

**Hacia un sistema Nacional de Promoción de la  
Autonomía Personal y Atención a las Personas  
en situación de Dependencia.**

**Condicionantes demográficos, modelos  
internacionales, propuestas de lineamientos de  
políticas y recomendaciones.**

**Antonio Jiménez Lara**

# Contenido

<b>1. CONDICIONANTES DEMOGRÁFICOS DE LA DEPENDENCIA EN CHILE .....</b>	<b>4</b>
1.1. El envejecimiento de la población .....	4
1.1.1. La población mayor en Chile según los datos del último censo .....	4
1.1.2. Previsiones de crecimiento de la población mayor .....	5
1.2. Las situaciones de discapacidad .....	7
1.2.1. Las discapacidades en Chile según la ENDIS – CIF 2004 .....	7
1.2.2. Una aproximación a la cuantificación de las situaciones de dependencia a partir de la ENDIS – CIF 2004 .....	8
<b>2. EL NUEVO MODELO ESPAÑOL DE PROMOCIÓN DE LA AUTONOMÍA Y ATENCIÓN DE LA DEPENDENCIA.....</b>	<b>12</b>
2.1. Antecedentes y situación actual .....	12
2.2. El Libro blanco sobre la Atención a las Personas en situación de Dependencia en España .....	14
2.2.1. Concepto y grados de dependencia .....	15
2.2.2. Modelos de protección social de la dependencia.....	16
2.2.3. Hacia un Sistema Nacional de Dependencia .....	16
2.2.4. Fundamentación jurídica de una Ley que regule el Sistema Nacional de Dependencia .....	17
2.2.5. Valoración de la dependencia .....	18
2.2.6. Beneficiarios, servicios y prestaciones de atención a la dependencia .....	18
2.2.7. Financiación del Sistema .....	21
2.2.8. Organización y gestión del Sistema.....	22
2.2.9. La red de servicios de la dependencia y sus proveedores .....	23
2.2.10. La calidad en el Sistema Nacional de Dependencia.....	23
2.2.11. Necesidades de formación de los profesionales de atención a personas con dependencia .....	24
2.3. El proyecto de Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia .....	25
2.3.1. Objeto.....	26
2.3.2. Principios inspiradores: .....	26
2.3.3. Titulares de los derechos .....	27
2.3.4. El Sistema para la Autonomía y Atención de la Dependencia .....	28
2.3.5. Catálogo de Servicios y Prestaciones económicas del Sistema para la Autonomía y Atención de la Dependencia.....	29
2.3.6. La dependencia y su valoración .....	30
2.3.7. Programa individual de atención .....	30
2.3.8. Financiación del Sistema y aportación de los beneficiarios .....	31

<b>3. LOS MODELOS DE PROTECCIÓN A LAS PERSONAS EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA EN EL CONTEXTO INTERNACIONAL. ALGUNAS ENSEÑANZAS.</b> .....	<b>32</b>
3.1. Las líneas generales del debate político internacional sobre la dependencia .....	32
3.2. Los sistemas de cuidados de larga duración en la Unión Europea. Reformas y Debates. ....	33
3.3. Modelos de protección a las personas en situación de dependencia en el ámbito de las Unión Europea .....	34
3.4. El reto de la protección social de las personas en situación de dependencia en Europa. Respuestas comunes. ....	37
3.5. Algunas lecciones extraídas del debate europeo e internacional .....	38
<b>4. PROPUESTA DE LINEAMIENTOS DE POLÍTICAS Y RECOMENDACIONES</b> .....	<b>41</b>
4.1. Definición de un plan de actuación a medio y largo plazo .....	41
4.2. Conceptualización .....	41
4.3. Objetivos .....	43
4.4. Graduación de la protección .....	44
4.5. Modelo de protección social de la dependencia.....	44
4.6. Construcción de un Sistema para la Autonomía y la Atención de la Dependencia .....	46
4.7. Valoración de la dependencia.....	46
4.8. Servicios y prestaciones de promoción de la autonomía personal y atención a la dependencia .....	46
4.9. Atención sanitaria .....	49
4.10. La red de servicios de la dependencia y sus proveedores.....	49
4.11. Formación de los profesionales de atención a personas con dependencia .....	50

# 1. CONDICIONANTES DEMOGRÁFICOS DE LA DEPENDENCIA EN CHILE

## 1.1. El envejecimiento de la población

### 1.1.1. *La población mayor en Chile según los datos del último censo*

Según los resultados del Censo de 2002 la población de Chile es de 15.116.435 habitantes, con una densidad de población de 20 habitantes por km<sup>2</sup>. De acuerdo con el Anuario de Estadísticas Vitales de 2003, la tasa de mortalidad es de 5,3 fallecimientos por cada mil habitantes, y la fecundidad de 2,3 hijos por mujer. Por lo que respecta a la tasa de crecimiento natural, la cifra es del 10 por mil anual.

Los notables cambios demográficos verificados en Chile, en especial el descenso brusco y sostenido de la fecundidad experimentado a partir de 1964, junto con el aumento de la esperanza de vida, que ha venido creciendo de forma perceptible desde 1950, han producido importantes modificaciones en el tamaño y en la composición por edades de la población. Todo ello ha llevado al país a transitar hacia el envejecimiento demográfico de su población.

Los habitantes mayores de 60 años representaban ya, según el censo de 2002, el 11,4% de la población total chilena. Los mayores de 65 años son el 8,1% de la población total y los mayores de 80 años representan el 1,7%. Del total de adultos mayores, los que viven en zonas urbanas son el 84,2% frente al 15,8% que vive en zonas rurales.

CHILE- Población de Adultos Mayores según el censo de 2002 (miles de personas y porcentajes)						
	Total	Hombres	Mujeres	% sobre población total	% Hombres	% Mujeres
<b>Total</b>	<b>1.717.478</b>	<b>758.049</b>	<b>959.429</b>	<b>11,4</b>	<b>44,1</b>	<b>55,9</b>
60-64	499.902	235.497	264.405	3,3	47,1	52,9
65-69	399.287	184.208	215.079	2,6	46,1	53,9
70-74	348.118	153.908	194.210	2,3	44,2	55,8
75-80	219.331	93.489	125.842	1,5	42,6	57,4
80-84	137.154	52.730	84.424	0,9	38,4	61,6
85 y más	113.686	38.217	75.469	0,8	33,6	66,4

Fuente: INE, Censo 2002

Las cifras de la Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (CASEN) de 2003 confirman que el proceso de transición demográfica avanzada por el cual atraviesa Chile se refleja en un aumento de la participación relativa de la población de 76 años y más en el total de adultos mayores. Este fenómeno se aprecia especialmente en las mujeres adultas mayores. Así, mientras en el año 1990, el 22,5% de las mujeres adultas mayores tenían 76 años y más, en 2003 esta cifra asciende a 25,7%.

De acuerdo con las primeras Tablas de Mortalidad del Siglo XXI, elaboradas por el INE a partir del Censo 2002 y del registro de nacimientos y defunciones de los años 2001 y 2002, la esperanza de vida al nacer es de 77,4 años (80,4 años para las

mujeres y 74,4 años para los hombres). La esperanza de vida a los 60 años es de 17,7 años.

### 1.1.2. Previsiones de crecimiento de la población mayor

Conforme a los datos recogidos por el Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) en el número 73 su boletín demográfico (2004), sobre estimaciones de población para América Latina y el Caribe, en el año 1975 la población chilena se cifraba en un poco más de 10 millones de habitantes, el 7,85% de esta población contaba con 60 años y más. En el año 2000 esta proporción había crecido hasta el 10,19%. Las proyecciones del CELADE apuntan que esta cifra puede alcanzar el 20,11% en 2025 y el 28,20% en el año 2050. En términos absolutos esto significa que a mitad del presente siglo alrededor de seis millones de chilenos serán adultos mayores.

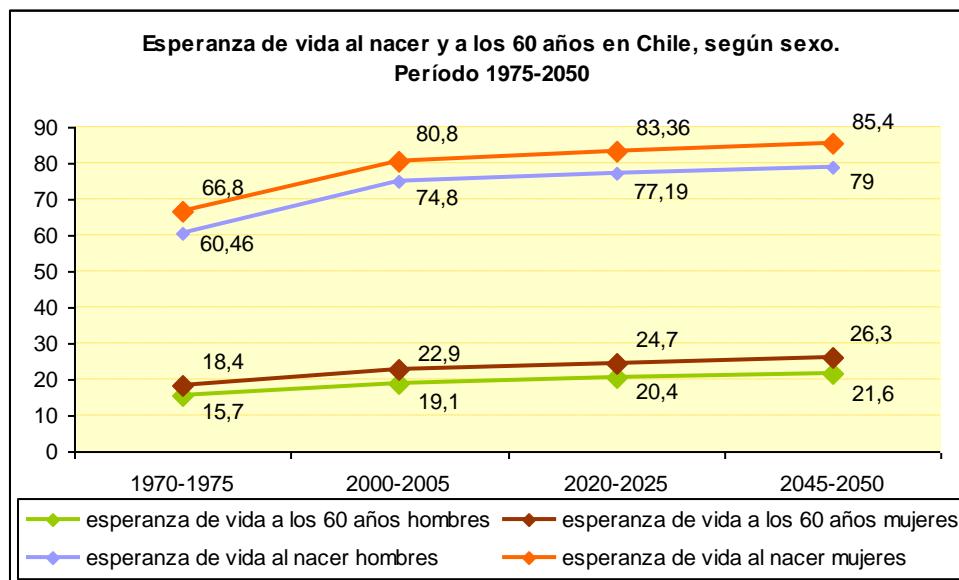
CHILE- Población total y Adultos Mayores en 1975, 2000, 2025 y 2050 (miles de personas, a mitad del año)				
	1975	2000	2025	2050
<b>POBLACIÓN TOTAL</b>				
<b>Total</b>	<b>1.0413</b>	<b>1.5398</b>	<b>1.9129</b>	<b>2.0205</b>
Hombres	5.137	7.620	9.446	9.905
Mujeres	5.276	7.777	9.683	1.0300
Hombres %	49,33	49,49	49,38	49,02
Mujeres %	50,67	50,51	50,62	50,98
<b>PERSONAS DE 60 AÑOS Y MÁS</b>				
<b>Total</b>	<b>813</b>	<b>1.569</b>	<b>3.846</b>	<b>5.698</b>
Hombres	355	678	1.746	2.568
Mujeres	460	890	2.102	3.130
Proporción s/ la población total %	7,81	10,19	20,11	28,20
Hombres %	43,67	43,21	45,40	45,07
Mujeres %	56,58	56,72	54,65	54,93

FUENTE: CELADE. Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía, División de Población de la CEPAL, Boletín demográfico 73, CELADE 2004.

Al mismo tiempo que el número de adultos mayores crece, el ritmo de crecimiento del conjunto de la población tiende a descender. La tasa anual media de crecimiento de la población chilena en el período 1975-2000 era del 15,5 por mil. Por su parte, la tasa anual de crecimiento de la población de 60 años y más se situaba 10 puntos por encima (25,6 por mil) en el mismo período. Las estimaciones apuntan que entre el 2000 y el 2025 la tasa promedio anual de crecimiento de la población chilena será del 10 por mil, mientras que la que se refiere a la población adulta mayor será de 33,2 personas por cada mil habitantes. Para el período 2025-2050 esta tendencia se mantendrá, pues las previsiones apuntan a que la tasa de crecimiento de los adultos mayores triplicará a la de la población, total con valores del 15,4 por mil y el 4,2 por mil respectivamente.

La esperanza de vida ha experimentado un ascenso importante en Chile en los últimos veinticinco años. En el quinquenio 1970-1975 la expectativa de vida media de los chilenos era de 63,57 años; para el quinquenio 2000-2005 esta cifra se había elevado a 77,74 años, esto es 14 años más, y se prevé que siga aumentando aunque a un menor ritmo. La expectativa vital podría alcanzar los 80,21 años en el lustro 2020-2025 y los 82,14 años en el periodo 2045-2050. Al diferenciar por género, encontramos que las mujeres mantienen en promedio una expectativa de vida mayor que los hombres.

Al referirnos a las cifras sobre la esperanza de vida a los 60 años, nos encontramos que en el quinquenio 1970-1975 la expectativa vital adicional de los varones y las mujeres que cumplían 60 años era de 15,7 y 18,4 años respectivamente, para pasar en el período 2000-2005 a los 19,1 años en los varones y los 22,9 años en las mujeres. Se estima que este indicador seguirá aumentando en este tramo de edad y que las diferencias entre varones y mujeres seguirán ampliándose, de forma que, a mitad de siglo, las mujeres chilenas de 60 años podrían llegar a sobrevivir casi cinco años más que los hombres.



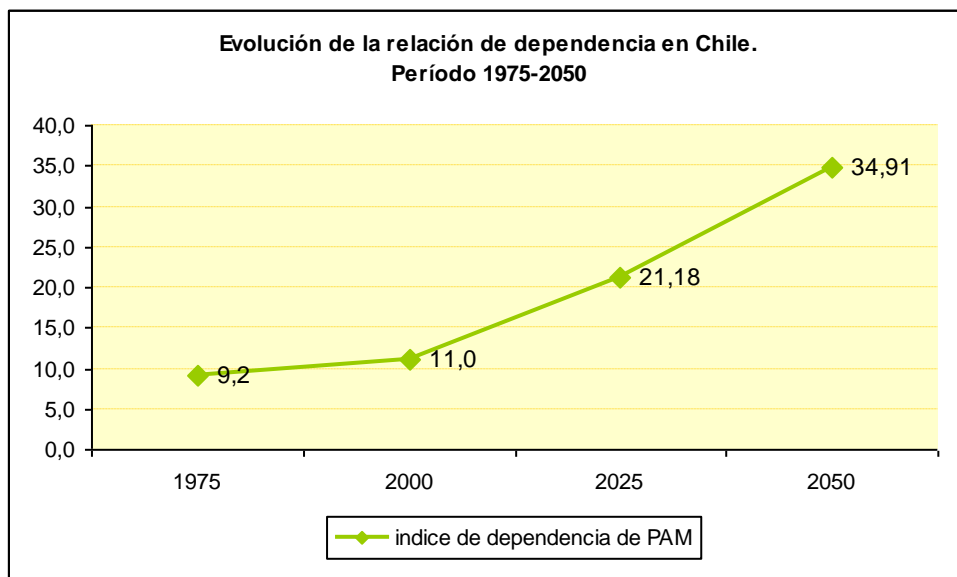
Fuente: CELADE. Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía, División de Población de la CEPAL. Boletín Demográfico No. 74, América Latina: Tablas de Mortalidad 1950-2025. CELADE, 2004.

El aumento de la longevidad de la población Chilena se refleja no sólo en el aumento de la población de 60 años y más sino también en el peso relativo de los más mayores dentro este grupo y respecto al conjunto de la población. La población de 75 años y más representaba el 1,74 de la población en el año 1975, en el 2000 esta proporción se situaba en el 2,66%. Se estima que para el 2025 y el 2050 este porcentaje se ubicará en el 5,52 y el 11,22% respectivamente.

CHILE- Población de 75 años y más . Período 1975-2050 (Miles de personas, a mitad del año y porcentajes)				
	1975	2000	2025	2050
<b>Total</b>	181	409	1.055	2.268
% respecto a la población de 60+	22,3	26,1	27,43	39,80
% respecto a la población total	1,7	2,7	5,5	11,2

FUENTE: CELADE. Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía, División de Población de la CEPAL. Base de datos del Boletín Demográfico No. 73: América Latina y el Caribe: Estimaciones y Proyecciones de Población 1950-2050.

El proceso de envejecimiento en Chile ha generado un incremento en la relación de dependencia (proporción que supone a la población mayor respecto de la población económicamente activa). Mientras en el año 1970 había 9,2 adultos mayores por cada cien habitantes en edad laboral, para la mitad del presente siglo este índice será de 34,91 adultos mayores por cada cien personas en edad laboral.



Relación de dependencia= (Población de 65años y mas / población de 15-64 ) x 100  
 FUENTE: CELADE. Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía, División de Población de la CEPAL  
 Boletín Demográfico No. 74, América Latina: Tablas de Mortalidad 1950-2025.

## 1.2. Las situaciones de discapacidad

### 1.2.1. *Las discapacidades en Chile según la ENDIS – CIF 2004*

En 2004, el Fondo Nacional de la Discapacidad (FONADIS), del Ministerio de Planificación realizó, en colaboración con el Instituto Nacional de Estadísticas, el Primer Estudio Nacional de la Discapacidad en Chile (ENDISC-CIF 2004). La definición conceptual de la discapacidad utilizada en este estudio se basa en la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF), y en su operacionalización se tomó como base el Cuestionario de Evaluación de la Discapacidad de la OMS, conocido internacionalmente como WHO-DAS II.

La ENDISC-CIF 2004 estimó el número de personas con discapacidad residentes en Chile en 2.068.072, lo que supone una prevalencia global del 12,9 por ciento. La prevalencia crece con la edad (3,2 por ciento para los menores de 15 años, 11,5 por ciento para las personas de entre 15 y 64 años y 43,4 por ciento para las personas de 65 años y más), y es significativamente más alta entre las mujeres (14,9 por ciento) que entre los varones (10,9 por ciento). Por grado de severidad, la prevalencia se desagrega en un 2,5 por ciento para la discapacidad severa (403.942 personas), 3,2 por ciento para la discapacidad moderada (513.997 personas) y 7,2 por ciento para la discapacidad leve (1.150.133 personas).

CHILE- Población total, personas con discapacidad y prevalencia de las situaciones de discapacidad por grandes grupos de edad, sexo y severidad de la discapacidad. Año 2004.			
<i>Grupo de edad</i>	<i>Población Total</i>	<i>Personas con Discapacidad</i>	<i>Prevalencia (en porcentaje)</i>
<b>Total Chile</b>	<b>15.998.873</b>	<b>2.068.072</b>	<b>12,9</b>
<b>Distribución por grandes grupos de edad</b>			
0-15	3.644.341	117.453	3,2
15-64	10.684.509	1.225.308	11,5
65 y más	1.670.023	725.311	43,4
<b>Distribución por sexo</b>			
Varones	7.866.343	863.496	10,9
Mujeres	8.072.430	1.204.576	14,9
<b>Distribución por severidad de la discapacidad</b>			
Discapacidad severa	15.998.873	403.942	3,2
Discapacidad moderada		513.997	11,5
Discapacidad leve		1.150.133	43,4

Fuente: FONADIS. ENDISC-CIF 2004.

La prevalencia de la discapacidad es mayor en las zonas rurales (15,6 por ciento) que en las urbanas (12,5 por ciento). Proporcionalmente, la severidad de las discapacidades es también mayor en las zonas rurales.

CHILE- Personas con discapacidad y prevalencia de las situaciones de discapacidad por severidad de la discapacidad y área de residencia. Año 2004.				
<i>Severidad de la Discapacidad</i>	<i>Número de personas</i>		<i>Prevalencia</i>	
	<i>Urbana</i>	<i>Rural</i>	<i>Urbana</i>	<i>Rural</i>
<b>Total</b>	<b>1.730.612</b>	<b>337.460</b>	<b>12,5</b>	<b>15,6</b>
Discapacidad severa	327.632	76.310	2,4	3,5
Discapacidad moderada	429.039	84.958	3,1	3,9
Discapacidad leve	973.941	176.192	7,0	8,2

Fuente: FONADIS. ENDISC-CIF 2004.

### **1.2.2. Una aproximación a la cuantificación de las situaciones de dependencia a partir de la ENDIS – CIF 2004**

La ENDIS – CIF recogió información sobre las actividades básicas de la vida diaria afectadas que puede servir de base para una primera aproximación la cuantificación de las situaciones de dependencia en Chile. Utilizando una metodología inspirada en la que se utilizó en España al redactar el Libro Blanco sobre la atención a las personas en situación de dependencia, se ha elaborado un índice sintético de dependencia a partir de las siguientes variables:

- Dificultad para bañarse por sí solo



- Dificultad para vestirse o ponerse los zapatos por sí solo
- Dificultad para comer por sí solo
- Dificultad para moverse de casa

En el índice se incluyen, por tanto, las actividades de básicas de autocuidado y la movilidad dentro del hogar. Aunque habría sido apropiado incluir también alguna variable relativa a la necesidad de supervisión o apoyo derivada de discapacidades intelectuales, no se ha hecho porque ninguna de las contempladas en la ENDIS – CIF 2004 era suficientemente específica.

Para la elaboración del índice se han tenido en cuenta sólo los casos en los que en al menos una de esas cuatro variables la dificultad era mucha o extrema. Se han sumado las puntuaciones asignadas a las cuatro variables (1 punto cuando la actividad no presenta dificultad, 2 puntos cuando presenta dificultad leve, 3 puntos cuando presenta mucha dificultad y 4 puntos cuando la dificultad es extrema o la persona no puede realizar la actividad), y se ha recodificado el resultado de acuerdo con las siguientes equivalencias:

- Hasta 8 puntos: dependencia moderada
- De 9 a 12 puntos: dependencia severa
- 13 o más puntos: gran dependencia

El número de personas que, de acuerdo con este índice sintético, estarían en situación de dependencia asciende a 357.318, de las que 179.704 (el 50,3% del total) serían personas con deficiencia moderada, 108.061 (30,2%) serían personas con dependencia severa y 69.553 personas (19,5%) serían personas en situación de gran dependencia.

Al cruzar estos datos con la severidad de la discapacidad (una variable recodificada que se obtuvo a partir de la división en cuatro tramos con intervalos homogéneos de la suma de la puntuación obtenida en las variables relativas a las dificultades o problemas para recrearse, participar socialmente, lograr el cuidado personal, realizar el trabajo doméstico, estudiar y trabajar remuneradamente) se produce la paradoja aparente de que algunas personas que, de acuerdo con los criterios de la ENDIS – CIF 2004 no tendrían discapacidad si presentan, al calcular el indicador sintético antes descrito, una situación de dependencia.

CHILE- Personas en situación de dependencia según grado de dependencia y severidad de la discapacidad. Año 2004.					
Grado de dependencia	Severidad de la discapacidad				Total
	Ninguna discapacidad	Leve o moderada	Severa o mucha	Extrema	
<b>Total</b>	<b>4.823</b>	<b>35.361</b>	<b>88.009</b>	<b>229.125</b>	<b>357.318</b>
Dependencia moderada	4.486	33.055	63.195	78.968	179.704
Dependencia severa	337	2.306	23.236	82.182	108.061
Gran dependencia			1.578	67.975	69.553

Elaboración propia a partir de FONADIS. ENDISC-CIF 2004.

La prevalencia global de las situaciones de dependencia en Chile puede estimarse, de acuerdo con estos cálculos, en un 2,2%. Las personas con dependencia moderada suponen aproximadamente el 1,1% de la población, las personas con dependencia severa el 0,7% y las personas con gran dependencia el 0,4%. Estas estimaciones son algo inferiores a las realizadas en España, con las que presentan una distribución por grados de dependencia muy similar.

El 61,3% de las personas en situación de dependencia son mujeres, y el 38,7% varones. La proporción de mujeres es mayor en el grupo de personas con dependencia moderada (64,4%) y desciende en los grupos de personas con dependencia severa (60,1%) y gran dependencia (55,3%).

En cuanto a la distribución por edad, es de resaltar que el 56,8 por ciento de las personas dependientes tienen 65 o más años, y el 31,8% entre 30 y 64 años. Los menores de 30 años suponen sólo el 11,4% del total. Cuanto mayor es la severidad de la dependencia, más alta es la proporción de personas de 65 o más años.

CHILE- Personas en situación de dependencia según grado de dependencia por sexo y edad. Año 2004.				
	<i>Dependencia moderada</i>	<i>Dependencia severa</i>	<i>Gran dependencia</i>	<i>Total</i>
<b>Ambos sexos</b>				
<b>Total</b>	<b>179.704</b>	<b>108.061</b>	<b>69.553</b>	<b>357.318</b>
De 0 a 5 años	1.820	1.847	2.400	6.067
de 6 a 14 años	10.481	3.841	3.956	18.278
de 15 a 29 años	9.289	4.223	2.838	16.350
de 30 a 64 años	74.273	29.101	10.325	113.699
de 65 años y más	83.841	69.049	50.034	202.924
<b>Hombres</b>				
<b>Total</b>	<b>63.960</b>	<b>43.084</b>	<b>31.084</b>	<b>138.128</b>
De 0 a 5 años	1.102	675	890	2.667
de 6 a 14 años	6.944	1.673	3.304	11.921
de 15 a 29 años	4.733	2.843	2.293	9.869
de 30 a 64 años	24.891	10.228	4.867	39.986
de 65 años y más	26.290	27.665	19.730	73.685
<b>Mujeres</b>				
<b>Total</b>	<b>115.744</b>	<b>64.977</b>	<b>38.469</b>	<b>219.190</b>
De 0 a 5 años	718	1.172	1.510	3.400
de 6 a 14 años	3.537	2.168	652	6.357
de 15 a 29 años	4.556	1.380	545	6.481
de 30 a 64 años	49.382	18.873	5.458	73.713
de 65 años y más	57.551	41.384	30.304	129.239

Elaboración propia a partir de FONADIS. ENDISC-CIF 2004.

El 84% de las personas en situaciones de dependencia residen en áreas urbanas, y el 16% en áreas rurales. Entre las personas dependientes que viven en áreas rurales están sobrerrepresentados los varones (19,4%, frente a 13,9% en las áreas urbanas).

CHILE- Personas en situación de dependencia según grado de dependencia por área de residencia. Año 2004.				
	<i>Dependencia moderada</i>	<i>Dependencia severa</i>	<i>Gran dependencia</i>	<i>Total</i>
<b>Total</b>	<b>179.704</b>	<b>108.061</b>	<b>69.553</b>	<b>357.318</b>
Urbana	152.039	85.516	62.482	300.037
Rural	27.665	22.545	7.071	57.281

Elaboración propia a partir de FONADIS. ENDISC-CIF 2004.

Algo más de un tercio (el 33,9%) de las personas en situación de dependencia residen en la Región Metropolitana. Se trata de un porcentaje bastante inferior al que representa esta región en el conjunto de la población chilena (un 40,4%). La

zona con una mayor concentración relativa de personas dependientes es la VI región, que acoge al 7,4% de las personas dependientes con sólo un 5,2% de la población del país.

CHILE- Personas en situación de dependencia según grado de dependencia por área de residencia. Año 2004.				
	<i>Dependencia moderada</i>	<i>Dependencia severa</i>	<i>Gran dependencia</i>	<i>Total</i>
<b>Total</b>	<b>179.704</b>	<b>108.061</b>	<b>69.553</b>	<b>357.318</b>
I Región	3.872	2.962	2.156	8.990
II Región	4.471	1.766	4.281	10.518
III Región	2.731	3.234	1.117	7.082
IV Región	7.353	4.365	956	12.674
V Región	16.167	12.298	6.432	34.897
VI Región	13.559	8.304	4.641	26.504
VII Región	13.512	7.322	2.567	23.401
VIII Región	29.631	12.002	11.805	53.438
IX Región	10.876	10.469	5.705	27.050
X Región	12.851	10.345	4.774	27.970
XI Región	979	911	386	2.276
XII Región	184	755	283	1.222
Región Metropolitana	63.518	33.328	24.450	121.296

Elaboración propia a partir de FONADIS. ENDISC-CIF 2004.

## 2. EL NUEVO MODELO ESPAÑOL DE PROMOCIÓN DE LA AUTONOMÍA Y ATENCIÓN DE LA DEPENDENCIA

### 2.1. Antecedentes y situación actual

Una de las iniciativas legislativas más importantes en materia social del actual gobierno español es el *Proyecto de Ley de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia*, que en los momentos en que se redacta este informe (finales del mes de octubre de 2006) se está debatiendo en el Congreso de los Diputados (cámara baja del Parlamento español). Se prevé que la tramitación parlamentaria del Proyecto concluya en breve plazo, y que la *Ley de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia* sea promulgada antes de que finalice el presente año.

La remisión al parlamento del Proyecto de Ley fue aprobada por el Consejo de Ministros, a propuesta del ministro de Trabajo y Asuntos Sociales, Jesús Caldera, el pasado 21 de abril. Se trata de una iniciativa que, en palabras del ministro Caldera, supondrá una irreversible "revolución social", ya que permitirá asistir a las personas que no pueden valerse por sí mismas, en su mayoría personas mayores, en las actividades de la vida diaria.

La cuestión de la dependencia era uno de los temas centrales en la oferta electoral de los diferentes partidos que concurren a las últimas elecciones generales, celebradas en marzo de 2004. La demanda de cuidados para personas dependientes se había incrementado de forma notable en España en los últimos años, como consecuencia de la combinación de factores de carácter demográfico, médico y social, y cada vez se extendía más el convencimiento de que los sistemas de apoyo informal que tradicionalmente habían venido atendiendo las necesidades de las personas dependientes habían entrado en crisis, debido a los cambios en el modelo de familia y a la creciente incorporación de las mujeres al mundo laboral. Se hacía imprescindible, por tanto, una respuesta decidida desde los poderes públicos para establecer una amplia red de servicios sociales universales que colaboren con las familias en la prestación de los cuidados que necesitan las personas dependientes.



**Una Ley Básica de protección a las personas dependientes y el establecimiento de una Red de Servicios Sociales dirigida a atenderlos**

*Elaboraremos una Ley Básica de protección a las personas dependientes, con la participación de las Comunidades y Ciudades Autónomas y la FEMP, que garantizará un sistema universal, integral, uniforme y suficiente para que toda persona dependiente tenga derecho a una ayuda personalizada destinada a cubrir las necesidades de atención y cuidado que precise para la realización de los actos esenciales de la vida.*

*La red de servicios de atención a las personas dependientes potenciará la expansión de los servicios de ayuda a domicilio y de teleasistencia e incrementará la oferta de plazas en las residencias y centros de día.*

Programa electoral del Partido Socialista Obrero Español. Elecciones Generales 2004



**Impulsaremos un sistema de protección social de las personas dependientes**

*En el marco del Pacto de Toledo, consideramos prioritario alcanzar un acuerdo entre todas las fuerzas políticas, los agentes sociales y el conjunto de las administraciones públicas, para poner en marcha un sistema integrado de protección social de las personas dependientes. Este será un compromiso que asumirá el Gobierno desde el mismo comienzo de la legislatura.*

*El sistema se basará en los principios de atención equitativa a todos los ciudadanos dependientes, cooperación entre las distintas administraciones públicas y colaboración con el sector privado.*

Programa electoral del Partido Popular. Elecciones Generales 2004

El gobierno del Partido Socialista, vencedor de las elecciones, situó la atención de las personas dependientes en un lugar central de su agenda política. Encomendó al Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO) la elaboración de un *Libro Blanco sobre la atención de las personas en situación de dependencia*, que contiene un diagnóstico exhaustivo de la situación de las personas dependientes y una serie de propuestas dirigidas a lanzar un debate público, con bases y fundamentos asentados en el rigor científico, que permitiera construir un deseable consenso general en torno a un Proyecto de Ley que diera cumplimiento al Programa de Gobierno sobre la protección a las personas en situación de dependencia. El libro blanco fue publicado a principios de 2005, y tuvo una gran acogida por parte de todos los sectores implicados en la atención a las personas dependientes.

En el balance de su primer año de mandato, el presidente José Luis Rodríguez Zapatero planteó tres objetivos prioritarios para su segundo año de Gobierno: uno de carácter fundamentalmente económico (crecimiento económico y estabilidad en el empleo con diálogo social), otro de marcado carácter político (las reformas de los estatutos de autonomía) y el tercero, de carácter social: la aprobación de la Ley de Dependencia.

El 21 de diciembre de 2005, el gobierno y los agentes sociales (los dos principales sindicatos españoles, CC.OO. y UGT, y las patronales CEOE y CEPYME) alcanzaron un acuerdo sobre "La acción protectora de la atención a las situaciones de dependencia", con el objetivo de dar un nuevo paso en el reforzamiento y mejora del Estado del Bienestar y en la mejora de la calidad de vida de los ciudadanos mediante el desarrollo de un nuevo sistema de protección a las personas en situación de dependencia y sus familias.

El 4 de enero de 2006, el Ministro de Trabajo y Asuntos Sociales, Jesús Caldera, presentó públicamente el anteproyecto de Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia y las previsiones de financiación del futuro Sistema Nacional de Dependencia. En su presentación, Caldera anunció que el Gobierno aportaría más de 12.638 millones de euros hasta 2015 para poner en marcha el Sistema Nacional de Dependencia, y afirmó que su coste estimado anual ascendería, cuando esté totalmente implantado, a 9.000 millones de euros anuales (aproximadamente un 1% del PIB español).

Durante los cuatro primeros meses de 2006, se sucedieron las tomas de posición y las valoraciones de los diferentes sectores implicados en torno al anteproyecto de ley. El Consejo Económico y Social y el Consejo de Estado emitieron sendos dictámenes sobre el anteproyecto, en los que, junto a una valoración global positiva del mismo, aportaban importantes sugerencias para su mejora.

Tras la consideración de los dictámenes preceptivos de ambos órganos consultivos y de las valoraciones y aportaciones de los diferentes actores sociales, el Consejo de Ministros aprobó, el día 21 de abril de 2006, la remisión a las Cortes Generales del proyecto de Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia, que iniciaba así su tramitación parlamentaria.

La primera fase de esta tramitación, tras la publicación del proyecto de ley en el Boletín Oficial del Congreso de los Diputados (5 de mayo de 2006) fue la de presentación de enmiendas, cuyo plazo inicial, fijado en quince días de acuerdo con el Reglamento del Congreso, se amplió sucesivamente hasta cuatro veces. Los diferentes grupos parlamentarios y diputados presentaron 3 enmiendas a la totalidad, dos de ellas de devolución, presentadas por el Grupo Parlamentario Vasco (EAJ-PNV) y el Grupo Mixto, y la otra con texto alternativo. Presentada por el Grupo Parlamentario Catalán (Convergència i Unió), y 622 enmiendas al articulado. Las enmiendas a la totalidad fueron rechazadas en el debate celebrado el día 22 de junio por el pleno del Congreso. Las enmiendas al articulado han sido debatidas en el seno de la Comisión de Trabajo y Asuntos Sociales del Congreso de los Diputados. Esta Comisión emitió su dictamen el día 25 de septiembre de 2006.

El Pleno del Congreso de los Diputados ha aprobado sin modificaciones el texto dictaminado por la Comisión de Trabajo y Asuntos Sociales, en sesión celebrada el día 5 de octubre de 2006. Tras su aprobación por el Pleno del Congreso, el proyecto de Ley ha pasado al Senado (cámara alta del Parlamento español), que de acuerdo con su Reglamento, podrá aceptar sin cambios el texto remitido por el Congreso o, en su caso, aprobar vetos (enmiendas a la totalidad) o enmiendas al articulado. Unos y otras deben someterse a una aprobación ulterior del Congreso de los Diputados, que decide así sobre el texto definitivo. El Senado ha fijado un plazo para la presentación de enmiendas que finaliza el próximo día 6 de noviembre.

Una vez que el Congreso se haya manifestado sobre las enmiendas o vetos del Senado, la ley quedará aprobada, haciéndose definitivo su texto. Lo mismo ocurrirá si la Cámara alta aprueba el proyecto sin introducir modificaciones. La ley deberá someterse acto seguido a los trámites de sanción y promulgación por el Rey y a su posterior publicación en el Boletín Oficial del Estado.

## **2.2. El Libro blanco sobre la Atención a las Personas en situación de Dependencia en España**

El Libro Blanco sobre la Atención a las Personas en situación de Dependencia en España, elaborado por el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, a través del Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO), se estructura en 12 Capítulos, que constituyen una amplia panorámica sobre los aspectos demográficos, las características y perfiles de la dependencia, el régimen jurídico, el llamado «apoyo informal», los recursos disponibles, la atención sanitaria y la necesaria coordinación sociosanitaria, los presupuestos y recursos económicos dedicados a la Dependencia por el sector público y los criterios y técnicas de valoración, sin olvidar una estimación de la generación de empleo y los retornos económicos que se derivarían del desarrollo de un sistema de atención a las personas dependientes y un estudio comparado de los diferentes sistemas de protección en los países europeos.

En su capítulo final, el Libro Blanco incluye una serie de consideraciones dirigidas a promover la reflexión, el debate y, en su caso, la toma de decisiones sobre la atención a las personas dependientes. Aunque no en todos los casos el proyecto de ley actualmente en tramitación ha recogido estas consideraciones, su interés

amerita que los principales contenidos de este capítulo final del Libro Blanco se resume en las páginas siguientes.

### **2.2.1. Concepto y grados de dependencia**

El primer punto abordado en ese capítulo de consideraciones es el relativo al concepto y los grados de dependencia. El Libro Blanco asume como concepto válido de dependencia la definición propuesta por el Consejo de Europa, según la cual la dependencia es "aquel estado en que se encuentran las personas que, por razones ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual, tienen necesidad de asistencia y/o ayudas importantes a fin de realizar los actos corrientes de la vida diaria". A partir de ahí, se plantea que sea la concurrencia de la imposibilidad o dificultad grave para realizar aquellas actividades de la vida diaria que se consideran básicas lo que lleve consigo el reconocimiento de la prestación de dependencia. Se propone, por tanto, que una persona sea considerada en situación de dependencia, a los efectos de tener derecho a las prestaciones que establezca la futura ley, cuando no puede realizar sin ayuda algunas de las actividades básicas de la vida diaria relacionadas con el cuidado personal, la movilidad dentro del hogar o las funciones mentales básicas: lavarse y asearse, mantener la higiene personal relacionada con los procesos de excreción, vestirse y desvestirse, comer y beber, cambiar las posiciones del cuerpo, levantarse y acostarse, desplazarse dentro del hogar, reconocer personas y objetos y orientarse y entender y ejecutar órdenes y/o tareas sencillas.

El Libro Blanco profundiza también en los criterios para graduar la protección en función de la menor o mayor intensidad de la ayuda necesaria para realizar las actividades de la vida diaria. Propone que la clasificación de la dependencia se establezca en tres grados, lo que permitirá graduar la dependencia, discriminando las situaciones de menor a mayor intensidad, facilitando a la vez la valoración y la gestión de la prestación. Los grados que se proponen son los siguientes:

- **Dependencia moderada:** Cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria, al menos una vez al día.
- **Dependencia severa:** Cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria dos o tres veces al día, pero no requiere la presencia permanente de un cuidador.
- **Gran dependencia:** Cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria varias veces al día y, por su pérdida total de autonomía mental o física, necesita la presencia indispensable y continua de otra persona.

El Libro Blanco recoge una estimación de las personas con dependencia residentes en España, realizada a partir de la Encuesta sobre Deficiencias, Discapacidades y Estado de Salud de 1999, y avanza unas previsiones sobre la evolución futura de la población dependiente, que estará determinada por el proceso de envejecimiento demográfico, que impulsará al alza las cifras globales de personas dependientes. Según apunta el Libro Blanco, es previsible que, junto a ese aumento global, se produzca una cierta reducción de la prevalencia de las situaciones de dependencia por grupos de edad, como consecuencia de la mejora de los niveles de salud, la mayor conciencia de la población sobre la conveniencia de desarrollar hábitos de vida saludables y las actuaciones preventivas.

Proyección del número de personas dependientes para las actividades de la vida diaria por grados de necesidad de cuidados (España, 2005-2020).

	2005	2010	2015	2020
<b>Personas dependientes</b>				
Grado 3 (Gran dependencia)	194.508	223.457	252.345	277.884
Grado 2 (Dependencia severa)	370.603	420.336	472.461	521.065
Grado 1 (Dependencia moderada)	560.080	602.636	648.442	697.277
<b>Total</b>	<b>1.125.190</b>	<b>1.246.429</b>	<b>1.373.248</b>	<b>1.496.226</b>

### 2.2.2. Modelos de protección social de la dependencia

El Libro Blanco, tras estudiar con detalle los sistemas de protección de la dependencia existentes en los países de nuestro entorno, los agrupa en tres tipos claramente diferenciados, que de alguna forma se corresponden con los distintos modelos de Estado de Bienestar:

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

Se constata que la tendencia general dominante en los países de la Unión Europea se orienta hacia modelos de protección de la dependencia de naturaleza universal, financiados mediante impuestos o cotizaciones, si bien son modelos topados, que prestan servicios o conceden prestaciones monetarias que cubren sólo una parte del coste de los cuidados de larga duración. El modelo asistencial está en retroceso a favor de la universalización del derecho social, lo que supone que el acceso a las prestaciones no depende de los recursos de la persona dependiente, sino de la necesidad sociosanitaria evaluada.

### 2.2.3. Hacia un Sistema Nacional de Dependencia

El Libro Blanco propone la creación de un Sistema Nacional de Dependencia, y entiende por tal el conjunto de prestaciones y servicios que garanticen, en las mismas condiciones para todos los ciudadanos, la protección de las personas en situación de dependencia. El modelo que finalmente se adopte en España deberá tener en cuenta, de acuerdo con el Libro Blanco, los siguientes principios básicos:

- **Universalidad de la prestación.** Todas las personas en situación de dependencia, sea cual sea su edad, el origen de la dependencia y su situación social, deberán poder acceder a las prestaciones del sistema, en las condiciones y con los requisitos que se establezcan.
- **Carácter público** de la prestación, con independencia de las formas de financiación y de las que adopte la gestión concreta de cada prestación.
- **Igualdad en el acceso al derecho.** El Estado debe garantizar la igualdad básica en el acceso a las prestaciones de todas las personas, sea cual sea el lugar de residencia, aunque las administraciones autonómicas y locales, podrán, con cargo a sus presupuestos, ampliar o mejorar las condiciones básicas. La ley de atención a la dependencia tendrá carácter de normativa básica estatal y, por tanto, de mínimos garantizados.



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

El Libro Blanco no se decanta entre un sistema financiado mediante impuestos o mediante cotizaciones, al entender que existen razones que pueden avalar tanto uno como otro.

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

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

El Libro Blanco propone que la protección de la dependencia se regule a través de una ley en la que se garanticen prestaciones y servicios de ámbito estatal y en las mismas condiciones para todos los ciudadanos en situación de dependencia. La futura norma establecerá el derecho a la protección social de la dependencia y concretará las prestaciones que lo hacen efectivo, determinando el sujeto del derecho (la persona dependiente, el cuidador y/o su familia, en su caso) y los órganos responsables de reconocer el derecho y de hacerlo efectivo. Asimismo, según reparto competencial constitucional y estatutario, deberá señalar las funciones que corresponden al Estado, a las Comunidades Autónomas y, en su caso, a las Corporaciones Locales y, consecuentemente, las responsabilidades en la financiación de cada prestación y de las demás actuaciones que puedan establecerse. También habrán de determinarse, en su caso, las obligaciones de la persona dependiente y de sus familiares, y se deberá regular el reconocimiento, declaración y calificación del grado de dependencia, así como la determinación del procedimiento y de la atribución de las facultades para resolver.

Según el Libro Blanco, existe fundamentación jurídica suficiente en la Constitución para regular esta materia, y el Estado tiene títulos competenciales para ello. En concreto, el artículo 9.2 de la Constitución establece que "corresponde a los poderes públicos promover las condiciones para que la libertad y la igualdad del individuo y de los grupos en que se integran sean reales y efectivas; remover los obstáculos que impidan o dificulten su plenitud y facilitar la participación de todos los ciudadanos en la vida política, económica, cultural y social". El artículo 49 obliga a los poderes públicos a realizar una política de integración social de los ciudadanos con discapacidad "para el disfrute de los derechos que éste título otorga a todos los ciudadanos", y el artículo 50 insta a los poderes públicos a garantizar "mediante pensiones adecuadas y periódicamente actualizadas, la suficiencia económica a los ciudadanos durante la tercera edad. Asimismo, y con independencia de las obligaciones familiares, promoverán su bienestar mediante un sistema de servicios sociales que atenderán sus problemas específicos de salud, vivienda, cultura y ocio".

El Estado tiene atribuida una función niveladora básica o esencial, esto es, garantizadora de prestaciones básicas en materias tales como las de los derechos contemplados en los artículos 39 (familia), 41 (seguridad social), 48 (juventud), 49 (disminuidos físicos, sensoriales y psíquicos) y 50 (tercera edad) de la Constitución. Esos preceptos no atribuyen diferentes derechos a los colectivos afectados, sino que especifican y cualifican la tutela que en ellos deben recibir los derechos de la

persona, obligando a los poderes públicos a instrumentar políticas adecuadas (STC 71/1982, o 19/1982).

Al Estado, además, le corresponde poner las bases para que el ejercicio de los derechos se lleve a cabo en condiciones de igualdad en todo el territorio. La articulación de una red pública básica a la que todos los ciudadanos dependientes tengan derecho en función de su grado de dependencia, encuentra su fundamentación principal en los preceptos constitucionales antes citados, en la obligación constitucional de que todos los españoles han de tener los mismos derechos y obligaciones en cualquier parte del territorio español (Art. 139.1 CE), y en la competencia estatal para la regulación de las condiciones básicas que garanticen la igualdad de todos los españoles en el ejercicio de los derechos y en el cumplimiento de los deberes constitucionales (Art. 149.1.1. CE).

### **2.2.5. Valoración de la dependencia**

La valoración de la dependencia requiere de un baremo, de aplicación en todo el ámbito del Estado, mediante el cual sea posible discriminar con criterios objetivos si una persona se encuentra en situación de dependencia y en qué grado se encuadra.

Será necesario determinar quien debe realizar la valoración de la dependencia. El criterio del Libro Blanco es que deben constituirse equipos "ad hoc", en los que estén representados tanto profesionales de los servicios sociales como del ámbito sanitario. Parece lógico que estos equipos tengan como soporte básico de personal la infraestructura de los equipos actualmente existentes para la valoración de la discapacidad, aunque el alto número de valoraciones y revisiones a realizar, especialmente en los primeros años, exigirá de una organización y funcionamiento más descentralizado y protocolizado. Como marco conceptual y metodológico común a los efectos de la definición, clasificación y graduación de los problemas relacionados con la Dependencia se está trabajando en la familia OMS de clasificaciones de la salud (C.I.E. y C.I.F.).

### **2.2.6. Beneficiarios, servicios y prestaciones de atención a la dependencia**

De acuerdo con el Libro Blanco, a los efectos de la protección de la dependencia, deberían considerarse beneficiarios las personas mayores de 18 años, que residan legalmente en España, y se encuentren en situación de dependencia, así como las personas que tengan a su cargo menores de 18 años que se encuentren en situación de dependencia. Para los menores de edad el beneficiario de la prestación debe ser uno de los padres o la persona en quien recaiga la responsabilidad del menor, de acuerdo con la legislación que le sea de aplicación. Asimismo, se podrían establecer medidas de protección en favor de los españoles no residentes en España.

En relación con la naturaleza de la prestación por dependencia, el Libro Blanco señala que caben dos alternativas: que la persona dependiente reciba una cuantía económica con la que hacer frente a los gastos de los servicios o que el Sistema le proporcione estos servicios. Cabe incluso estudiar la posibilidad de un modelo mixto en el que convivan ambos. En cualquiera de las alternativas, la gestión de su aplicación a los servicios que precisa la persona debería vincularse al Sistema Público de Servicios Sociales. Los equipos de servicios sociales, a la vista de grado de dependencia reconocido y de la valoración realizada, serían los responsables de elaborar con la familia el "programa individualizado de atención" más conveniente,

teniendo en cuenta la cuantía de la prestación, los recursos sociales existentes y la idoneidad de los mismos.

La cuantía de la prestación de dependencia debe estar en función de la capacidad financiera del Sistema y, en la medida de lo posible, relacionada con los costes de los servicios que necesite la persona dependiente. En la determinación de la cuantía debe tenerse en cuenta el esfuerzo de cofinanciación que deberá realizar el beneficiario.

La cuantía podría ser la misma para quienes se les haya reconocido igual grado de dependencia, aunque cabe establecer cuantías diferentes según que el beneficiario necesite un servicio de residencia o de ayuda a domicilio, como actualmente sucede en Alemania. Aunque se han elaborado hipótesis y escenarios económicos con el fin de cuantificar el coste del Sistema, el Libro Blanco no propone cuantías para los distintos grados, aunque sí estima que se debe considerar la propuesta alemana de unificar las cuantías de la prestación por Grado o por nivel, si se optara por incorporarlas, independientemente de que la prestación sea de atención domiciliaria o residencial, con el fin de favorecer que las personas continúen en su domicilio, siempre que ello sea posible.

El Libro Blanco enumera los servicios que se consideran necesarios para una adecuada atención de la dependencia.

- Teleasistencia
- Servicios de ayuda a domicilio
  - De atención de las necesidades del hogar
  - De cuidados personales
- Programas de apoyo a familias cuidadoras
- Atención en Centros de Día
  - Centros de Día para mayores
  - Centros de Noche
  - Centro de atención diurna para menores de 65 años
- Servicio de autonomía personal
- Atención residencial, permanente o temporal
  - Residencia Asistida
  - Centros de Atención Dependientes Psíquicos
  - Centros de Atención Dependientes Físicos
- Ayudas Técnicas
- Ayudas para la adaptación y accesibilidad del hogar

La determinación del servicio más adecuada en cada caso debe corresponder a los equipos de valoración, las propias personas dependientes y sus familias.

En relación con la cartera de servicios, el Libro Blanco hace las siguientes consideraciones:

- La prevención ha de contemplarse como un aspecto irrenunciable de los diversos programas y servicios.
- Los programas y servicios para personas en situación de dependencia deben estar diseñados con un enfoque rehabilitador.
- Deberán tenerse en cuenta las preferencias de los potenciales beneficiarios y de sus cuidadores/as de permanecer en su domicilio y en su entorno habitual siempre que sea posible.
- La participación de las personas con dependencias y sus cuidadores/as familiares debe quedar garantizada y ser considerada un derecho

irrenunciable, tanto para determinar el plan de cuidados a desarrollar, como para la elección del tipo de recursos que van a utilizar.

- El modelo de atención a la dependencia debe integrar todo su catálogo de programas y servicios en el entorno comunitario más cercano. La atención institucional no debe quedar fuera del ámbito comunitario.
- Ha de establecerse un procedimiento unificado de acceso a los servicios, en el que se garantice el principio constitucional de igualdad.
- La sectorización geográfica es un criterio esencial para la provisión integral de servicios. Es necesario superar y corregir las históricas diferencias en el establecimiento y delimitación de áreas sociales y sanitarias de actuación, que impiden la intervención coordinada y el desarrollo de canales estables y fluidos de comunicación y coordinación entre los dos sistemas.
- En el ámbito de la coordinación es urgente el establecimiento de un modelo que garantice la continuidad en los cuidados, tanto dentro del propio sistema de servicios sociales (SAD, Centros de día, residencias) como con el sistema sanitario.
- Deben priorizarse los servicios que permiten a las personas permanecer en su domicilio y en su entorno, mediante una planificación individualizada de los casos. En la elaboración del plan de cuidados han de intervenir tanto la persona que precisa cuidados de larga duración como sus familias cuidadoras.
- Cuando las personas no puedan continuar viviendo en su casa, después de las evaluaciones efectuadas, se ofrecerá una plaza en un alojamiento, atendiendo a los criterios de proximidad. En el plan de intervención del alojamiento se tendrá en cuenta la participación de la familia.
- El proceso de atención y cuidados deberá focalizarse en las capacidades preservadas en lugar de centrarse en el déficit, fijando objetivos relacionados con la minimización de la dependencia y el reforzamiento de la autonomía de la persona.
- El diseño del Sistema debe tener en cuenta el enfoque de género.
- El desarrollo del modelo de atención debe contemplar las especificidades del medio rural.
- Es indispensable la puesta en marcha de un Plan de información a toda la ciudadanía que haga realmente accesible el conocimiento de las prestaciones, así como de sus derechos y obligaciones en esta materia.
- Se debe promover el desarrollo de experiencias innovadoras para la atención a la dependencia que aborden nuevas iniciativas tanto el diseño y características de los servicios como en los sistemas de gestión.
- La práctica cotidiana de los servicios de proximidad debe inspirarse en los principios de coordinación, complementariedad, profesionalidad, interdisciplinariedad, flexibilidad e innovación.
- Deberá potenciarse la investigación y la aplicación de sus resultados a la práctica de la planificación y la intervención en el ámbito de la atención a la dependencia.
- Habrá que prestar una atención preferente a la protección de derechos y libertades fundamentales de las personas que no tienen capacidad de libre elección en sus decisiones.
- El sistema de atención a la dependencia deberá incorporar prestaciones y apoyos innovadores, como las ayudas técnicas o las tecnologías de apoyo y

las ayudas para hacer accesibles los entornos de las personas en situación de dependencia.

Además de estas consideraciones generales sobre la cartera de servicios, el Libro Blanco hace consideraciones específicas para los servicios domiciliarios, los centros de día y otros servicios intermedios, los alojamientos alternativos y las residencias, la accesibilidad, las ayudas técnicas y los servicios de atención a personas menores de 65 años.

El Libro Blanco también dedica un amplio repertorio de consideraciones a los cuidados familiares, abogando por la protección de la carrera laboral y de seguro de los cuidadores y cuidadoras, reconociendo de manera explícita el papel de las redes sociales de apoyo y la necesidad de garantizar servicios de soporte para los allegados que se ocupan del cuidado de las personas en situación de dependencia.

El apartado dedicado a los servicios y prestaciones se cierra con los epígrafes dedicados a la atención sanitaria de las personas en situación de dependencia y a la coordinación sociosanitaria. La atención sanitaria a las personas en situación de dependencia debe incluir los cuidados sanitarios de larga duración, la atención sanitaria a la convalecencia y la rehabilitación de pacientes con déficit funcional recuperable, y ha de inspirarse en los principios de acceso universal y gratuito, prioridad del enfoque preventivo, atención de las necesidades individuales, gestión de planes de cuidados, enfoque integral, mantenimiento del usuario en su entorno, homogeneidad territorial, eficacia, efectividad y eficiencia, seguridad, calidad, accesibilidad, evaluación y mejora continua.

El modelo de atención sociosanitaria de las situaciones de dependencia deberá garantizar las prestaciones y la continuidad de los cuidados sociales y sanitarios, adaptándose a las variaciones que se produzcan en el estado general de la persona. Las políticas activas de carácter sociosanitario deben sustentarse en la prevención. En este sentido deberán promoverse tratamientos de rehabilitación, mantenimiento y recuperación de la persona de carácter multidisciplinar, dado que la dependencia no es un estado definitivo sino evolutivo y puede revestir diversos grados.

La cooperación y coordinación entre los Órganos Gestores con competencia en la gestión de las políticas sociales y sanitarias de las distintas Administraciones Públicas es imprescindible para la generación de un modelo de atención sociosanitario, basado en el consenso y la coordinación.

### **2.2.7. Financiación del Sistema**

El Libro Blanco, tras afirmar la necesidad de establecer con claridad las fuentes de financiación del Sistema Nacional de Dependencia, señala que estas fuentes dependerán de que se opte o no por enmarcar la protección de las personas en situación de dependencia dentro de la Seguridad Social contributiva.

Si la opción fuera la de incorporar una nueva prestación al Sistema de la Seguridad Social, ello conllevaría establecer una cotización específica o destinar recursos excedentes, si existiera margen para ello en el actual esquema de financiación, sin perjuicio de complementar con otras fuentes de financiación la cobertura de las personas no cotizantes.

En el supuesto de que se optase por un sistema universal o por la consideración de la prestación de dependencia como no contributiva, la financiación debería correr a cargo de los impuestos generales del Estado, con los que también habría de

financiarse el desarrollo de la red de centros y servicios necesarios para atención a las personas dependientes.

En cualquier caso, y con independencia del procedimiento de financiación que se establezca, deberá tenerse en cuenta la financiación actualmente existente, que procede de la acción impositiva. Los presupuestos que las Comunidades Autónomas destinan actualmente a la prestación de servicios de dependencia deben cuantificarse, para determinar, mediante acuerdo, un porcentaje de participación en la financiación total del Sistema Nacional de Dependencia.

Además de incorporar las cantidades procedentes de la reordenación y optimización de los recursos ya existentes, el Libro Blanco señala, basándose en las experiencias de otros países, la posibilidad de asignar a la financiación de la dependencia parte del importe de determinados impuestos o multas relacionados con actividades generadoras de dependencia (impuestos especiales sobre el alcohol y el tabaco, multas de tráfico o por incumplimiento de la normativa de prevención de riesgos laborales, etc.). El esquema de financiación también hay que tener en cuenta los importantes retornos económicos que se originarán como consecuencia de la puesta en marcha del Sistema.

El Libro Blanco propone la creación de un Fondo Estatal del Sistema Nacional de Dependencia, para financiar los servicios y prestaciones, apoyar la creación de centros y servicios y hacer frente a los costes derivados de la gestión del Sistema.

## **2.2.8. Organización y gestión del Sistema**

El Libro Blanco señala que la organización del Sistema Nacional de Dependencia debe tener en cuenta, en primer lugar, el marco de distribución competencial entre el Estado y las Comunidades Autónomas establecido en la Constitución y en los Estatutos de Autonomía respecto de la gestión de la Seguridad Social, así como la realidad institucional sobre la que se asientan las prestaciones y servicios que actualmente configuran la atención a la dependencia en España.

Al Estado le correspondería regular mediante una ley el alcance y contenido del derecho a la atención a las personas en situación de dependencia, su financiación y gestión y el sistema de valoración de la dependencia, con el fin de garantizar la igualdad en el acceso a la protección. Asimismo, el Estado asumiría el seguimiento, control y evaluación del Sistema y debería establecer un Observatorio de la Dependencia, a disposición de todas las Administraciones y agentes que intervengan en el Sistema, en el que se analicen tendencias, se realicen prospecciones, estudios e investigaciones y se difundan experiencias y buenas prácticas nacionales e internacionales.

En régimen de cooperación entre el Estado y las Comunidades Autónomas, a través de la Conferencia Sectorial, debería procederse al estudio y aprobación de la cartera de servicios, de los estándares de calidad y los criterios de acreditación de centros y servicios, así como al impulso de la formación de los profesionales.

A las Comunidades Autónomas les correspondería realizar la valoración de la dependencia y reconocer el derecho a la prestación de dependencia, en los términos que determine la ley, así como garantizar que, en el ámbito de su territorio, se pongan a disposición de los ciudadanos los servicios y centros necesarios para que las personas con dependencia sean atendidas adecuadamente.

A las Corporaciones Locales, y especialmente a aquellas que cuentan con una población suficiente para gestionar por sí mismas algunos de los servicios de

atención de la dependencia, les correspondería gestionar los servicios que, por su naturaleza y proximidad deben ser prestados por los órganos locales. También habrían de facilitar la creación de nuevos servicios y centros, habilitando suelo dotacional y agilizando trámites.

El Libro Blanco señala la importancia de la colaboración y la coordinación entre las Administraciones para que las personas con dependencia reciban la mejor atención posible.

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

Para la configuración de la red debe exigirse la acreditación de cada uno de los centros o servicios, tanto públicos como dependientes de la iniciativa privada con y sin ánimo de lucro que están destinados a la atención de las personas con dependencia, una vez comprobado que reúnen los requisitos establecidos. La competencia para acreditar los centros y servicios correspondería a las Comunidades Autónomas, que deberían, asimismo, establecer un registro público de los operadores acreditados.

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

### **2.2.10. *La calidad en el Sistema Nacional de Dependencia***

Deberá garantizarse tanto la calidad de los recursos que se pongan a disposición del Sistema Nacional de Dependencia como la calidad de los servicios que se presten. Para ello habrá que articular los oportunos instrumentos de seguimiento, control y evaluación, que garanticen el cumplimiento de la norma y de los requisitos exigidos en el funcionamiento de los recursos.

Como principio general, los requisitos mínimos han de ser homogéneos y referidos a todos los recursos, tanto si son de titularidad pública como si son de titularidad privada.

Las actuaciones en materia de calidad de los recursos deberán dirigirse en dos direcciones: La fijación de requisitos de calidad de todos los recursos del sistema, lo que implicaría propiciar la normalización (a través de la correspondiente UNE) de cada tipo de recurso, y el establecimiento de un horizonte temporal respecto a la exigencia de los mismos, teniendo en cuenta la realidad de recursos existentes, la variedad de los mismos, la dificultad de implementación a corto plazo incluso con la colaboración de los agentes privados.

Para garantizar la calidad en la prestación de los servicios habría que contemplar la elaboración de Carteras o Cartas de Servicios, en las que se explicitaran los compromisos de la organización con los usuarios y las formas de participación de los interesados y/o de sus tutores y cuidadores; la fijación de estándares de calidad mínimos en la prestación del servicio; la protocolización, al menos, de aquellas actuaciones que tengan que ver con cuidados sanitarios e higiénicos y con situaciones de emergencia o seguridad; el establecimiento de indicadores de rendimiento y la realización de encuestas de la percepción que los usuarios (o sus tutores y cuidadores) tienen del funcionamiento de los servicios.

Deberá realizarse un seguimiento y control del cumplimiento de la norma y de los requisitos exigidos, lo que conllevará el establecimiento de mecanismos y recursos de inspección por parte de las Administraciones competentes en cada ámbito y del correspondiente régimen sancionador, en su caso. También deberá procederse a la evaluación del funcionamiento de cada recurso y de los servicios que a través de él se presten, con especial atención a la percepción de los usuarios que reciben el servicio y de sus tutores y cuidadores, mediante las correspondientes encuestas de satisfacción.

Además de garantizar la calidad de los recursos y servicios, deberá abordarse una política dirigida a garantizar la calidad en la gestión del propio Sistema Nacional de Dependencia, lo que supone el establecimiento de unos indicadores y estándares en las fases básicas de su instrumentación, la facilitación de los procesos y del acceso de los usuarios al sistema y el establecimiento de instrumentos que garanticen la calidad del mismo.

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

El Libro Blanco afirma la necesidad de impulsar el desarrollo de los profesionales que trabajen en la atención a las personas con dependencia. Constata que, aunque en los modelos asistenciales se están promoviendo cambios significativos que se orientan hacia la estimulación y potenciación de las capacidades de las personas, existe una muy escasa formación orientada en este sentido. En los currículos universitarios de los futuros profesionales que pueden atender a personas con dependencia apenas aparecen créditos destinados al conocimiento de la dependencia y, los pocos que existen, suelen ser muy concretos (geriátrica, psicomotricidad,...) y poco extensos. Los postgrados también están muy orientados a un campo en concreto y suelen ser de tipo asistencial o de gestión de recursos especializados.

Se constata asimismo que existe una amplia oferta de formación de tipo ocupacional, cuya variedad es casi ilimitada tanto en lo que se refiere a titulación, como a número de horas, contenido, requisitos de acceso, etc. teniendo incluso variaciones según las Comunidades Autónomas.

Según el Libro Blanco, los programas formativos habrán de tener en cuenta las necesidades de los cuidadores informales, de los cuidadores profesionales de atención directa y de los profesionales especializados.

La formación de los cuidadores informales ha de estar organizada en función del grado de intervención y la proximidad con la persona dependiente o discapacitada. Para ayudar a desarrollar este papel, se hace indispensable incluir dentro del currículum de formación apartados muy específicos de información y formación a los familiares y a las propias personas afectadas por la dependencia o discapacidad. Es de gran importancia adaptar los programas formativos con iniciativas que incluyan y propugnen la colaboración con la familia, partiendo de elementos capaces de definir una evaluación de las necesidades específicas de las situaciones de dependencia, que permitan la elaboración de planes funcionales de intervención en los que la familia o el entorno social más cercano tenga los elementos de intervención específicos y significativos en un proceso global. Los Programas de Formación e Información deberán incorporar códigos de buenas prácticas y metodologías de éxito utilizadas actualmente para dar soporte formativo, así como oportunidades de implicación a los cuidadores informales en los procesos de intervención hacia la persona dependiente.



En cuanto a los cuidadores profesionales, el inventario y revisión de la adecuación del currículo de los distintos programas de formación no reglada y reglada vigentes así como de las diferentes ofertas y programas de formación ocupacional, demuestran la disparidad de criterios sobre los perfiles, capacidades y conocimientos, que precisan de una unificación y reglamentación mucho más adecuada. En este sentido, hace falta homogeneizar el panorama formativo actual, tanto con respecto a la denominación del puesto de trabajo, como con respecto a los contenidos, la duración y la titulación oficial de los estudios que se cursan sobre esta materia, puesto que actualmente hay muchas ofertas que no reúnen los mínimos contenidos formativos deseables por desarrollar este perfil profesional.

En relación con los profesionales especializados con cualificación específica, será necesaria la revisión del currículo básico de las titulaciones universitarias implicadas en la atención de las personas discapacitadas con grave afectación y personas mayores en situación de dependencia y sus especializaciones regladas, así como la adecuación de los sistemas de formación a los programas de convergencia europea en la educación superior e universitaria.

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

### **2.3. El proyecto de Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia**

El proyecto de Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia, que ya ha sido aprobado por el pleno del Congreso y está actualmente en trámite de aprobación por el Senado, tiene la siguiente estructura:

- Exposición de motivos
- Título preliminar: Disposiciones generales
- Título I: El Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia
  - Capítulo I: Configuración del Sistema
  - Capítulo II: Prestaciones y Catálogo de servicios de atención del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia
    - Sección 1ª: Prestaciones del Sistema
    - Sección 2ª: Prestaciones Económicas
    - Sección 3ª: Servicios de promoción de la autonomía personal y de atención y cuidado
  - Capítulo III: La dependencia y su valoración.
  - Capítulo IV: Reconocimiento del derecho.
  - Capítulo V: Financiación del Sistema y aportación de los beneficiarios.
- Título II: La calidad y eficacia del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia.
  - Capítulo I: Medidas para garantizar la calidad del Sistema.
  - Capítulo II: Formación en materia de dependencia.
  - Capítulo III: Sistema de información.
  - Capítulo IV: Actuación contra el fraude.
  - Capítulo V: Órganos consultivos del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia.

- Título III: Infracciones y sanciones
- Disposiciones adicionales, transitorias y finales

A continuación se resumen los contenidos más relevantes del proyecto de Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia, en su versión aprobada por el Pleno del Congreso el día 5 de octubre de 2006, cuyo texto completo puede descargarse en la web del Congreso de los Diputados, en el siguiente enlace:

[http://www.congreso.es/public\\_oficiales/L8/CONG/BOCG/A/A\\_084-11.PDF](http://www.congreso.es/public_oficiales/L8/CONG/BOCG/A/A_084-11.PDF)

### **2.3.1. Objeto**

El objeto de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia es regular las condiciones básicas que garanticen la igualdad en el ejercicio del derecho subjetivo de ciudadanía a la promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia, en los términos establecidos en las leyes, mediante la creación de un Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, con la colaboración y participación de todas las Administraciones Públicas y la garantía por la Administración General del Estado de un contenido mínimo común de derechos para todos los ciudadanos en cualquier parte del territorio del Estado español.

### **2.3.2. Principios inspiradores:**

Los principios inspiradores de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia son los siguientes:

- a) El carácter público de las prestaciones del Sistema Nacional de Dependencia.
- b) La universalidad en el acceso de todas las personas en situación de dependencia, en condiciones de igualdad efectiva y no discriminación, en los términos establecidos en esta Ley.
- c) La atención a las personas en situación de dependencia de forma integral e integrada.
- d) La transversalidad de las políticas de atención a las personas en situación de dependencia.
- e) La valoración de las necesidades de las personas, atendiendo a criterios de equidad para garantizar la igualdad real.
- f) La personalización de la atención, teniendo en cuenta de manera especial la situación de quienes requieren de mayor acción positiva como consecuencia de tener mayor grado de discriminación o menor igualdad de oportunidades.
- g) El establecimiento de las medidas adecuadas de prevención, rehabilitación, estímulo social y mental.
- h) La promoción de las condiciones precisas para que las personas en situación de dependencia puedan llevar una vida con el mayor grado de autonomía posible.
- i) La permanencia de las personas en situación de dependencia, siempre que sea posible, en el entorno en el que desarrollan su vida.
- j) La calidad, sostenibilidad y accesibilidad de los servicios de atención a la dependencia.

- k) La participación de las personas en situación de dependencia y, en su caso, de sus familias y entidades que les representen en los términos previstos en esta Ley.
- l) La colaboración de los servicios sociales y sanitarios en la prestación de los servicios a los usuarios del Sistema Nacional de Dependencia que se establecen en la presente Ley y en las correspondientes normas de las Comunidades Autónomas y las aplicables a las Entidades Locales
- m) La participación de la iniciativa privada en los servicios y prestaciones de promoción de la autonomía personal y atención a la situación de dependencia.
- n) La participación del tercer sector en los servicios y prestaciones de promoción de la autonomía personal y atención a la situación de dependencia.
- o) La cooperación interadministrativa.
- p) La integración de las prestaciones establecidas en esta Ley en las redes de servicios sociales de las Comunidades Autónomas, en el ámbito de las competencias que tienen asumidas, y el reconocimiento y garantía de su oferta mediante centros y servicios públicos o privados concertados.
- q) La inclusión de la perspectiva de género, teniendo en cuenta las distintas necesidades de mujeres y hombres.
- r) Las personas en situación de gran dependencia serán atendidas de manera preferente.

### **2.3.3. Titulares de los derechos**

Son titulares de los derechos **los españoles** que cumplan los siguientes requisitos:

- a) **Encontrarse en situación de dependencia** en alguno de los grados establecidos.
- b) **Para los menores de tres años**, la Disposición Adicional 13 prevé que, sin perjuicio de los servicios establecidos en los ámbitos educativo y sanitario, el Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia atenderá las necesidades de ayuda a domicilio y, en su caso, prestaciones económicas vinculadas y para cuidados en el entorno familiar a favor de los menores de 3 años acreditados en situación de dependencia. Se promoverá la adopción de un plan integral de atención para los menores de 3 años en situación de dependencia, en el que se contemplen las medidas a adoptar por las Administraciones Públicas, sin perjuicio de sus competencias, para facilitar atención temprana y rehabilitación de sus capacidades físicas, mentales e intelectuales.
- c) **Residir en territorio español** y haberlo hecho **durante cinco años**, de los cuales dos deberán ser inmediatamente anteriores a la fecha de presentación de la solicitud. Para los menores de cinco años el periodo de residencia se exigirá a quien ejerza su guarda y custodia.

Las personas que, reuniendo los requisitos anteriores, carezcan de la nacionalidad española se regirán por lo establecido en la Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social, en los tratados internacionales y en los convenios que se establezcan con el país de origen. Para los menores que carezcan de la nacionalidad española se estará a lo

dispuesto en las Leyes del Menor vigentes, tanto en el ámbito estatal como en el autonómico, así como en los tratados internacionales.

El Gobierno podrá establecer medidas de protección a favor de los españoles no residentes en España. Asimismo. Deberá establecer, previo acuerdo del Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, las condiciones de acceso al Sistema de los inmigrantes españoles retornados.

#### **2.3.4. El Sistema para la Autonomía y Atención de la Dependencia**

La Ley establecerá un Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD), configurado como una **red de utilización pública** que integra, de forma coordinada, centros y servicios, públicos y privados.

El Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia:

- garantiza las condiciones básicas y el contenido común de la protección que establece la Ley;
- sirve de cauce para la colaboración y participación de las Administraciones Públicas, en el ejercicio de sus respectivas competencias, en materia de promoción de la autonomía personal y la atención y protección a las personas en situación de dependencia;
- optimiza los recursos públicos y privados disponibles, y
- contribuye a la mejora de las condiciones de vida de los ciudadanos.

La protección de la situación de dependencia se prestará de acuerdo con los siguientes niveles:

- Un nivel de protección mínimo, establecido por la Administración General del Estado como condición básica de garantía del derecho a la promoción de la autonomía personal y atención a la situación de dependencia. La financiación pública de este nivel correrá a cuenta de la Administración General del Estado.
- El nivel de protección incrementado que se acuerde entre la Administración General del Estado y cada una de las Comunidades Autónomas mediante Convenio.
- El nivel adicional de protección que pueda establecer cada Comunidad Autónoma.

Se crea el **Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención de la Dependencia** como instrumento de cooperación para la articulación del Sistema. Estará presidido por el Ministro de Trabajo y Asuntos Sociales y formado por representantes de la Administración general del Estado y de las Comunidades Autónomas, que tendrán mayoría. Las Entidades Locales podrán participar en el Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia en la forma y condiciones que el propio Consejo disponga.

El Consejo Territorial acordará el marco de cooperación interadministrativa, que se desarrollará mediante los correspondientes Convenios entre la Administración General del Estado y cada una de las Comunidades Autónomas; establecerá criterios para determinar la intensidad de protección de cada uno de los servicios previstos; acordará las condiciones y cuantía de las prestaciones económicas;

adoptará los criterios de participación del beneficiario en el coste de los servicios, y acordará el baremo, los criterios básicos del procedimiento de valoración y las características de los órganos de valoración, entre otras funciones.

Se prevé la constitución de un Comité Consultivo de carácter tripartito (Administraciones, Sindicatos y Organizaciones Empresariales) y la participación de las organizaciones sociales a través del Consejo Estatal de Personas Mayores, el Consejo Nacional de la Discapacidad y el Consejo Estatal de Organizaciones no Gubernamentales de Acción Social.

### **2.3.5. Catálogo de Servicios y Prestaciones económicas del Sistema para la Autonomía y Atención de la Dependencia**

De acuerdo con el proyecto de ley, las prestaciones por dependencia podrán tener la naturaleza de servicios y de prestaciones económicas e irán destinadas, por una parte, a la promoción de la autonomía personal y, por otra, a atender las necesidades de las personas con dificultades para la realización de las actividades básicas de la vida diaria. Los servicios tendrán carácter prioritario y se prestarán a través de la oferta pública de la Red de Servicios Sociales por las respectivas Comunidades Autónomas mediante centros y servicios públicos o privados concertados debidamente acreditados.

El Catálogo de Servicios queda configurado de la siguiente forma:

- Servicio de Prevención de las situaciones de dependencia
- Servicio de Teleasistencia
- Servicio de Ayuda a Domicilio
  - Atención de las necesidades del hogar
  - Cuidados personales
- Servicio de Centro de Día y de Noche
  - Centro de Día para mayores
  - Centro de Día para menores de 65 años
  - Centro de Día de atención especializada
  - Centro de Noche
- Servicio de Atención residencial
  - Residencia para personas mayores en situación de dependencia
  - Centro de atención a personas en situación de dependencia en razón de los distintos tipos de discapacidad

Se establecen las siguientes prestaciones económicas:

- **Prestación económica vinculada al servicio.** Se reconocerá únicamente cuando no sea posible el acceso a un servicio público o concertado de atención y cuidado.
- **Prestación económica para cuidados en el entorno familiar y apoyo a cuidadores no profesionales.** Se establece con carácter excepcional, cuando el beneficiario pueda ser atendido en su medio familiar y se den condiciones adecuadas de convivencia y habitabilidad de la vivienda.
- **Prestación económica de asistencia personal.** Tiene como finalidad la promoción de la autonomía de las personas con gran dependencia. Su objetivo es contribuir a la contratación de una asistencia personal, durante un número de horas, que facilite al beneficiario una vida más autónoma, el acceso a la educación y al trabajo, y el ejercicio de las actividades básicas de la vida diaria.

### **2.3.6. La dependencia y su valoración**

El proyecto de ley establece que la situación de dependencia se clasificará en los siguientes grados:

- **Grado I. Dependencia moderada:** Cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria, al menos una vez al día.
- **Grado II. Dependencia severa:** Cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria dos o tres veces al día, pero no requiere el apoyo permanente de un cuidador.
- **Grado III. Gran dependencia:** Cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria varias veces al día y, por su pérdida total de autonomía mental o física, necesita el apoyo indispensable y continuo de otra persona.

Cada uno de los grados de dependencia se clasificará en dos niveles, en función de la autonomía de las personas y de la intensidad del cuidado que requieran.

Las Comunidades Autónomas determinarán los órganos de valoración, que emitirán un dictamen sobre el grado y nivel de dependencia, con especificación de los cuidados que la persona pueda requerir. El Consejo Territorial deberá acordar unos criterios comunes de composición y actuación de los órganos de valoración de las Comunidades Autónomas que, en todo caso, tendrán carácter público.

El Gobierno regulará por Real Decreto, previo acuerdo del Consejo Territorial, un baremo que establecerá los criterios objetivos de valoración del grado de autonomía de la persona, de su capacidad para realizar las distintas actividades de la vida diaria, los intervalos de puntuación para cada uno de los grados y niveles de dependencia, y el protocolo con los procedimientos y técnicas a seguir para la valoración de las aptitudes observadas. El baremo, que tendrá entre sus referentes la Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud (CIF), valorará la capacidad de la persona para llevar a cabo por sí misma las actividades básicas de la vida diaria, así como la necesidad de apoyo y supervisión para su realización en el caso de personas con discapacidad intelectual o con enfermedad mental. La valoración se realizará teniendo en cuenta los correspondientes informes sobre la salud de la persona y sobre el entorno en el que viva, y considerando, en su caso, las ayudas técnicas, ortesis y prótesis que le hayan sido prescritas.

### **2.3.7. Programa individual de atención**

Para hacer efectivas las prestaciones reconocidas a la persona en situación de dependencia, los servicios sociales del sistema público establecerán un programa individual de atención en el que se determinarán los servicios y las modalidades de intervención más adecuados a sus necesidades, con la participación previa consulta y elección entre las alternativas propuestas del beneficiario y, en su caso, su familia o entidades tutelares que le representen. El programa podrá ser revisado a instancia del interesado y de sus representantes o a instancia de la Administración, así como con motivo del cambio de residencia a otra Comunidad Autónoma.

### **2.3.8. *Financiación del Sistema y aportación de los beneficiarios***

La financiación del Sistema será la suficiente para garantizar el cumplimiento de las obligaciones que correspondan a las Administraciones Públicas competentes y se determinará anualmente en los correspondientes Presupuestos.

La Administración General del Estado asumirá íntegramente el coste derivado del nivel mínimo de protección garantizado.

Los Convenios que se suscriban entre la Administración General del Estado y cada una de las Comunidades Autónomas determinarán las obligaciones asumidas por cada una de las partes para la financiación de los servicios y prestaciones del Sistema. La aportación de la Comunidad Autónoma será, para cada año, al menos igual a la de la Administración General del Estado.

Los beneficiarios de las prestaciones de dependencia participarán en la financiación de las mismas, según el tipo y coste del servicio y su capacidad económica personal. La capacidad económica personal se tendrá también en cuenta para determinar la cuantía de las prestaciones económicas. Para fijar la participación del beneficiario, se tendrá en cuenta la distinción entre servicios asistenciales y de manutención y hoteleros. Ningún ciudadano quedará fuera de la cobertura del Sistema por no disponer de recursos económicos.

### **3. LOS MODELOS DE PROTECCIÓN A LAS PERSONAS EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA EN EL CONTEXTO INTERNACIONAL. ALGUNAS ENSEÑANZAS.**

El Libro Blanco sobre la Atención a las Personas en situación de Dependencia en España dedica uno de sus capítulos a analizar los modelos de protección a las personas en situación de dependencia que se están aplicando en algunos países de la Unión Europea y de la OCDE. En ese capítulo, que aquí se resume, se ofrece una panorámica general de los debates políticos que se están produciendo en esos países sobre los retos sanitarios y sociales del envejecimiento; se describen y comparan los sistemas de cuidados de larga duración; se señalan las coincidencias y diferencias, así como los elementos de continuidad y los de innovación o reforma, y se definen los límites y tendencias de las políticas de dependencia desde una perspectiva internacional.

#### **3.1. Las líneas generales del debate político internacional sobre la dependencia**

En el desarrollo de los sistemas de atención a las personas dependientes en Europa están incidiendo dos grandes tendencias: por una parte, las presiones económicas a favor de la contención del gasto social, que promueven la ampliación de la responsabilidad individual en los sistemas de cuidados, y, por otra, las presiones sociales a favor de nuevas fórmulas de responsabilidad colectiva, que han determinado la creación de sistemas de protección social a la dependencia de nueva planta en algunos países continentales europeos a partir de la década de los años noventa del pasado siglo (Alemania, Austria, Luxemburgo, Francia), extendidos a partir de los sistemas sanitarios y de servicios sociales existentes (países nórdicos y modelo holandés) o en proceso de debate político (Bélgica, España, Reino Unido, Italia).

Lo que es claro, en cualquier caso, es que la dependencia juega un papel creciente en la agenda política (y no únicamente por razón de la evolución demográfica), que está conduciendo, en varios países europeos, a importantes cambios legislativos e institucionales, y que es un camino que necesariamente hay que empezar a recorrer más bien pronto que tarde.

La forma de hacer frente a la dependencia difiere de unos países a otros. Existen tres modelos fundamentales en la organización de la protección social de la dependencia que difieren en su financiación, en la consideración de los riesgos que protegen, en la naturaleza jurídica de las prestaciones y en la extensión de la protección. Estos modelos son los siguientes:

- De protección universal para todos los ciudadanos y financiación mediante impuestos. Es el modelo de los países nórdicos y de Holanda.
- De protección a través del Sistema de la Seguridad Social, mediante prestaciones que tiene su origen en cotizaciones. Es el modelo vigente en Alemania, Austria y Luxemburgo. Japón y Suiza tienen también sistemas de protección basados en la Seguridad Social.



- Asistencial, dirigido esencialmente a los ciudadanos carentes de recursos. Es el modelo predominante en los países del sur de Europa. Estados Unidos y Australia tienen también modelos de este tipo.

En función de cual sea el enfoque, la financiación se hará sólo por impuestos, por cotizaciones fundamentalmente o de una forma mixta mediante impuestos y cotizaciones. Igualmente, los riesgos cubiertos y las prestaciones garantizadas serán diferentes y de naturaleza jurídica distinta. En algunos se le concibe como un riesgo particular inherente a la vejez, en otros como un riesgo social que puede aparecer en cualquier fase de la vida. Existen, también, concepciones diferentes sobre el estatuto jurídico-social del riesgo de dependencia y esto se refleja en la forma de protección ofrecida. La concesión de la prestación puede depender únicamente del nivel de la dependencia o tener en cuenta también el nivel de renta. Los debates políticos son también diferentes según el grado de madurez de los sistemas. En los países nórdicos, donde desde hace tiempo se cuenta con una amplia cobertura de cuidados de larga duración, el debate se centra sobre todo en la disponibilidad de los recursos necesarios y en la calidad de la atención. En los países del centro de Europa (Alemania, Austria, Luxemburgo) que han implantado recientemente dentro de sus sistemas de Seguridad Social un subsistema de seguro específico, el debate se centra en su sostenibilidad financiera y en la mejora de su gestión. En los países del Sur de Europa, por lo general, el debate se centra en la necesidad de configurar un sistema de protección, y adolece de la formulación concreta de respuestas y compromisos legislativos y presupuestarios.

Hay que señalar, finalmente, que la mayor parte de los sistemas de protección a las personas en situación de dependencia hacen referencia a la misma desligándola de la edad, aunque se sabe que la edad comporta un mayor riesgo de dependencia y que las personas mayores representan la mayor parte de las personas en situación de dependencia.

### **3.2. Los sistemas de cuidados de larga duración en la Unión Europea. Reformas y Debates.**

Hasta muy recientemente, existía una clara diferencia en la provisión de cuidados sanitarios y de cuidados personales a las personas dependientes. Los sistemas sanitarios asumían una parte muy importante del coste de la atención sanitaria mediante sistemas de cobertura universal financiados con impuestos o cotizaciones de la Seguridad Social, e indirectamente una parte de los cuidados personales. Al mismo tiempo, los cuidados personales eran y siguen siendo en gran medida, sobre todo en los países del Sur de Europa, responsabilidad de la familia y, en particular de la mujer. La naturaleza familiar de los cuidados personales ha sido hasta hace muy poco una característica básica de la mayoría de los sistemas de cuidados personales con la excepción singular de los modelos nórdicos de protección social y del modelo sociosanitario de Holanda.

En los últimos años, con distintos ritmos y condicionados por la reestructuración del Estado de Bienestar y las prioridades de los distintos gobiernos, se ha producido un proceso de cambio en la atención social y sanitaria de las personas mayores dependientes y, en general, de las personas con discapacidad de cualquier edad necesitadas de cuidados personales e instrumentales para la vida diaria. El propio envejecimiento de la población y, sobre todo, el aumento de la población mayor de 80 años en situación de dependencia, así como el aumento de las tasas de enfermedades mentales en los tramos altos de la pirámide poblacional, han incrementado las necesidades de cuidados personales en sociedades en las que la mujer, columna vertebral del sistema de cuidados, se ha incorporado masivamente

al mercado de trabajo; el tamaño de la familia se ha reducido, afectando al volumen de la población cuidadora y a la propia intensidad de cuidados y, por último, se está produciendo un cambio cultural profundo en contra de la feminización de la función cuidadora.

El impacto de estos cambios, iniciados en los años setenta del pasado siglo y cuya maduración social y demográfica ha tenido lugar en la última década, ha cuestionado doble y radicalmente tanto la naturaleza asistencial de los servicios sociales como la centralidad del papel tradicional de la mujer cuidadora. Como consecuencia, los sistemas de protección social europeos se están viendo conducidos, bajo la presión social objetiva de estos factores, a implantar sistemas de protección de la dependencia de mayor cobertura que la actual y con nuevas prestaciones sociales de apoyo a la persona dependiente, sobre todo en el nivel de cuidados comunitarios. En definitiva, la presión económica e institucional en favor de una mayor responsabilidad individual en el coste de la atención sanitaria tiene su relativo contrapunto en una presión social en favor de una mayor responsabilidad colectiva en el caso de los sistemas de cuidados personales de larga duración.

Desde el punto de vista de las políticas públicas, el actual debate europeo sobre la dependencia se está traduciendo en la puesta en marcha de programas de protección social que reconocen como riesgo social la necesidad de cuidados de larga duración, si bien la tradición de cada país y la competencia exclusiva que en materia sanitaria y social tienen los Estados miembros conllevan discrepancias sobre el alcance protector, las formas de financiación, el distinto papel que debe tener el sistema sanitario y los servicios sociales, el peso de la familia cuidadora y la escala en que se prestan los diferentes servicios. Aunque se está produciendo una cierta convergencia entre los países miembros de la UE, aún estamos lejos, como en lo que se refiere al sistema de pensiones, de políticas de aproximación y más lejos aún de políticas de armonización que implican formas comunes de regulación como las que se han adoptado en materia de salud laboral. En todo caso, el debate europeo sobre los cuidados de larga duración es un debate dual, que se mueve entre la necesidad social de reforzar la atención social y sanitaria de calidad a las personas dependientes y el imperativo de las políticas de control del gasto público sanitario, que tienden a desplazar progresivamente su coste hacia los individuos.

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

La tendencia general dominante en los países de la UE, respecto de la protección social de la dependencia, se orienta hacia modelos de naturaleza universal de carácter impositivo o de Seguridad Social. La participación de los usuarios en la financiación, en mayor o menor medida, es una característica común de todos los países.

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

Las características principales de los tres grandes modelos existentes en Europa son las siguientes:

- **Modelo de protección universal.** Atiende la dependencia como una extensión lógica de la concepción de que el Estado debe cubrir las necesidades básicas de los ciudadanos por razones de ciudadanía, de la misma forma que se atienden las necesidades sanitarias o educativas.
  - Se basa en los principios de ciudadanía y derechos sociales, que garantiza una asistencia sanitaria y social universal y gratuita, que es financiada mediante ingresos generales y con la contribución parcial de los usuarios, modulada según sus niveles de renta.
  - La protección a la dependencia se configura como una extensión de las prestaciones y servicios sociales y sanitarios ya existentes.
  - La cobertura es universal, de modo que la prueba de recursos no existe, excepto para determinar la participación del beneficiario en el pago de los servicios en función del nivel de renta.
  - Es un sistema fundamentalmente de prestación de servicios, ya que la tradición familiar de cuidados informales es menos intensa que en los modelos de los países del sur.
  - El modelo de provisión de servicios ha sido, hasta muy recientemente, predominantemente público, aunque lentamente se ha ido introduciendo la prestación de servicios de tipo privado.
  - La financiación es de carácter impositivo, compartida entre el Estado y las Administraciones Territoriales.
  - Es un modelo municipalizado, en el que las administraciones locales son las responsables de la prestación de los servicios.
  - Es un modelo de alto coste. De hecho, los países que han implantado este modelo dedican a los cuidados de larga duración un porcentaje de entre el 2,6% y el 3% del PIB.
- **Modelo de protección a través de la Seguridad Social.** En este modelo la protección social a la dependencia se sitúa, al igual que las pensiones, el seguro de desempleo y la protección a la familia, en el ámbito de la Seguridad Social y es, por lo tanto, financiado y gestionado en este marco.
  - Todos los países que han optado por este modelo reconocen la naturaleza de derecho subjetivo de la protección de la dependencia, independientemente de la situación económica, superando la tradición asistencialista y de responsabilidad de la familia en este campo.
  - El aseguramiento de la dependencia pretende cubrir las necesidades de atención que en su momento puedan presentarse, La prestación puede servir para apoyar a la familia cuidadora o para sustituirla.
  - La situación de dependencia se evalúa en grados o niveles de gravedad, de los que se derivan prestaciones monetarias de diferente cuantía o servicios de distinta intensidad o duración.
  - En general se da un amplio margen de elección a la persona dependiente o su familia, que puede optar entre prestaciones monetarias y servicios. Esta libertad de elección, basada en el respeto a las tradiciones y preferencias familiares y culturales, no obsta para que se tienda a favorecer la prestación de servicios, bien

sea incrementando la cuantía de la prestación cuando ésta se destina a servicios formales (Alemania), bien sea reduciendo la libertad de elección de la persona en situación de dependencia a medida que aumenta la gravedad de la dependencia, con el fin de que la atención más especializada sea cubierta por profesionales (Luxemburgo).

- Estos sistemas se financian fundamentalmente con cotizaciones a la Seguridad Social de los trabajadores en activo y en algunos países también con las de empresarios y pensionistas. También suele haber financiación vía impuestos, para cubrir las prestaciones no contributivas y/o equilibrar financieramente el sistema.
- La gestión de las prestaciones económicas suele ser centralizada, mientras que la de los servicios está descentralizada en las administraciones territoriales.
- Las prestaciones cubren una parte importante del coste, aunque no la totalidad, lo que obliga al beneficiario a participar en la financiación de los servicios. Ello tiene como finalidad no sólo contribuir a la financiación, sino también introducir un factor de contención del gasto.
- Se contemplan también ayudas al cuidador: excedencias del trabajo, cobertura de cotizaciones, desarrollo de servicios de respiro y de apoyo para períodos de vacaciones o necesidades especiales, etc.
- **Modelo asistencial.** Se configura como un sistema público, financiado mediante impuestos, de cobertura limitada, destinado a satisfacer las necesidades básicas de los ciudadanos en situación de dependencia con insuficiencia de recursos económicos y, por tanto, de alcance y extensión también limitada.
  - Una característica común en los países que aplican este modelo es la mezcla de progresivo universalismo protector, familismo y asistencialismo. Hay un fuerte peso tradicional de las organizaciones no lucrativas (entre ellas las religiosas), y el peso de la carga de los cuidados recae mayoritariamente en la familia (las mujeres son más del 80% de la población cuidadora).
  - Los cuidados de larga duración de provisión pública se dirigen a las personas con insuficiencia de recursos. Como consecuencia, existe un importante déficit de servicios, sobre todo de los comunitarios, y notables desequilibrios territoriales.
  - Los países con este sistema presentan un importante retraso en comparación con la mayoría de los países con sistemas de protección universal, debido a la menor dedicación de gasto público.
  - Este sistema de protección asistencial deja en una desprotección casi total a las clases medias, puesto que, por una parte, los requisitos de acceso, basados en la renta disponible, les impiden acceder a los servicios de provisión pública y, por otra, sus ingresos son insuficientes para costearse, en el ámbito privado, esos mismos servicios, especialmente los de mayor coste, como son las plazas residenciales.
  - Los cambios sociodemográficos presionan por la superación de la protección asistencial actual en favor de modelos protectores de

garantía de derechos, y han hecho que exista una creciente demanda social. Sin embargo, las políticas de contención del gasto social y la derivación de la responsabilidad desde el Estado a las administraciones regionales y municipales en materia de servicios sociales están inhibiendo el desarrollo de políticas de Estado para la protección de las personas dependientes en aquellos países que todavía mantienen este sistema de protección.

### **3.4. El reto de la protección social de las personas en situación de dependencia en Europa. Respuestas comunes.**

La dependencia es percibida en el ámbito europeo como una necesidad social a la que debe darse respuesta una respuesta colectiva. La protección de las personas en situación de dependencia se ha convertido en un reto ineludible para las políticas sociales.

El modelo de cuidados es dual: familístico en el Sur de Europa, donde la mayoría de las personas dependientes viven en el hogar del cuidador, y de solidaridad a distancia en el resto de los modelos. El coste de oportunidad de la provisión informal de cuidados se ha elevado en los países del Sur de Europa, y afecta en mayor medida a la mujer cuidadora que al hombre cuidador.

Estos modelos de cuidados están cambiando, sobre todo en los países del Sur de Europa, y, como consecuencia, están aumentando las demandas de la población mayor y la presión de la mujer trabajadora en favor de nuevas formas de protección social a las situaciones de dependencia. Ello supone sin duda una nueva extensión de los sistemas de protección social, mejoras en la coordinación entre el sistema sanitario y los servicios sociales y políticas que hagan compatible el trabajo del cuidador, la función de cuidados y nuevos servicios de apoyo a la población mayor frágil.

El crecimiento de los sistemas formales de cuidados personales, sociales y sanitarios en los Estados de Bienestar de la EU no ha restado importancia al papel central de los cuidados informales. Todos los sistemas de protección social incluyen previsiones para apoyar a los cuidadores informales.

La mayoría de los países del entorno europeo, y también otros países desarrollados (caso de Japón) se encuentran en un proceso de aplicación de políticas protectoras del riesgo de dependencia de orientación universal, si bien condicionadas por el modelo de protección social existente en cada país. Existe una clara tendencia a transitar desde modelos asistenciales a otros de cobertura universal. Esta cobertura se centra sobre todo en las personas mayores dependientes debido a su volumen y bajo nivel protector. En algunos modelos no se contempla la protección a la población menor de 60 años (Francia), a la de menos de 40 años (Japón) o priorizan a la población mayor de 65 años (modelo alemán) sobre la base de que la población discapacitada menor de esas edades ha logrado amplios niveles de cobertura en prestaciones sociales a pesar de las lagunas protectoras.

Los diferentes modelos tienden a reconocer como derecho social un conjunto básico de prestaciones sociales, moduladas en función del grado de dependencia y topadas en su cuantía, dejando abierta la posibilidad de elección entre servicios y prestaciones monetarias. Sin embargo, existe una clara tendencia de los gobiernos a dar preferencia a las prestaciones monetarias (como compensación de los

cuidados informales o como medio de pago de los servicios elegidos por la persona dependiente) frente a los servicios, en buena medida como medio de contención del coste del sistema protector y para obviar compromisos de gasto que en el caso de los servicios pueden llegar a ser incontrolables.

La participación de la persona afectada o su familia en el coste de la dependencia se está consolidando en todos los sistemas, mediante el copago de una parte del servicio o la financiación de la diferencia entre la cuantía de la prestación y el coste real del servicio, y en algunos se distingue entre los cuidados médicos y personales, que son gratuitos, y la atención hostelera asociada, que se repercute sobre el interesado. Es un medio de responsabilizar al ciudadano y controlar el coste. Todos los sistemas reconocen la ayuda asistencial para los que no tienen medios con que pagar la parte diferencial entre prestación y servicios. Los seguros privados en la actual situación son contemplados como medio de apoyo o complemento al seguro público pero en ningún caso como instrumento protector predominante.

El modelo de financiación tiende a establecer una clara separación entre sistemas (sanitario y servicios sociales) y en cuanto a financiación (niveles contributivo y asistencial), con modulaciones según los diferentes sistemas nacionales. Las cotizaciones a la Seguridad Social de las personas aseguradas en activo predominan como fuente de financiación, complementadas con cotizaciones de los empleadores y de los pensionistas y con recursos públicos (financiación vía impuestos) para asegurar la protección de los que no han cotizado.

El reparto de competencias suele establecerse de la siguiente forma: el Estado se responsabiliza de la regulación y financiación básica del sistema; las regiones de la planificación del sistema, acreditación de servicios e inversión en equipamientos con ayuda estatal; los ayuntamientos son la pieza clave en el sistema de protección y en la organización de los servicios sociales comunitarios; el sector privado (ONGs y empresas) se consolida como proveedores de servicios, manteniéndose una red pública de referencia de mayor o menor entidad según los países (mínima en el caso alemán y japonés y máxima en los modelos nórdicos y holandés).

### **3.5. Algunas lecciones extraídas del debate europeo e internacional**

Entre las lecciones más importantes que pueden extraerse del análisis de las experiencias europeas e internacionales y de los debates que, en relación con la protección de las personas en situación de dependencia, se está produciendo en los países desarrollados, destacan las siguientes:

- El gasto social en políticas de personas dependientes ha crecido de manera sostenida durante los últimos lustros a pesar de la crisis y de las políticas de convergencia nominal, si bien este crecimiento ha sido compatible con tendencias de selectividad o de reducción de la intensidad protectora.
- El gasto en servicios está determinado por el contexto de desarrollo económico (las posibilidades) y el discurso y la praxis política sobre los mismos (las opciones).
- En los países con modelos de protección de la dependencia basados en la Seguridad Social, el debate tiende a situarse en el contexto de dicho sistema, bien sea para extender las acciones protectoras ya existentes a las situaciones de dependencia, bien para crear un nuevo subsistema protector.

- Los modelos que se proponen, después de la experiencia negativa del primer ensayo asistencial francés (Prestación Específica de Dependencia), suelen ser de tipo universal, favorecedores de una amplia coordinación entre servicios sociales y sanitarios, orientados a los servicios de cuidados y compensatorios de la ayuda informal a través de la ampliación de la protección social a los cuidadores/as informales.
- Los sistemas de capitalización de seguros privados ocupan, hoy por hoy, un lugar marginal. En todo caso, el sector privado, lucrativo y no lucrativo, jugará un protagonismo creciente en la provisión de servicios. El sector financiero ofertará, a su vez, seguros complementarios de la protección pública.
- Después de un período de racionalización de los gastos sociales en Europa, especialmente de los sanitarios, se da nuevamente una tendencia expansiva en dichos gastos que permite que los servicios para personas dependientes continúen su crecimiento tanto en variedad como en disponibilidad. Esto ha sucedido en un período en el que la UE ha entrado en un proceso de ortodoxia presupuestaria en el contexto de la Unión Monetaria. Un mayor desarrollo de la Europa social parece, por tanto, compatible con ese proceso de ortodoxia.
- La demanda de cuidados para personas dependientes se ha incrementado de forma notable y va a seguir aumentando a un mayor ritmo durante los próximos años, debido a la confluencia de factores demográficos, médicos y sociales. Ese incremento de la demanda coincide en el tiempo con una crisis de los sistemas de apoyo informal que han venido dando respuesta a las necesidades de atención.
- 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.
- Deben articularse medidas suficientes de apoyo a las familias que, si bien pueden y quieren cuidar a sus familiares dependientes y lo están haciendo, en numerosos casos demandan ayudas de bajo coste, pero imprescindibles, tales como programas de información, formación y asesoramiento para saber cuidar y tratar a una persona dependiente; programas de respiro temporal; estancias diurnas, nocturnas y temporales...
- Todos los servicios de atención de la dependencia (ayuda a domicilio, teleasistencia, centros de día, servicios residenciales...) tienen un enorme potencial de crecimiento en los países del Cono Sur, debido a la baja cobertura actual y la creciente demanda.
- 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 los países que articulen adecuadamente dicha expansión. Según el enfoque de atención de la dependencia, variará la calidad del empleo creado. Si predomina el enfoque de ayuda doméstica, el empleo a crear será fundamentalmente precario, por el contrario, si predomina la atención más integral, existirá un componente mayor de trabajadores cualificados (personal sanitario, trabajadores sociales...).

- Los servicios de cuidados a las personas dependientes van a tener una importante expansión en los próximos años. Es necesario que en los programas de formación profesional y ocupacional se incorporen líneas de formación al respecto.
- 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) confirman la eficiencia del gasto social como mecanismo de generación de actividad económica y de empleo.
- La mejora de la atención a las personas dependientes tendría como resultado la optimización del gasto sanitario. Resulta difícilmente justificable que se siga atendiendo en centros hospitalarios a personas dependientes cronicadas o en procesos de larga estancia, lo que no sólo es inadecuado en términos de política social, sino que conlleva, además, unos costes que son muy superiores a lo que supondría la atención en los centros residenciales.
- 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, Órdenes Religiosas, ONGs, Empresas Mercantiles... exigen un marco básico y estable de coordinación y colaboración entre las Administraciones Públicas y la iniciativa privada.



## 4. PROPUESTA DE LINEAMIENTOS DE POLÍTICAS Y RECOMENDACIONES

### 4.1. Definición de un plan de actuación a medio y largo plazo

La experiencia de otros países muestra que la respuesta a los retos que plantean las situaciones de dependencia se ha ido construyendo en un proceso dilatado en el tiempo y de alta complejidad, y ha requerido de un amplio debate entre los diferentes agentes implicados.

Sin perjuicio de abordar actuaciones concretas para dar respuesta a las demandas más urgentes, Chile debe plantear una estrategia a medio y largo plazo que permita desarrollar, en un tiempo razonable, una respuesta integrada y global.

La primera etapa en ese proceso debería contemplar la realización de un diagnóstico exhaustivo de la situación de las personas dependientes y la formulación de una serie de propuestas dirigidas a lanzar un debate público, con bases y fundamentos asentados en el rigor científico, que permitiera construir un deseable consenso general en torno a una iniciativa de promoción de la autonomía personal y de protección a las personas en situación de dependencia.

### 4.2. Conceptualización

El primer requisito a la hora de formular las políticas para promover la autonomía personal y dar respuesta a las necesidades de atención de las personas dependientes es partir de una definición precisa y consensuada de los conceptos en torno a los cuales se articularán esas políticas. Partiendo de la experiencia española, proponemos las siguientes definiciones:

**Autonomía:** Es la capacidad de controlar, afrontar y tomar, por propia iniciativa, decisiones personales acerca de cómo vivir de acuerdo con las normas y preferencias propias.

Así entendida, la autonomía sería el resultado de un proceso de **autodeterminación**, mediante el cual la persona se convierte en el principal agente causal de su propia vida y toma el control sobre las elecciones y decisiones sobre su calidad de vida, libre de interferencias externas.

El concepto de autonomía puede tomar varios significados diferentes:

En primer lugar, tendríamos la **autonomía como capacidad de autodeterminación**. Esta dimensión de la autonomía hace referencia a un conjunto de habilidades que desarrollan las personas para hacer elecciones, tomar decisiones y responsabilizarse de las mismas. La autonomía sería, desde este punto de vista, el resultado de una combinación de habilidades, conocimientos y creencias que capacitan a una persona para comprometerse en una conducta autodeterminada, autorregulada y dirigida a metas. Para lograr la autonomía es esencial la comprensión de las propias fuerzas y limitaciones, junto con la convicción de que se es capaz y efectivo. Cuando se actúa sobre las bases de estas habilidades y actitudes, se ayuda a las personas a desarrollar la capacidad para tomar el control de sus vidas y asumir el papel de adultos.

En segundo lugar, estaría la **autonomía como capacidad funcional**. Esta dimensión de la autonomía hace referencia al conjunto de capacidades físicas, mentales, intelectuales y sensoriales que desarrollan las personas para interactuar con el entorno y con las demás personas y que les permiten realizar por sí mismas las actividades cotidianas.

En tercer lugar, podemos entender la **autonomía como derecho**, esto es, como la garantía real para las personas, al margen de sus capacidades, de tener un proyecto vital, basado en su individualidad e identidad, y de ejercer control sobre el mismo. En el caso de las personas gravemente afectadas, el ejercicio de la autonomía puede ser, en gran parte, indirecto (mediado por otros), y se logra mediante los apoyos adecuados.

La autonomía es uno de los componentes esenciales del concepto de **calidad de vida**, tal y como se formula en la actualidad. La calidad de vida se ha convertido en un valor socialmente compartido que está mostrando gran efectividad a la hora de orientar la prestación de servicios a las personas en situación de desventaja a consecuencia de una discapacidad. A pesar de ser un concepto relativamente reciente en su aplicación al mundo de la discapacidad, en su todavía corta vida ha demostrado un gran dinamismo, indicativo de su gran potencial. La calidad de vida fue definida, en un primer momento, en términos de calidad de las condiciones objetivas de vida, pasó después a definirse como la satisfacción subjetiva con las condiciones de vida, integró después ambos enfoques (combinación de las condiciones de vida y la satisfacción personal) para llegar, más recientemente, a definirse como la combinación de las condiciones de vida y la satisfacción personal ponderada por una escala de importancia que refleja los valores personales, las aspiraciones y las expectativas de la persona. En esta última orientación, la autonomía aparece como una dimensión clave de la calidad de vida, desde la que la persona decide y controla cómo quiere que sea su vida.

**Dependencia:** Es el estado de carácter permanente en que se encuentran las personas que, por razones derivadas de la edad, la enfermedad o la discapacidad, y ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, precisan de la atención de otra u otras personas o ayudas importantes para realizar las actividades de la vida diaria.

Esta definición está inspirada en la formulada por el Consejo de Europa, recogida en la Recomendación relativa a la dependencia aprobada por el Comité de Ministros del Consejo de Europa en septiembre de 1998, que ha sido ampliamente aceptada. Plantea la concurrencia de tres factores para que podamos hablar de una situación de dependencia: en primer lugar, la existencia de una limitación física, mental, intelectual o sensorial que merma la autonomía de la persona; en segundo lugar, la incapacidad de la persona para realizar por sí mismo las actividades de la vida diaria; en tercer lugar, la necesidad de asistencia o cuidados por parte de un tercero o de ayudas importantes para poder llevar a cabo esas actividades.

Esa perspectiva es coherente con el planteamiento de la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF), adoptada durante la 54ª Asamblea Mundial de la Salud, que tuvo lugar en Ginebra (Suiza) entre el 14 y el 22 de mayo de 2001.

El proyecto de Ley de promoción de la autonomía personal y de atención a las personas en situación de dependencia que está debatiendo actualmente el Parlamento español se refiere, en su definición de dependencia, a las **actividades**

**básicas de la vida diaria.** Esta formulación ha sido polémica, pues deja fuera del concepto legal de dependencia a las personas que, pudiendo realizar por sí mismas las actividades de autocuidado personal, movilidad básica y funcionamiento mental básico, necesitan apoyos para realizar las denominadas **actividades instrumentales de la vida diaria** (tareas domésticas, compras y gestiones, relación con otras personas, movilidad extradomiciliaria, etc.). Esta opción, que ha estado motivada fundamentalmente por consideraciones presupuestarias, tiene una difícil justificación técnica y política, pues supone de hecho la exclusión de los beneficios de la Ley de grupos de población que necesitan importantes apoyos para lograr una participación social plena. Además, dada la forma progresiva en que suelen cursar los procesos individuales de dependencia, las personas que tienen dificultades para las actividades instrumentales son la población diana de la prevención secundaria (es decir, las acciones destinadas a la detección precoz de la dependencia y su tratamiento oportuno, para lograr su recuperación o retrasar su agravamiento).

Por esa razón, en la propuesta de definición arriba recogida hemos preferido la referencia a las **actividades de la vida diaria**, sin particularizarla en las básicas. Obviamente, el hecho de que estuviesen o no afectadas las actividades básicas sí que sería un elemento central en la determinación del grado de dependencia, y, por tanto, del tipo de servicios y prestaciones a garantizar.

### 4.3. Objetivos

Aunque en el lenguaje común autonomía y dependencia son conceptos contrapuestos, es importante tener presente que la promoción de la autonomía y la atención de las situaciones de dependencia no son caminos separados. La conceptualización de la autonomía como **capacidad de autodeterminación** permite aclarar que el objetivo central de la atención que han de recibir las personas que, por haber visto mermada su **capacidad funcional**, están en situación de dependencia, ha de ser garantizar los apoyos suficientes para que mantengan o recuperen la capacidad de controlar, afrontar y tomar sus propias decisiones, facilitando una existencia autónoma en el medio habitual de vida, todo el tiempo que la persona desee y sea posible.

La promoción de la autonomía personal no se agota en la prevención de las situaciones de dependencia o en servicios, como la teleasistencia, que tienen una clara dimensión preventiva. Aun en las situaciones de dependencia más severas tan importante como proporcionar cuidados y atender las necesidades de la vida diaria, es desarrollar programas de intervención dirigidos a mejorar o mantener la autonomía personal, así como a frenar o ralentizar el ritmo de agravamiento de la dependencia.

Los servicios de atención y cuidado (y las prestaciones económicas que pudieran sustituirlos) deben ser considerados no sólo como servicios dirigidos a garantizar la atención de las necesidades de la vida diaria de las personas en situación de dependencia, sino también como servicios dirigidos a promover y mantener la autonomía. Es muy importante que se garantice un adecuado enfoque de las intervenciones, resaltando su dimensión preventiva, habilitadora y rehabilitadora junto a la de atención asistencial y cuidado personal.

## 4.4. Graduación de la protección

La protección social de la dependencia deberá graduarse en función de la menor o mayor intensidad de la ayuda necesaria para realizar las actividades de la vida diaria. Se propone, por ello, que la clasificación de la dependencia se establezca en tres grados, que podrían ser los siguientes:

- **Dependencia moderada:** Cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades de la vida diaria, al menos una vez al día.
- **Dependencia severa:** Cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades de la vida diaria dos o tres veces al día, pero no requiere al apoyo permanente de un cuidador.
- **Gran dependencia:** Cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades de la vida diaria varias veces al día y, por su pérdida total de autonomía mental, intelectual o física, necesita el apoyo indispensable y continuo de otra persona.

## 4.5. Modelo de protección social de la dependencia

Como se ha indicado al analizar los modelos de protección de la dependencia en Europa, en todos los países se está evolucionando hacia modelos de protección de la dependencia de naturaleza universal, financiados mediante impuestos o cotizaciones, si bien son, por lo general, modelos topados, que prestan servicios o conceden prestaciones monetarias que cubren sólo una parte del coste de los cuidados de larga duración. El modelo asistencial está en retroceso a favor de la universalización del derecho social, lo que supone que el acceso a las prestaciones no depende de los recursos de la persona dependiente, sino de la necesidad sociosanitaria evaluada.

En el debate entre universalidad y selectividad<sup>1</sup> en las políticas sociales, el fundamento último de la selectividad es de carácter económico. Los defensores de la selectividad argumentan que, representando el Bienestar Social una pesada carga que han de costear los ciudadanos con sus impuestos, y siendo siempre escasos los recursos presupuestarios, la opción más adecuada es concentrar los recursos en los más necesitados.

El fundamento principal de la universalidad es, por el contrario, eminentemente político: reconstruir la cohesión social, suprimiendo la discriminación y el consiguiente estigma que pesa sobre los beneficiarios del Bienestar Social de carácter residual.

La razón histórica fundamental para la adopción del universalismo fue el empeño de que los servicios sociales estuvieran disponibles y fueran accesibles a toda la población, de modo que no implicaran para los usuarios ninguna humillante pérdida de status, dignidad o respeto propio, ni ninguna connotación de inferioridad, pauperismo, deshonra, o estigma. A esto se unió el descubrimiento de la importancia de la prevención, que, para ser eficaz, debía basarse en el pronto y fácil acceso a los servicios de carácter preventivo, y no sólo a los curativos o rehabilitadores, lo cual, en una sociedad diferenciada, desigual y clasista, sólo podría lograrse ofreciéndolos sin estigma, esto es, con carácter universal.

---

<sup>1</sup> Los párrafos siguientes están tomados del artículo "El Trabajo Social y los Servicios Sociales. Su concepto", de Manuel Moix Martínez, publicado en *Cuadernos de Trabajo Social*, Vol. 17 (2004): 131-141

Los argumentos que cabe añadir a favor del universalismo son numerosos. La universalidad es más conforme con los principios democráticos; es esencialmente igualitaria; refuerza la unidad social, en lugar de la división, y es la principal garantía de que los clientes potenciales aprovechen al máximo los servicios sociales, al ser éstos ofrecidos a todos igualmente y sin discriminación.

La opción por la universalidad supone rechazar la noción residual de que los servicios sociales son temporales y de que se necesitan sólo en tiempos de especial necesidad o catástrofes o en los casos en que fallan en la sociedad sus estructuras normales de oferta (la familia y el mercado), optando, por el contrario, por la concepción institucional del Bienestar Social, según la cual los servicios sociales pueden ser necesitados, en uno u otro momento, por todos los ciudadanos.

La opción por la universalidad supone también una opción por la calidad de los servicios. Los servicios sólo para pobres son, por lo general, sólo unos pobres servicios. En cambio, cuando los servicios sociales son para todo el mundo, han de responder a las expectativas sociales, han de alcanzar los niveles esperados por toda la sociedad.

La opción por la universalidad supone también una opción por los derechos sociales: si los servicios sociales no fueran procurados por todos para todos, solo serían accesibles a quienes no pudieran pagarse la satisfacción de sus necesidades en el mercado privado, con el consiguiente sentimiento de inferioridad y estigma y la violación de los derechos, sociales de una parte de los ciudadanos.

El énfasis que se pone hoy en el Bienestar y en los llamados beneficios del Bienestar, tiende con frecuencia a oscurecer el hecho fundamental de que para muchos el uso de los servicios sociales no representa esencialmente un beneficio o incremento de bienestar en absoluto; representa, pura y simplemente, una compensación parcial por desatenciones, por costes sociales o por inseguridades sociales producidas por una sociedad industrial-urbana crecientemente competitiva y rápidamente cambiante. Por consiguiente, los mal llamados «beneficios del Bienestar» o beneficios sociales no son muchas veces más que parte del precio pagado a algunas gentes, por soportar parte de los costes sociales del progreso de otras gentes: por ejemplo, por soportar la obsolescencia de las destrezas y de las especializaciones, las reducciones de plantilla, las jubilaciones prematuras, los accidentes, muchas clases de enfermedad y de discapacidad, la insalubridad urbana, la polución atmosférica, la contaminación de la naturaleza, el envenenamiento de las aguas, la destrucción ecológica y otros muchos perjuicios generados socialmente. Y como la causalidad múltiple y la profusión y difusión de los perjuicios generados por el desarrollo o del «contra bienestar» hace cada vez más difícil, por no decir imposible, identificar a su agente causal, para exigirle la correspondiente indemnización, la sociedad tiene que optar por una de estas dos soluciones: o procurar servicios sociales para todos, o dejar que los costes sociales del sistema queden donde caigan.

Sin embargo, la corriente selectivista ha encontrado argumentos en la crisis del Estado de Bienestar que han experimentado muchos países en las últimas décadas del siglo XX, asegurando que se debía a que se había tratado de hacer más de lo que los recursos permitían, por lo que sus prestaciones habían caído por debajo de la línea de subsistencia; insistiendo en que lo que había que hacer era concentrar tales recursos en los que más lo necesitasen, no procurando ningún beneficio social sin la previa prueba de la necesidad económica de cuantos quisieran acceder a él. Un punto de vista que puede resumirse en la formulación, como principio rector de la Política Social, que "nadie debería vivir a costa del contribuyente, a no ser que lo necesitara".

## 4.6. Construcción de un Sistema para la Autonomía y la Atención de la Dependencia

La respuesta al reto que suponen las situaciones de dependencia ha de ser integrada y global. Por ello, en lugar de desarrollar medidas parciales que enfrenten de forma separada las distintas dimensiones de ese reto o se dirijan a estratos diferenciados de la población en situación de dependencia, parece más eficaz la creación de un Sistema para la Autonomía y la Atención de la Dependencia, entendiendo por tal el conjunto de prestaciones y servicios que garanticen, en las mismas condiciones para todos los ciudadanos, la promoción de la autonomía personal y la protección de las personas en situación de dependencia. El modelo que finalmente se adopte deberá tener en cuenta los siguientes principios básicos:

- **Universalidad de la prestación.** Todas las personas en situación de dependencia, sea cual sea su edad, el origen de la dependencia y su situación social, deberán poder acceder a las prestaciones del sistema, en las condiciones y con los requisitos que se establezcan.
- **Carácter público de la prestación,** con independencia de las formas de financiación y de las que adopte la gestión concreta de cada prestación.
- **Igualdad en el acceso al derecho.** El Estado debe garantizar la igualdad básica en el acceso a las prestaciones de todas las personas, sea cual sea el lugar de residencia.
- **Cofinanciación por parte de los usuarios,** en las condiciones que se establezcan con carácter general, que deberán tener en cuenta la capacidad económica y el tipo y coste de los servicios, y deberán garantizar que nadie quede excluido de la cobertura del sistema por no disponer de recursos económicos.

## 4.7. Valoración de la dependencia

La valoración de la dependencia requiere de la aplicación de un baremo mediante el cual sea posible discriminar con criterios objetivos si una persona se encuentra en situación de dependencia y en qué grado se encuadra.

## 4.8. Servicios y prestaciones de promoción de la autonomía personal y atención a la dependencia

En relación con la naturaleza de las prestaciones caben dos alternativas: que la persona en situación de dependencia reciba una cuantía económica con la que hacer frente a los gastos de los servicios que necesita o que el Sistema le proporcione estos servicios. También cabe un modelo mixto en el que convivan ambas opciones, como el configurado en España, en el que, no obstante, se ha dado prioridad a los servicios.

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

La cuantía de las prestaciones de dependencia debe estar en función de la capacidad financiera del Sistema y, en la medida de lo posible, relacionada con los costes de los servicios que necesite la persona dependiente. En la determinación de la cuantía debe tenerse en cuenta el esfuerzo de cofinanciación que deberá realizar el beneficiario.

La cuantía podría ser la misma para quienes se les haya reconocido igual grado de dependencia, aunque cabe establecer cuantías diferentes según el tipo de servicio que necesite el beneficiario.

Los servicios que se consideran necesarios para una adecuada atención de la dependencia son los siguientes:

- Servicio de prevención de las situaciones de dependencia
- Teleasistencia
- Servicios de ayuda a domicilio
  - De atención de las necesidades del hogar
  - De cuidados personales
- Atención en Centros de Día y de Noche
  - Centros de Día para mayores
  - Centro de atención diurna para menores de 65 años
  - Centros de Noche
- Servicio de asistente personal
- Atención residencial, permanente o temporal
  - Residencias para personas mayores en situación de dependencia
  - Centros de Atención a personas en situación de dependencia en razón de los distintos tipos de discapacidad
- Programas de apoyo a familias cuidadoras
- Ayudas Técnicas
- Ayudas para la adaptación y accesibilidad del hogar

La determinación del servicio más adecuada en cada caso debe corresponder a los equipos de valoración, las propias personas en situación de dependencia y sus familias.

En relación con la cartera de servicios, cabe hacer las siguientes consideraciones:

- La prevención ha de contemplarse como un aspecto irrenunciable de los diversos programas y servicios.
- Los programas y servicios para personas en situación de dependencia deben estar diseñados con un enfoque rehabilitador.
- Deberán tenerse en cuenta las preferencias de los potenciales beneficiarios y de sus cuidadores/as de permanecer en su domicilio y en su entorno habitual siempre que sea posible.
- La participación de las personas con dependencias y sus cuidadores/as familiares debe quedar garantizada y ser considerada un derecho

irrenunciable, tanto para determinar el plan de cuidados a desarrollar, como para la elección del tipo de recursos que van a utilizar.

- El modelo de atención a la dependencia debe integrar todo su catálogo de programas y servicios en el entorno comunitario más cercano. La atención institucional no debe quedar fuera del ámbito comunitario.
- Ha de establecerse un procedimiento unificado de acceso a los servicios, en el que se garantice el principio de igualdad.
- La sectorización geográfica es un criterio esencial para la provisión integral de servicios.
- En el ámbito de la coordinación es urgente el establecimiento de un modelo que garantice la continuidad en los cuidados, tanto dentro del propio sistema de servicios sociales (Ayuda a Domicilio, Centros de día, Residencias) como con el sistema sanitario.
- Deben priorizarse los servicios que permiten a las personas permanecer en su domicilio y en su entorno, mediante una planificación individualizada de los casos. En la elaboración del plan de cuidados han de intervenir tanto la persona que precisa cuidados de larga duración como sus familias cuidadoras.
- Cuando las personas no puedan continuar viviendo en su casa, después de las evaluaciones efectuadas, se ofrecerá una plaza en un alojamiento, atendiendo a los criterios de proximidad. En el plan de intervención del alojamiento se tendrá en cuenta la participación de la familia.
- El proceso de atención y cuidados deberá focalizarse en las capacidades preservadas en lugar de centrarse en el déficit, fijando objetivos relacionados con la minimización de la dependencia y el reforzamiento de la autonomía de la persona.
- El diseño del Sistema debe tener en cuenta el enfoque de género.
- El desarrollo del modelo de atención debe contemplar las especificidades del medio rural.
- Es indispensable la puesta en marcha de un Plan de información a toda la ciudadanía que haga realmente accesible el conocimiento de las prestaciones, así como de sus derechos y obligaciones en esta materia.
- Se debe promover el desarrollo de experiencias innovadoras para la atención a la dependencia que aborden nuevas iniciativas tanto el diseño y características de los servicios como en los sistemas de gestión.
- La práctica cotidiana de los servicios de proximidad debe inspirarse en los principios de coordinación, complementariedad, profesionalidad, interdisciplinariedad, flexibilidad e innovación.
- Deberá potenciarse la investigación y la aplicación de sus resultados a la práctica de la planificación y la intervención en el ámbito de la atención a la dependencia.



- Habrá que prestar una atención preferente a la protección de derechos y libertades fundamentales de las personas que no tienen capacidad de libre elección en sus decisiones.
- El Sistema para la Autonomía y la Atención a la Dependencia deberá incorporar prestaciones y apoyos innovadores, como las ayudas técnicas o las tecnologías de apoyo y las ayudas para hacer accesibles los entornos de las personas en situación de dependencia.

## **4.9. Atención sanitaria**

La atención sanitaria a las personas en situación de dependencia debe incluir los cuidados sanitarios de larga duración, la atención sanitaria a la convalecencia y la rehabilitación de pacientes con déficit funcional recuperable, y ha de inspirarse en los principios de acceso universal, prioridad del enfoque preventivo, atención de las necesidades individuales, gestión de planes de cuidados, enfoque integral, mantenimiento del usuario en su entorno, homogeneidad territorial, eficacia, efectividad y eficiencia, seguridad, calidad, accesibilidad, evaluación y mejora continua.

El modelo de atención sociosanitaria de las situaciones de dependencia deberá garantizar las prestaciones y la continuidad de los cuidados sociales y sanitarios, adaptándose a las variaciones que se produzcan en el estado general de la persona. Las políticas activas de carácter sociosanitario deben sustentarse en la prevención. En este sentido deberán promoverse tratamientos de rehabilitación, mantenimiento y recuperación de la persona de carácter multidisciplinar, dado que la dependencia no es un estado definitivo sino evolutivo y puede revestir diversos grados.

La cooperación y coordinación entre los gestores de las políticas sociales y sanitarias es imprescindible para la generación de un modelo de atención sociosanitario, basado en el consenso y la coordinación.

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

Para la configuración de la red de servicios debe exigirse la acreditación de cada uno de los centros o servicios, tanto públicos como dependientes de la iniciativa privada con y sin ánimo de lucro, que están destinados a la atención de las personas con dependencia, una vez comprobado que reúnen los requisitos establecidos.

Deberá garantizarse la calidad de los recursos que se pongan a disposición del Sistema y de los servicios que se presten. Para ello habrá que articular los oportunos instrumentos de seguimiento, control y evaluación, que garanticen el cumplimiento de la normativa y de los requisitos exigidos en el funcionamiento de los recursos. Como principio general, los requisitos mínimos han de ser homogéneos y referidos a todos los recursos, tanto si son de titularidad pública como si son de titularidad privada.

Las actuaciones en materia de calidad de los recursos deberán dirigirse en dos direcciones: La fijación de requisitos de calidad de todos los recursos del sistema, lo que implicaría propiciar la normalización de cada tipo de recurso, y el establecimiento de un horizonte temporal respecto a la exigencia de los mismos, teniendo en cuenta la realidad de recursos existentes, la variedad de los mismos, la

dificultad de implementación a corto plazo incluso con la colaboración de los agentes privados.

Para garantizar la calidad en la prestación de los servicios habría que contemplar la elaboración de Carteras o Cartas de Servicios, en las que se explicitaran los compromisos de la organización con los usuarios y las formas de participación de los interesados y/o de sus tutores y cuidadores; la fijación de estándares de calidad mínimos en la prestación del servicio; la protocolización, al menos, de aquellas actuaciones que tengan que ver con cuidados sanitarios e higiénicos y con situaciones de emergencia o seguridad; el establecimiento de indicadores de rendimiento y la realización de encuestas de la percepción que los usuarios (o sus tutores y cuidadores) tienen del funcionamiento de los servicios.

Deberá realizarse un seguimiento y control del cumplimiento de la norma y de los requisitos exigidos, lo que conllevará el establecimiento de mecanismos y recursos de inspección por parte de las Administraciones competentes en cada ámbito y del correspondiente régimen sancionador, en su caso. También deberá procederse a la evaluación del funcionamiento de cada recurso y de los servicios que a través de él se presten, con especial atención a la percepción de los usuarios que reciben el servicio y de sus tutores y cuidadores, mediante las correspondientes encuestas de satisfacción.

Además de garantizar la calidad de los recursos y servicios, deberá abordarse una política dirigida a garantizar la calidad en la gestión del propio Sistema, lo que supone el establecimiento de unos indicadores y estándares en las fases básicas de su instrumentación, la facilitación de los procesos y del acceso de los usuarios al sistema y el establecimiento de instrumentos que garanticen la calidad del mismo.

#### **4.11. Formación de los profesionales de atención a personas con dependencia**

Es necesario impulsar el desarrollo de los profesionales que trabajen en la atención a las personas con dependencia. Aunque en los modelos asistenciales se están promoviendo cambios significativos que se orientan hacia la estimulación y potenciación de las capacidades de las personas, existe una muy escasa formación orientada en este sentido. En los currículos universitarios de los futuros profesionales que pueden atender a personas con dependencia apenas aparecen créditos destinados al conocimiento de la dependencia y, los pocos que existen, suelen ser muy concretos (geriátrica, psicomotricidad,...) y poco extensos. Los postgrados también están muy orientados a un campo en concreto y suelen ser de tipo asistencial o de gestión de recursos especializados.

Los programas formativos habrán de tener en cuenta las necesidades de los cuidadores informales, de los cuidadores profesionales de atención directa y de los profesionales especializados.

La formación de los cuidadores informales ha de estar organizada en función del grado de intervención y la proximidad con la persona dependiente o discapacitada. Para ayudar a desarrollar este papel, se hace indispensable incluir dentro del currículum de formación apartados muy específicos de información y formación a los familiares y a las propias personas afectadas por la dependencia o discapacidad. Es de gran importancia adaptar los programas formativos con iniciativas que incluyan y propugnen la colaboración con la familia, partiendo de elementos capaces de definir una evaluación de las necesidades específicas de las situaciones de dependencia, que permitan la elaboración de planes funcionales de intervención

en los que la familia o el entorno social más cercano tenga los elementos de intervención específicos y significativos en un proceso global. Los Programas de Formación e Información deberán incorporar códigos de buenas prácticas y metodologías de éxito utilizadas actualmente para dar soporte formativo, así como oportunidades de implicación a los cuidadores informales en los procesos de intervención hacia la persona dependiente.

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