una mayor autonomía de la persona en situación de dependencia, en orden a **gestionar su propia dependencia**, en un marco de autonomía e independencia personal, **facilitan la atención en el seno de la familia** a través de cuidadores informales que sigue siendo la opción preferida (y preferible) por la mayoría de los interesados y hace también posible la atención en una situación (como es la actual) de escasez de servicios públicos, ya sea ésta transitoria o, como puede ocurrir por razones geográficas, permanente en determinadas zonas, al permitir acudir a la iniciativa privada, siempre y cuando ésta cumpla unos estándares exigibles de calidad homologados por los órganos correspondientes .

No obstante, en los **supuestos en que por sus especiales características de complejidad o gravedad así sea aconsejable y lo determinen los equipos de valoración establecidos, debe acudir a la prestación directa del servicio (personas con discapacidad intelectual, personas con parálisis cerebral, personas con daño cerebral, personas con enfermedades mentales, etc.),** a través de medios públicos o privados concertados. E, igualmente debe garantizarse en todo caso, la facilita-

ción de otros servicios como pueden ser los de apoyo y formación de cuidadores informales, los educativos, los de prevención, rehabilitación, etc.

El modelo, por tanto, sería un **sistema mixto**, en el que junto a una **prestación económica** como núcleo central que permitiera una cierta capacidad de elección del beneficiario o sus familiares, se incluiría la **prestación directa de determinados servicios** por razón de su propia naturaleza o por razón de los especiales requerimientos de la persona afectada.

Respecto a la **intensidad (cuantía) de la prestación**, cuando no se acudiera a la atención directa del servicio, la misma tendría que estar **en función de los gastos que viene a financiar**, pudiendo seguirse, en tal sentido, el esquema basado en horas de dependencia –modelo alemán-. Y quedando claro, en todo caso, que **las prestaciones tendrían un importe único** (y no variable, como sucede, en la actualidad, con el complemento de pensión por gran invalidez) y que, como ya anteriormente se dijo, se configurarían como un derecho subjetivo perfecto.

Singularidades del modelo en función de las realidad y características de determinados grupos de personas destinatarias de la atención

Para determinados grupos de personas con discapacidad en situación de dependencia con una mayor complejidad y necesidad, será preferible un sistema de “prestación directa del servicio”, y de garantía de derecho a los servicios necesarios, basado en la creación y desarrollo de una **Red de responsabilidad pública con provisión mixta público-privada.**

Esta Red tendría que comprender aspectos como⁵⁴:

- **Aseguramiento público de los servicios y prestaciones básicas necesarios para atender a las personas en situación de dependencia, concretando:**
 - Reconocimiento de derecho subjetivo exigible, tanto de la hipotética prestación de dependencia como de los sistemas de servicios sociales y socio-sanitarios (**GARANTÍA DE DERECHO**).
 - Los tipos y principales características de los servicios y prestaciones necesarios para atender a las personas en situación de dependencia, prevenir su deterioro y apoyar a los familiares que ejercen funciones de cuidado (**CARTERA DE SERVICIOS**).
 - Las condiciones funcionales, profesionales, materiales y de equipamiento, así como los procesos y protocolos de atención (**CALIDAD**).
 - Las figuras profesionales que han de intervenir y su nivel de cualificación (**PROFESIONALIDAD**).
 - La previsión y cobertura planificada de las necesidades, con una adecuada sectorización funcional (tipos de servicios, tipos de segmentos, perfiles y grados de necesidad) y territorial (distribución de zonas partiendo del respeto a la competencia au-

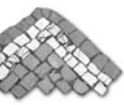
tonómica en esta materia), así como la concreción periodificada de recursos asignables (**PLAN DE COBERTURA DE SERVICIOS Y PRESTACIONES BÁSICAS**).

- Las condiciones de acreditación para formar parte de la Red (**ACREDITACIÓN**)
- Financiación pública para el mantenimiento de los servicios y prestaciones básicas y plan plurianual de inversiones para garantizar una oferta suficiente y de calidad en todo el territorio y para los distintos grupos y grados de necesidad.
- Provisión mixta, con participación en una red de servicios sectorizada que cubra todo el territorio y sea accesible para toda la diversidad de grupos con necesidades derivadas de una dependencia funcional.

Financiación

La alternativa propuesta en la configuración de los mecanismos de protección contra los riesgos de la dependencia predetermina, a su vez, los mecanismos de financiación de los mismos. Si esa cobertura se lleva a cabo **a través de la Seguridad Social**, la financiación de las prestaciones se debería efectuar siguiendo el esquema de financiación de la misma, tal y como está establecido en su norma reguladora, es decir, **distinguiendo entre prestaciones de carácter contributivo (financiadas a través de cotizaciones sociales) y prestaciones de carácter no contributivo (financiadas por impuestos)**.

⁵⁴ Conforme se recoge en el Documento de la Comisión de Expertos para el Estudio de las Situaciones de Dependencia, recientemente hecho público por el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.




De este modo, las prestaciones de las que fueran beneficiarias aquellas personas que han realizado el esfuerzo contributivo necesario a través de sus cotizaciones (sean éstas específicas, por implantarse una nueva cotización para cubrir este nuevo riesgo protegido, o sean genéricas por no haberse adoptado esta alternativa) serían financiadas con cargo a las mismas, mientras que aquéllas de las que fueran beneficiarias personas que no hubieran cotizado, serían financiadas con cargo a los impuestos generales. E, igualmente, los servicios prestados de forma directa por los poderes públicos podrían seguir este mismo esquema de financiación en las proporciones adecuadas.

En este sentido, hay que considerar el camino seguido en los sistemas de los **países centroeuropeos**, en los que la articulación del nuevo **“seguro de cuidados de larga duración”** ha originado la **aparición de nuevas cotizaciones** que financien en exclusiva los nuevos mecanismos o **combinándola con otras fuentes financieras**.

En todo caso, sí parece conveniente que en la financiación de la cobertura de los riesgos de la dependencia **participe la imposición general**, ya que se trata de un riesgo generalizado y que precisa de componentes solidarios.

- La cuantía de la financiación ha de ir necesariamente asociada a una evaluación del conjunto de las necesidades de las personas en situación de dependencia y no de una necesidad específica.
- La financiación debe permitir cubrir los gastos relativos a un conjunto de servicios de asistencia en sentido amplio, que permitan



asegurar una calidad de vida durante la permanencia de la situación de dependencia.

- Los requisitos que deban cumplir los interesados/as para recibir las ayudas públicas deben estar orientados a ampliar y potenciar lo máximo posible, y nunca a reducir, las opciones de la persona en situación de dependencia sobre su modo de vida.

La suma total de esos gastos, debidamente combinados, debe ir dirigida a contribuir a la creación de las infraestructuras, servicios y dispositivos necesarios para la creación de redes de apoyos, formación de profesionales, etc., como han puesto de relieve las experiencias internacionales, que debería concretarse en la aprobación de un Plan Plurianual de Inversiones, debidamente dotado y con objetivos periodificados.

Alternativas de la gestión

Por último, la configuración de los mecanismos de protección contra los riesgos de la dependencia condiciona también la propia **gestión** de las mismas.

Si la cobertura de la dependencia se ubica en el **sistema de Seguridad Social**, poniendo el acento en las prestaciones dinerarias, que sirvan para una mayor autonomía de la persona en situación de dependencia, el **“seguro”** sería **gestionado por las Entidades gestoras** de la Seguridad Social. Si bien, si se efectúa la apuesta por un modelo de **seguro**, que otorgue básicamente prestaciones económicas (con los cuales comprar servicios), el mismo –como se ha indicado– va a ser complementado por un desarrollo de los servicios (ayuda a domicilio,

VI. CONCLUSIÓN



teleasistencia, servicios residenciales, etc.), los cuales tendrían que ser suministrados con el concurso del sector privado, dadas las carencias actuales del sector público que, por el momento y probablemente por un largo espacio de tiempo, no parece estar en disposición de asumir de forma directa, dadas las inversiones que sería necesario afrontar. Y ello, sin perjuicio de que, en todo caso, las Administraciones Públicas sigan manteniendo y ejerciendo las facultades de planificación, tutela y dirección.

A su vez, y siguiendo este mismo esquema, **la gestión de los órganos de calificación, la acreditación de los servicios externos, la vigilancia del buen fin de las prestaciones reconocidas y la gestión de los servicios directamente prestados por los poderes públicos, deberían residenciarse en los órganos correspondientes de las Comunidades Autónomas y las Corporaciones Locales**, de acuerdo con la distribución competencial diseñada en el texto constitucional y tal y como parece aconsejable en función de la necesaria proximidad a los ciudadanos afectados que tales competencias exigen.

Todo ello basado en un aconsejable pacto de Estado, entre las tres Administraciones implicadas que liberara de tensiones la inaplazable implantación y posterior desarrollo de un sistema integrado de protección de la dependencia.

VII. RECAPITULACIÓN: BASES POLÍTICAS DE UN MODELO DE ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA DESDE LA ÓPTICA DEL SECTOR DE LA DISCAPACIDAD





- Comprobación de un hecho: la atención a la dependencia es el gran asunto de la política social de los próximos años y de la respuesta que demos a ese desafío dependerá la calidad, la equidad y la viabilidad de nuestro sistema de protección social.
- Las personas con discapacidad son uno de los grupos sociales más directamente concernidos por lo que se haga en materia de atención a la dependencia; que no debe ligarse ni enfocarse unilateral y exclusivamente desde la perspectiva del envejecimiento de la población o de las personas mayores.
- La atención a la dependencia es una expresión más de las políticas sociales y del sistema de protección social, por lo que ha de incardinarse equilibrada y armónicamente en el sistema de Seguridad Social, a través de los dispositivos ya existentes de:
 - Prestaciones Económicas.
 - Prestaciones Sanitarias.
 - Prestaciones de Servicios Sociales.
- La política de protección social, a su vez, ha de estar en relación con el resto de políticas, que deben tender a favorecer la plena participación, la autonomía y la vida independiente de todas las personas, incluidas las personas con discapacidad y las personas mayores.
- Las situaciones de dependencia en amplios grupos de población no están originadas únicamente por la concurrencia de una deficiencia que a su vez genera una discapacidad, que impide a la



- persona atender por sí misma a los actos esenciales de su vida diaria; los entornos, las actitudes, los procesos –si no están concebidos en clave de accesibilidad universal, diseño para todos, fomento de la plena participación y de la vida lo más independiente posible- contribuyen decisivamente a producir personas dependientes o a hacer más severos los grados de dependencia debidos a una deficiencia.
- Desde esta perspectiva, las políticas activas de integración, las políticas de salud y de servicios sociales, deben estar orientadas a prevenir o atenuar los efectos de las situaciones de hecho que generan dependencia en determinados grupos de personas. Por ejemplo, las políticas de salud, en España, tienden más al tratamiento de la enfermedad o de la patología, que a la prevención; más a la intervención de choque puramente sanitaria que al mantenimiento, la rehabilitación y la recuperación, en su caso. Las políticas de servicios sociales no son todavía lo suficientemente activas y *activadoras* por lo que a veces generan actitudes de pasividad y por tanto espirales de dependencia.
 - Las personas en situación de dependencia son personas especialmente vulnerables respecto del respeto y la protección de los derechos de los que es titular cualquier persona. Está comprobado que las personas en situación de dependencia institucionalizadas corren más riesgo de ver violados sus derechos humanos. Ésta es una materia especialmente sensible a la que habrá que prestar una atención preferente, pues dependencia no puede significar nunca indefensión o vulneración de derechos. La regulación de la atención a la dependencia debe venir acompañada de una regu-



lación de los derechos de las personas en situación de dependencia, especialmente, de aquéllas que estén institucionalizadas, con mecanismos de protección pronto y eficaces.

- A juicio del sector de la discapacidad, el sistema de atención a la dependencia que se establezca en España, deberá ser un sistema de base pública, de carácter universal, y de derechos exigibles y con unos mínimos iguales (equidad territorial) para todos los territorios del Estado. A partir de ahí, podrán arbitrase fórmulas complementarias privadas o decidirse acerca de cuál es el mejor sistema de gestión (público, mixto, papel de la iniciativa social, etc.).
- Los contenidos de la atención a la dependencia no pueden reducirse a fórmulas de cuño tradicional, sino que deben incorporar prestaciones y apoyos innovadores, como las ayudas técnicas o las tecnologías de apoyo, los asistentes personales, y las ayudas para hacer accesibles los entornos de las personas en situación de dependencia. Estas prestaciones deben poner el acento en favorecer la autonomía y el mayor grado de vida independiente de la persona.
- Los profesionales sanitarios y de servicios sociales han de conocer más y mejor las necesidades de las personas con discapacidad en situación de dependencia, debiendo incorporar a sus currícula módulos sobre sociología de la discapacidad, por lo que habrá que provocar un mayor acercamiento entre los estamentos profesionales, los centros de formación y las organizaciones de personas con discapacidad.



- Los efectos en materia de generación de empleo y mejora de la cualificación y de la empleabilidad de importantes grupos de personas que pueda determinar la regulación de la dependencia en España deben apreciarse en las propias personas con discapacidad, como medio de inserción profesional, ya que éstas sufren tasas de inactividad y desempleo muy superiores a los de la población general. Para estas personas, la regulación de la atención a la dependencia debe ser una oportunidad en términos de empleo y participación económica.
- Se ha de establecer un dispositivo ágil y fiable de indicadores de calidad de los procesos y servicios, que midan el grado de eficacia, eficiencia y grado de satisfacción del futuro sistema de atención a la dependencia.
- Las familias desempeñan una función esencial en la garantía de unos mínimos de bienestar y cohesión social en nuestras comunidades, siendo hasta hace muy poco el núcleo duro de la atención a la dependencia. Ha de reforzarse la posición de las familias con una política familiar intensa de la que hemos carecido en buena medida.
- El sistema de atención a la dependencia ha de ser un sistema abierto y participativo en cuya dirección y gestión se tenga presente a las organizaciones de personas con discapacidad y de mayores.
- La regulación de la atención a la dependencia ha de basarse en una gran Pacto de Estado, fruto del consenso social y político,

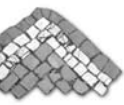
VII. RECAPITULACIÓN: BASES POLÍTICAS DE UN MODELO DE ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA DESDE LA ÓPTICA DEL SECTOR DE LA DISCAPACIDAD



suscrito por todas las instancias interesadas: (Administraciones Públicas, partidos políticos, agentes sociales, organizaciones de personas con discapacidad y sus familias, organizaciones de mayores, etc.).

ANEXO






PROPUESTA DEL CERMI ESTATAL DE NORMA LEGAL, PARA SU INCLUSIÓN EN FUTURA REGULACIÓN SOBRE ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA, RELATIVA A LOS DERECHOS Y LIBERTADES DE LAS PERSONAS EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA INSTITUCIONALIZADAS

NOTA INTRODUCTORIA JUSTIFICATIVA

Esta propuesta del CERMI responde a la necesidad de reforzar las normas constitucionales y legales que protegen los derechos de las personas en situación de dependencia institucionalizadas en centros. Dichas personas, frecuentemente, tienen un mayor riesgo de ver violados sus derechos y cuentan con menos posibilidades de ejercitar los mecanismos de protección jurídica al uso.

En muchas ocasiones, se alojan o pasan muchas horas en centros alejados de su medio familiar y vital, existiendo el riesgo de que se les impongan o se las someta a tratos vejatorios o penosos o que se les apliquen tratamientos o programas respecto los cuales ellos mismos, o bien sus representantes legales o sus familiares, en su caso, no hayan dado su autorización previa o desconozcan el contenido de los mismos.

Se trata de disposiciones complementarias de las normas civiles y constitucionales que ya protegen los derechos de cualquier persona, pero que, por su propio carácter general, no recogen suficientemente la situación de una persona que vive interna, pernocta o permanece durante muchas horas en un centro, tratándose además de una persona vulnerable con dificultades para hacer uso de los mecanismos de protección jurídica establecidos con carácter general para todos los ciudadanos.



Para la elaboración de esta propuesta, se ha contado con la experiencia de las normas internacionales existentes, por ejemplo, con disposiciones tales como:

- a) El Decreto de 8 de septiembre de 2003, aprobado en Francia, sobre la carta de derechos y libertades de las personas acogidas.
- b) La norteamericana *“Civil Rights of institucionalizad Act”* del año 1997.
- c) La carta de *“Derechos los pacientes internos en los centros psiquiátricos” elaborada por la “Oficina de Salud Mental del Estado de Nueva York”*.

Por otra parte, la Comisión Europea está impulsando el *Proyecto “Incluido en la Sociedad”*, encabezado por *“Inclusión Europe”* y en el que participa el Foro Europeo de la Discapacidad, entidad a la que pertenece el CERMI, dirigido a investigar la situación de las personas institucionalizadas y ofrecer propuestas con vistas a una desinstitucionalización exitosa, y a promover la vida independiente.

Finalmente, se ha tenido en cuenta el *“Estudio y Recomendaciones del Defensor del Pueblo sobre la situación jurídica y asistencial del enfermo mental en España”* de 1991.

Esta propuesta se presenta como un capítulo de la futura regulación de la atención a las situaciones de dependencia, por la estrecha conexión entre dependencia e institucionalización, aunque también podría consistir en una Ley singularizada.



La regulación de la atención a las situaciones de dependencia constituye una necesidad sobre la que están de acuerdo los grupos políticos, como se manifiesta en el Informe aprobado el 30 de septiembre de 2003 por la Comisión no permanente del Pacto de Toledo (apartados B.3 y 4) y, en la misma línea, la Subcomisión del Congreso, en su informe sobre el estudio de la situación actual de la discapacidad y perspectivas de futuro (145/11) del año 2003, informes en los que se ha considerado necesaria una pronta regulación de un sistema integrado que aborde en su globalidad el fenómeno de la dependencia, así como una atención especial al fenómeno de las discapacidades.

Los principales partidos políticos han incluido dicho propósito en sus programas para la presente Legislatura.

Finalmente, ha sido reclamada también por los agentes sociales, a través del Comité Económico y Social, como es buena muestra su *“Informe sobre la situación de las personas con discapacidad en España”*, aprobado en el Pleno de dicho organismo del 17 de diciembre de 2003.

TEXTO DE LA PROPUESTA NORMATIVA

ARTICULO... *OBJETO*

1. El objeto de la presente Ley es regular los derechos de las personas institucionalizadas, bien sean personas con discapacidad de cualquier tipo, personas con enfermedad mental, personas con enfermedad crónica y, en general, personas que se encuentren en situación de dependencia, que residen como internos en centros

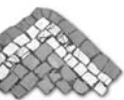


sociales o de atención sociosanitaria o que reciben una atención diurna prolongada y pernocten en su domicilio habitual.

2. Lo dispuesto en esta Ley se aplica tanto a las personas institucionalizadas voluntariamente, como a aquéllas que lo sean por decisión judicial.
3. Nadie podrá ser institucionalizado sin su válido consentimiento. Para los menores, las personas incapacitadas o, en general, aquéllas que no tengan capacidad para decidir por sí mismas, se estará a lo dispuesto en la legislación civil que resulte de aplicación.
4. Lo dispuesto en esta Ley, será de aplicación también a todas las personas que se encuentren de hecho, sin reconocimiento o diagnóstico oficiales, en situación de institucionalización.

ARTÍCULO... *DEFINICIONES*

1. **Persona con discapacidad:** A los efectos de esta Ley, tendrán la consideración de personas con discapacidad aquéllas a quienes se les haya reconocido por el organismo competente un grado de minusvalía igual o superior al 33 por 100. En todo caso, se considerarán afectados por una minusvalía en grado igual o superior al 33 por 100 los pensionistas de la Seguridad Social que tengan reconocida una pensión de incapacidad permanente en el grado de total, absoluta o gran invalidez, y a los pensionistas de clases pasivas que tengan reconocida una pensión de jubilación o de retiro por incapacidad permanente para el servicio o inutilidad.
2. **Persona con enfermedad mental y persona con enfermedad crónica:** Aquella que disponga del correspondiente diagnóstico médico.



3. **Persona dependiente:** De acuerdo a la definición establecida en la Ley reguladora de la atención a las situaciones de dependencia⁵⁵.
4. **Persona institucionalizada:** Aquélla que pernocta habitualmente en un centro social o de atención sociosanitaria o que recibe una atención diurna prolongada y pernocta en su domicilio habitual.
5. **Centro de atención social o sociosanitaria:** Institución pública o privada donde se presta a la persona un sistema de apoyos terapéuticos, de asistencia, de rehabilitación, de cuidado y, en su caso, de inserción laboral y social.

ARTÍCULO... DERECHOS Y LIBERTADES FUNDAMENTALES

Las personas institucionalizadas gozan de los derechos y libertades establecidos en la Constitución y en las leyes.

ARTÍCULO... DERECHO A LA NO DISCRIMINACION⁵⁶

1. Las personas institucionalizadas no pueden ser discriminadas, directa o indirectamente, en particular por motivos de origen racial o étnico, sexo, religión o convicciones, orientación sexual, edad o discapacidad.
2. Se entiende por discriminación directa cuando una persona sea tratada de manera menos favorable que otra en situación análoga.
3. Se entiende por discriminación indirecta cuando una disposición legal o reglamentaria, una cláusula convencional o contractual,

⁵⁵ Pendiente de regulación.

⁵⁶ Definiciones tomadas de las Directivas de la U.E. en materia de igualdad, basadas en el artículo 13 del Tratado de la U.E.



un pacto individual o una decisión unilateral, aparentemente neutros, puedan ocasionar una desventaja particular a una persona respecto de otras siempre que objetivamente no respondan a una finalidad legítima y que los medios para la consecución de esta finalidad no sean proporcionados y necesarios.

4. El acoso se considera en todo caso acto discriminatorio.
5. Se entiende por acoso toda conducta no deseada que tenga como objetivo o consecuencia atentar contra la dignidad de la persona institucionalizada y crear un entorno intimidatorio, humillante u ofensivo.

ARTÍCULO... DERECHOS Y DEBERES

1. Las personas institucionalizadas tienen, en particular, los siguientes derechos:
 - a) A ser informadas, por medio o formato accesible y comprensible para ellas, de sus derechos y obligaciones.
 - b) A aceptar o renunciar por escrito a participar en los programas dirigidos a su inserción laboral o social o de rehabilitación médica o funcional.
 - c) A comunicarse con sus padres, tutores o con los familiares o personas que designe y a recibir visitas, pública o privadamente, de acuerdo con las normas de funcionamiento del centro. En todo caso los centros permitirán siempre estas visitas, en cualquier momento, siempre que no se interrumpa la actividad ordinaria. Las personas sordas institucionalizadas usuarias de Lengua de Signos tendrán derecho a comunicarse por medio de esta lengua.



- d) A entrar y salir del centro, así como a circular libremente por el mismo, de acuerdo con las normas de funcionamiento del centro.
- e) A poseer y disponer de sus efectos personales. Ninguna persona no autorizada por el titular podrá disponer de esos efectos.
- f) A disponer de su patrimonio y de sus rentas, en caso de tener capacidad de obrar para ello.
- g) Al respeto a su integridad física y mental, de su dignidad y de su intimidad.
- h) A recibir la atención social, psicológica y sanitaria apropiadas, en coordinación con los servicios competentes.
- i) A intervenir en el ornato, ordenación y disposición de su propio entorno privado, primando su voluntad sobre la de la organización, siempre y cuando no afecte a la salud y seguridad de la propia persona, de los demás o del entorno inmediato.
- j) A participar en programas de rehabilitación médica y funcional, así como de inserción laboral y social.
- k) A disponer de una alimentación equilibrada, nutritiva y en grado suficiente a sus circunstancias, tanto físicas, como culturales o religiosas.
- l) A disponer y hacer uso de prendas de vestir adecuadas y acordes a su edad y a un contexto cultural normalizado.
- m) A tener unas condiciones de seguridad e higiene conforme a lo establecido en las normas que resulten de aplicación.
- n) A recibir y enviar libremente correspondencia física o telemática, mantener contacto telefónico y en general a comunicarse por cualquier vía con el exterior, con respeto absoluto a su derecho a la privacidad.
- o) A que los centros donde están institucionalizadas sean ámbitos universalmente accesibles, debiendo reunir los mismos las



- prescripciones de accesibilidad urbanística, arquitectónica, del transporte y de la comunicación, previstas en las normas que resulten de aplicación.
 - p) A participar, en los términos establecidos en el reglamento del centro, en la gestión, dirección y seguimiento del mismo. En todo caso, los centros dispondrán de sistemas de gestión que permitan la información y participación de las personas o de sus familiares, amigos o tutores.
 - q) A recibir la prestación de servicios y asistencia especializada de acuerdo con las necesidades de cada tipo de discapacidad.
 - r) A elevar quejas o reclamaciones por trato abusivo o inadecuado o por anormal funcionamiento de los servicios del centro y a ser informado o sus familiares, amigos o tutores de la resolución y seguimiento de las quejas realizadas, que habrán de ser públicas.
 - s) A que se le presten las ayudas técnicas y las tecnologías de apoyo necesarias para desenvolverse de una manera autónoma.
2. Los centros de atención social o sociosanitaria que tengan institucionalizadas a personas tendrán aprobado por sus órganos de gobierno los siguientes documentos:
- a) Reglamento de Régimen Interno o similar, en el que consten las normas de funcionamiento del centro, incluido el régimen económico, de visitas, de establecimiento de la atención objeto de la prestación y de la evaluación de la misma, así como los derechos y deberes de las personas usuarias y, en su caso, de los familiares o responsables legales.
 - b) Procedimiento de gestión de quejas, reclamaciones y sugerencias, en el que consten las vías de presentación de las mismas, el compromiso de respuesta del centro y, si procede, de



la entidad titular del mismo, así como el procedimiento de apertura, progreso y cierre de los expedientes de información que pudieran generarse.

- c) Carta de Servicios, en la que conste el tipo de atenciones que ofrece y el nivel de calidad exigible.
- d) Código Ético, en el que consten los valores, la misión, los principios inspiradores y los compromisos éticos que resulten de aplicación en el centro.

Estos documentos serán entregados y estarán a disposición, en formato accesible, de las personas institucionalizadas, sus familiares, responsables y tutores.

- 3. La persona institucionalizada viene obligada a cumplir las normas de funcionamiento del centro y a tratar con la debida consideración al personal del centro y a cualquier otra persona que se encuentre en el mismo, así como a abonar, en su caso, el importe de las liquidaciones de estancias y los precios de los servicios que se establezcan.

ARTÍCULO... DESIGNACIÓN DE UN RESPONSABLE DE LA PERSONA INSTITUCIONALIZADA

La persona institucionalizada que no sea menor o incapacitada, deberá designar, si le es posible hacerlo, otra persona mayor de edad, con plena capacidad de obrar, que se responsabilice de recibir las informaciones o aceptar o renunciar a los tratamientos y programas, en caso de no poderlo hacerlo aquélla personalmente, sin perjuicio de lo que establezca la legislación sanitaria para los tratamientos médicos, que será de aplicación preferente.



ARTÍCULO... CONTENIDO DEL DERECHO DE INFORMACIÓN

- 1. La persona institucionalizada deberá ser informada de un modo accesible y comprensible, adecuado a sus circunstancias, sobre:
 - a) Sus derechos y deberes.
 - b) Las normas de organización y funcionamiento del centro.
 - c) Las medidas de rehabilitación médica o funcional y de acompañamiento en la inserción social o de atención y apoyo psicológico y social.
 - d) Las organizaciones representativas de los intereses colectivos en el ámbito territorial correspondiente.
 - e) De la autoridad pública encargada en velar en el territorio donde se encuentra de velar por sus derechos.
 - f) De los mecanismos de protección de sus derechos.
- 2. Si la persona institucionalizada es menor o se encuentra incapacitada, la información deberá ser suministrada a los padres o tutores.
- 3. Si la persona institucionalizada no puede comprender el contenido de la información, esta deberá suministrarse a la persona designada como responsable del interno, si hubiera sido posible dicha designación.

ARTÍCULO... VOLUNTARIEDAD DE LA PARTICIPACIÓN EN LOS PROGRAMAS

- 1. La persona institucionalizada no podrá ser obligada a trabajar o a participar en los programas de inserción laboral o social, así como a recibir tratamientos de rehabilitación médica o funcional.
- 2. La persona institucionalizada deberá aceptar por escrito o por cualquier otro medio adecuado a sus circunstancias que ofrezca



garantías y podrá renunciar en cualquier momento a participar en los programas de inserción laboral o social a recibir tratamientos de rehabilitación médica o funcional

3. En los casos de menores o incapacitados, la aceptación y renuncia deberán efectuarla los padres o tutores.
4. La aceptación y renuncia a los tratamientos médicos se regulará por la legislación sanitaria.
5. El objetivo de los programas de rehabilitación médica y funcional, así como de inserción laboral y social, es promover la autonomía personal y la vida independiente y la inclusión en la sociedad de la persona.

ARTÍCULO... CONFIDENCIALIDAD

La persona institucionalizada tiene derecho a la confidencialidad de sus datos personales y médicos, con arreglo a lo dispuesto en la legislación sobre protección de datos de carácter personal.

ARTÍCULO... CONFINAMIENTO O RESTRICCIONES A LA LIBERTAD DE MOVIMIENTO

1. Las medidas de restricción y confinamiento, respecto de personas que presentan trastornos mentales que les impiden adoptar decisiones responsables, sólo pueden adoptarse en casos excepcionales para evitar que la persona institucionalizada se cause daño a sí misma o a otras personas.
2. La adopción de dichas medidas, corresponde al Director del centro, a propuesta del facultativo médico, e informándose inmedia-



tamente a los padres, tutores o a la designada como responsable de la persona institucionalizada.

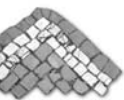
3. Dichas medidas requieren la autorización judicial, a menos que estén amparadas por una situación de urgencia inaplazable que haga imposible la demora, en cuyo caso se pondrán en conocimiento de la autoridad judicial para que confirme, modifique o anule las mismas.

ARTÍCULO... PROTECCIÓN DE LA PERSONA INSTITUCIONALIZADA⁵⁷

1. La persona institucionalizada, en caso de considerar que se ha vulnerado alguno de sus derechos, o que ha sido víctima de discriminación, acoso o cualquier tipo de abuso verbal, sexual, físico o psíquico por parte del personal del centro o de otras personas, podrá efectuar, en primer lugar, una denuncia ante la Dirección del centro.
2. Las personas jurídicas legalmente habilitadas para la defensa de los derechos e intereses legítimos colectivos podrán presentar igualmente una reclamación en nombre e interés de las personas que así lo autoricen⁵⁸.
3. El personal del centro está obligado, bajo responsabilidad, a poner en conocimiento de la Dirección del centro cualquier situación de las descritas en el apartado 1 de este artículo.
4. En todos los supuestos señalados en los apartados anteriores, la Dirección del centro deberá abrir un expediente de investigación interna y contestar por escrito o por medio accesible a sus cir-

⁵⁷ Las infracciones administrativas y sanciones correspondientes se deberían regular conjuntamente en la tabla de infracciones y sanciones generales de la Ley de Atención a la Dependencia.

⁵⁸ Tomado de la Ley 51/2003, de 2 diciembre, de igualdad de oportunidades, no discriminación y accesibilidad universal de las personas con discapacidad.



cunstancias del que quede evidencias al reclamante en el plazo máximo de un mes.

5. El reclamante podrá presentar la correspondiente reclamación ante el órgano administrativo al que esté adscrito el centro, en caso de ser de titularidad pública, o ante la Órgano administrativo que determine la Administración autonómica competente.

ARTÍCULO... TUTELA JUDICIAL

La tutela judicial de los derechos de las personas internas comprenderá la adopción de todas las medidas que sean necesarias para poner fin a la violación del derecho y prevenir violaciones ulteriores, así como para restablecer al perjudicado en el ejercicio pleno de su derecho.

ARTICULO... LEGITIMACIÓN⁵⁹

Sin perjuicio de la legitimación individual de las personas directamente concernidas, las personas jurídicas legalmente habilitadas para la defensa de los derechos e intereses legítimos colectivos podrán actuar en un proceso en nombre e interés de las personas que así lo autoricen, con la finalidad de hacer efectivo el derecho de las personas internas y recayendo en las mismas los efectos de aquella actuación.

⁵⁹ Tomado de la Ley 51/2003, de 2 diciembre, de igualdad de oportunidades, no discriminación y accesibilidad universal de las personas con discapacidad.



Al anterior contenido y al tratarse de unas disposiciones que se incluirían en un Texto legal de mayor alcance (regulación de la atención a la dependencia), sería necesario recoger:

- En el Régimen de Infracciones y Sanciones, aquéllas referidas particularmente a los derechos y obligaciones establecidos en los artículos anteriores.
- Hacer referencia a la competencia del Estado para regular esta materia,
- Carácter básico de esta legislación, que podrá ser completada o mejorada por las Comunidades Autónomas.

NOTA

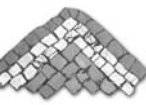
La preparación y elaboración generales del documento *La protección de las situaciones de dependencia en España. Una alternativa para la atención de las personas en situación de dependencia desde la óptica del sector de la discapacidad* ha correspondido a un Grupo de Trabajo, constituido en el CERMI, integrado por:

Carlos Rubén Fernández Gutiérrez
Coordinación General

Luis Cayo Pérez Bueno
Dirección Técnica

Paulino Azúa Berra
Miguel Ángel Cabra de Luna
Asesores





nº 1
Un Plan de Empleo para las personas con discapacidad en el siglo XXI



nº 2
Discapacidad severa y vida autónoma



nº 3
La discriminación por motivos de discapacidad



nº 4
Turismo Accesible. Hacia un turismo para todos



nº 5
Plan del CERMI para la protección de las familias con personas discapacitadas



nº 6
Plan Estatal de Accesibilidad del CERMI



nº 7
Discapacidad y exclusión social en la Unión Europea



nº 8
Atención educativa a las personas con discapacidad



nº 9
Nueva legislación sobre discapacidad en España



nº 10
Plan integral de salud para personas con discapacidad



nº 11
La discriminación por razones de discapacidad en la contratación de seguros



