

**ESTUDIOS DE PROGRESO**  
Fundación Alternativ**ss**

# La cobertura de la situación de dependencia

Djamil Tony Kahale Carrillo

---

## **Djamil Tony Kahale Carrillo**

Doctor por la Universidad de Salamanca. Ha obtenido la Mención Especial Primera en el VII Premio para Trabajos de Estudio e Investigación sobre las Administraciones públicas del Instituto Nacional de Administraciones públicas 2007, por el estudio La participación de las Administraciones públicas en el Sistema para la Autonomía y la Atención a la Dependencia. También ha obtenido la Mención Honorífica al IV del Premio del Instituto Canario de Administración pública para trabajos de estudio e investigación sobre las Administraciones públicas canarias 2007, por el estudio La participación de la Administración pública de la Comunidad Autónoma de Canarias en el Sistema para la Autonomía y la Atención a la Dependencia. Ha publicado numerosos artículos en revistas académicas especializadas.

Ninguna parte ni la totalidad de este documento puede ser reproducida, grabada o transmitida en forma alguna ni por cualquier procedimiento, ya sea electrónico, mecánico, reprográfico, magnético o cualquier otro, sin autorización previa y por escrito de la Fundación Alternativas.

© Fundación Alternativas

© Djamil Tony Kahale Carrillo

ISBN: 978-84-92424-69-6

Depósito Legal: M-19866-2009

# Índice

<b>Resumen ejecutivo</b>	<b>5</b>
<b>1 Introducción</b>	<b>7</b>
<b>2 Sistemas de protección social a las personas en situación de dependencia en el ámbito de la Unión Europea</b>	<b>9</b>
2.1 Los distintos modelos de protección de la dependencia en la Unión Europea como punto de referencia para la comparación	15
2.2 Procedimientos de evaluación de la dependencia en Europa	18
<b>3 Definición de dependencia</b>	<b>25</b>
<b>4 Implantación de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia</b>	<b>27</b>
4.1 Balance general del SAAD	28
4.2 Prestaciones	31
4.3 Valoración de las solicitudes	34
4.4 Financiación	35
4.5 Carencia de recursos humanos	38
4.6 Falta de información	39
4.7 Convenio especial de cuidadores no profesionales	39
<b>5 Conclusiones</b>	<b>42</b>
<b>6 Bibliografía</b>	<b>47</b>
<b>7 Índice de Tablas y Gráficos</b>	<b>49</b>

### Lista de siglas

A(B)VD	Actividades (básicas) de la vida diaria
AGE	Administración General del Estado
BOE	Boletín Oficial del Estado
CC AA	Comunidades autónomas
CC EE	Comunidades europeas
CC OO	Confederación Sindical de Comisiones Obreras
CE	Constitución Española
CERMI	Comité Español de Representantes de Minusválidos
CES	Consejo Económico Social
CIS	Centro de Investigaciones Sociológicas
COCARMI	Comité Catalán de Representantes de Minusválidos de Cataluña
IMSERSO	Instituto de Mayores y Servicios Sociales
LPAP	Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia
MTAS	Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales
OIT	Organización Internacional del Trabajo
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONG	Organización No Gubernamental
PECO	Países de Europa Central y Oriental
PSCLD	Programa de Seguro de Cuidados de Larga Duración
SAAD	Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia
SISAAD	Sistema de Información del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia
UGT	Unión General de Trabajadores

# Resumen ejecutivo

Han transcurrido más de dos años desde la puesta en marcha del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD), a través de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia (LPAP), y en este Documento de Trabajo se realiza una evaluación socioeconómica de la misma, analizando su implantación desde diferentes ámbitos: balance general del SAAD, prestaciones, valoración de las solicitudes, financiación, carencia de recursos humanos, falta de información y Convenio especial de cuidadores no profesionales.

Tras abordar la evaluación de la actividad desplegada por el SAAD, se señala que su implantación es compleja, insuficiente y desigual; por lo que en este trabajo se establecen propuestas para mejorar la calidad de vida de aquellas personas que, por encontrarse en situación de especial vulnerabilidad, requieren apoyos para poder ejercer sus derechos, acceder a los bienes sociales y desarrollar con normalidad las actividades más esenciales de la vida diaria. Y de esta manera pasar a una implantación clara, suficiente e igualitaria.

Las principales propuestas, según los ámbitos estudiados, son las siguientes:

- **Balance general del SAAD**

Se aconseja establecer mecanismos de coordinación entre las diferentes Administraciones, en los que exista el diálogo, el consenso y la colaboración entre ellas.

- **Prestaciones del Sistema**

El apoyo informal debe seguir constituyendo una pieza clave en el modelo de atención a las personas en situación de dependencia. Pero lo esencial es que los servicios sociales sean estimulados para que, combinados con el apoyo informal, las necesidades de estas personas puedan ser satisfechas de un modo eficiente, y mejorar su calidad de vida.

- **Valoración de las solicitudes**

Los órganos de valoración de la situación de dependencia deberían estar constituidos por profesionales del área social y/o sanitaria, trabajadores sociales y fisioterapeutas; así como de otros perfiles de mayor calado educativo, que estén especializados y tengan experiencia acreditada con relación al tipo de dependencia que vayan a valorar.

- **Financiación**

Sería aconsejable que, a través del Convenio que suscriban (los Ministerios de Economía y Hacienda, de Educación, Política Social y Deporte, y la Sociedad Estatal de Participaciones Industriales), tras la creación del Fondo de Apoyo para la Promoción y Desarrollo de Infraestructuras y Servicios del Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia, tengan en cuenta –a la hora de confeccionar el procedimiento y las condiciones a la gestión del Fondo y concesión y control de la financiación– la valoración de las necesidades reales de las infraestructuras que verdaderamente se necesiten en cada comunidad autónoma para satisfacer las necesidades de los servicios que requieren las personas en situación de dependencia, dando preferencia a aquellas que más la necesiten, con el fin de desplegar un reparto más igualitario y equilibrado del SAAD en todo el territorio español.

Carencia de recursos humanos

La carencia de recursos humanos es manifiesta. Falta personal tanto administrativo como técnico para tramitar distintos procedimientos, en especial, a la hora de la valorar las solicitudes. Por ello sería conveniente que la financiación sea la suficiente para sufragar los costes derivados de esta calidad; y que la Administración Pública y las entidades privadas realicen un esfuerzo y dignifiquen las condiciones laborales de estos profesionales.

- **Falta de información**

Potenciar la información de la Ley de Dependencia en todo el territorio español a través de mecanismos idóneos que lleguen a los sitios donde hay personas que ignoran la existencia de esta Ley; o que, incluso, teniendo conocimiento de ella, tienen muchas confusiones en cuanto a los servicios que ella ofrece.

- **Convenio especial de cuidadores no profesionales**

Establecer un procedimiento de colaboración con la Tesorería de la Seguridad Social que pueda facilitar la suscripción del cuidador informal con el Convenio especial de cuidadores no profesionales de personas en situación de dependencia; y, a la vez, se simplifiquen las gestiones a realizar en este aspecto concreto.

## Introducción

La atención a la situación de las personas en situación de dependencia no es nueva; ha estado presente en todos los tiempos y en todas las sociedades, aunque nunca había tenido una relevancia social comparable a la que ha alcanzado en los últimos tiempos. La atención a las necesidades de las personas en situación de dependencia constituye hoy, en todos los países desarrollados, uno de los grandes retos de la política social para las Administraciones públicas. El reto no es otro que atender a las personas que, por encontrarse en situación de especial vulnerabilidad, requieren apoyos para poder ejercer sus derechos, acceder a los bienes sociales y desarrollar con normalidad las actividades más esenciales de la vida diaria. Así lo vienen poniendo de relieve todos los informes, documentos y decisiones de organizaciones internacionales como la Organización Mundial de la Salud, el Consejo de Europa y la Unión Europea.

La extensión y diversificación de la realidad social de la dependencia a lo largo de la vida la han convertido en una necesidad social susceptible de protección. En España, el cuidado de las personas en situación de dependencia ha sido desarrollado tradicionalmente por las familias, pilar básico del denominado sector informal, en el que se considera a los familiares como cuidadores, independientemente de que residan en el hogar de la persona en situación de dependencia o fuera de él. Esto implica que los cuidadores familiares de distintas categorías constituyan la estructura social básica de los cuidados personales, destacando a los cónyuges, hijas, nietas y nueras como núcleo fundamental de los cuidados informales. Sin embargo, este cuidado, casi en exclusiva por parte de las familias, se está cuestionando por cambios sociales (disminución del número de hijos e incorporación de la mujer al mundo laboral, entre otros), por el incremento en el número de personas que precisan cuidados y, en muchos casos, por su complejidad. No obstante, la dependencia recorre toda la estructura de edades de una población. Todos somos dependientes, pero hay colectivos que necesitan más ayudas que otros; es decir, todas las personas podemos ser autónomas, capaces de confeccionarnos nuestro propio proyecto de vida, pero no somos autosuficientes, sino que necesitamos siempre la intervención de otras personas para satisfacer nuestras necesidades. Las malformaciones congénitas, los accidentes laborales, de tráfico y domésticos, las nuevas enfermedades invalidantes y el propio curso de la edad, bajo determinadas circunstancias físicas y personales, son factores que contribuyen a hacer de la dependencia un problema social de primera magnitud (Rodríguez Cabrero, 2000:26). Como se sabe, el

problema no es nuevo; de hecho, por ejemplo, el desarrollo de las políticas protectoras sobre la discapacidad ha sido muy intenso en la mayoría de los países europeos.

El incremento cuantitativo de las situaciones de dependencia coincide en el tiempo con cambios importantes en el modelo de familia y con la incorporación progresiva de la mujer al mercado de trabajo, fenómenos ambos que hacen que este modelo sea insostenible a medio plazo. La protección habida a las personas en situación de dependencia era claramente insuficiente. No existía un servicio público de atención a las personas en situación de dependencia que cubriera de forma completa las necesidades de este importantísimo sector de la población. La realidad demostraba, en efecto, que a pesar de las distintas políticas emprendidas tanto a nivel estatal como autonómico, esta asistencia descansaba sobre el sector privado, en particular sobre las familias.

Esta situación no puede tener cabida en el modelo de Estado social de derecho que proclama la Constitución Española (CE)<sup>1</sup>. La dependencia es una contingencia que puede afectar al anhelo individual que cada persona tiene de realización personal y desarrollo humano integral. Pero, a su vez, es un reto colectivo que genera preocupación social en relación con la forma de organizar y dotar recursos para abordarlo. Dicho en otras palabras, la dependencia ha dejado de verse como un problema exclusivamente individual o familiar, para pasar a percibirse como un problema que afecta a la sociedad en su conjunto; que exige nuevas políticas públicas y una determinación de los objetivos y funciones del Estado más ajustadas a las necesidades de los ciudadanos, lo que, sin duda, implica nuevos compromisos de protección y financiación.

Este estudio tiene por objeto analizar la cobertura de la situación de dependencia a través de los instrumentos que atienden a las necesidades de aquellas personas que, por encontrarse en situación de especial vulnerabilidad, requieren apoyos para desarrollar las actividades esenciales de la vida diaria, conseguir una mayor autonomía personal y, así, ejercer plenamente sus derechos de ciudadanía. La investigación –tras un análisis socioeconómico de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, conocida también como Ley de Dependencia– aporta pautas para mejorar su implantación en todo el territorio español, con el fin de garantizar el verdadero disfrute y goce de este nuevo derecho, buscando mejorar, cada vez más, la calidad de vida de este colectivo.

La investigación se divide en siete capítulos. En el primero, se ofrece una breve introducción a la atención a las personas en situación de dependencia. En el segundo, se analizan los sistemas de protección social a las personas en situación de dependencia en la Unión Europea y los procedimientos de evaluación de la dependencia llevados a cabo por diferentes países europeos. Asimismo, se describe el nuevo modelo de protección social de la dependencia en España. En el tercero, se aborda el concepto de dependencia determinando los elementos que lo conforman. En el cuarto, que es el eje central del trabajo, se analiza la implantación de la Ley de Dependencia, estudiando los problemas que han surgido desde su establecimiento. Comenzando con un balance general del

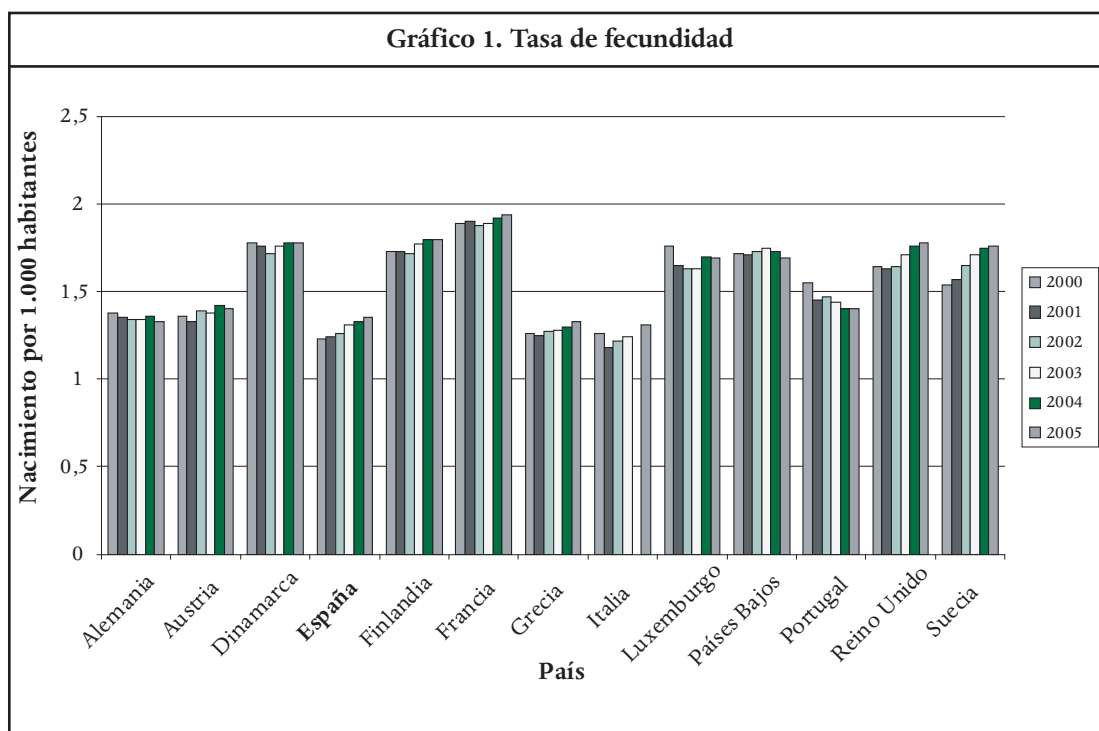
---

1 BOE nº 311, de 29 de diciembre de 1978.

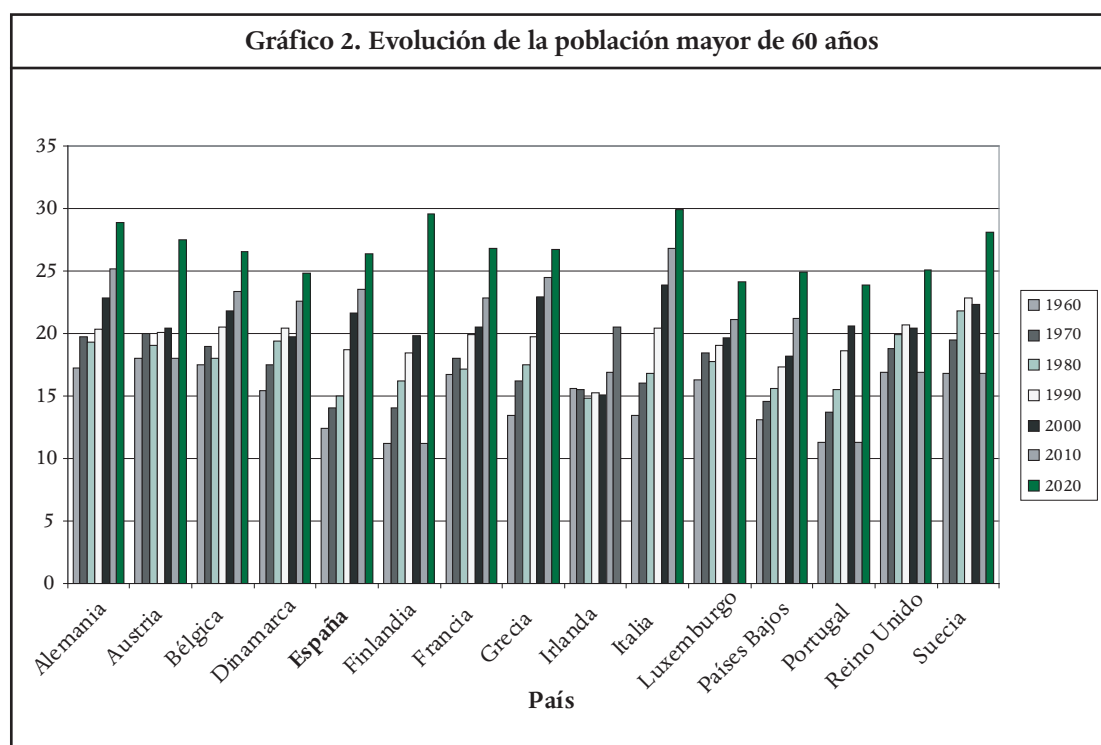
Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, para luego analizar las dificultades presentadas en relación con las prestaciones, valoración de las solicitudes, financiación, carencia de recursos humanos y falta de información. En el quinto, a manera de conclusión, se ofrecen las propuestas para hacer que el Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia funcione de forma más flexible y ágil, facilitando el proceso a las potenciales personas en situación de dependencia en tanto en cuanto fuera el mismo en todo el país. En los capítulos sexto y séptimo se presentan, respectivamente, la bibliografía y el índice de Tablas y Gráficos.

## Sistemas de protección social a las personas en situación de dependencia en el ámbito de la Unión Europea

El problema del envejecimiento ha producido en los países europeos la adopción de medidas para adaptar sus sistemas de protección social a las necesidades de la cobertura de las personas en situación de dependencia. La esperanza de vida al nacer y la tasa de fecundidad en la Unión Europea han experimentado un importante avance desde la década de los noventa hasta la actualidad, en que España se encuentra por encima de la media europea en la evolución de los nacimientos (430.950), pero por debajo en la tasa de fecundidad (1,28%) (Gráfico 1). En el Gráfico 2 se puede apreciar la evolución de la población mayor de 60 años en relación con la población total, pudiendo observarse que España, en el año 2020, ocupará el noveno lugar (26,4) en el conjunto de los países europeos.



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de Eurostat-Comisión de las CC EE..

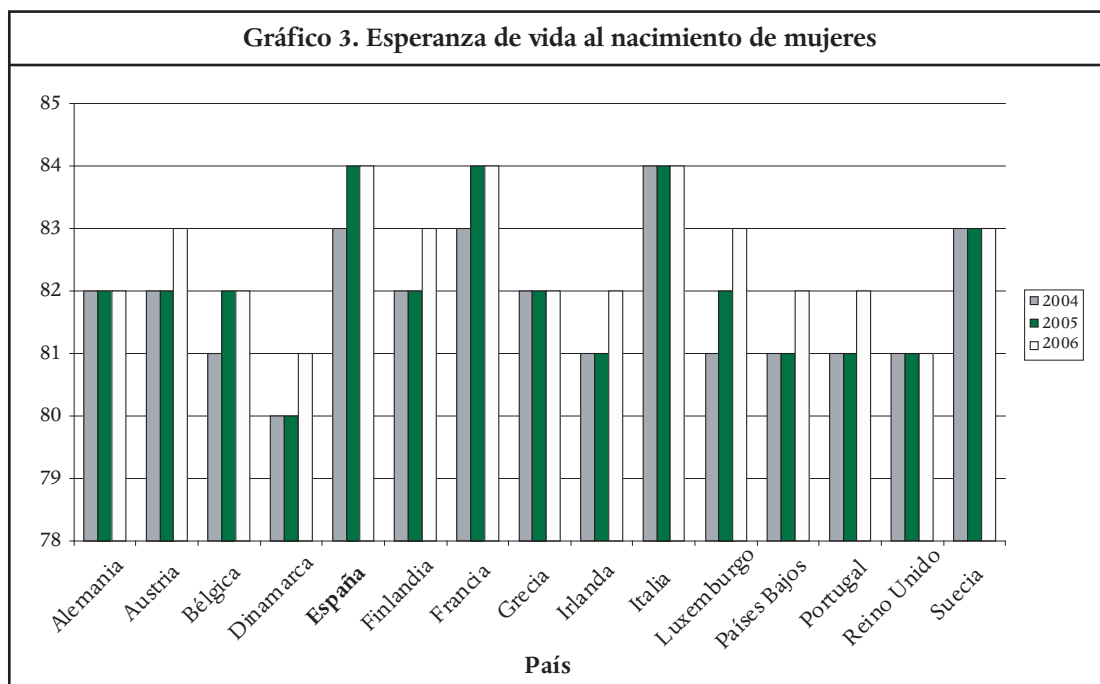


Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de Eurostat-Comisión de las CC EE..

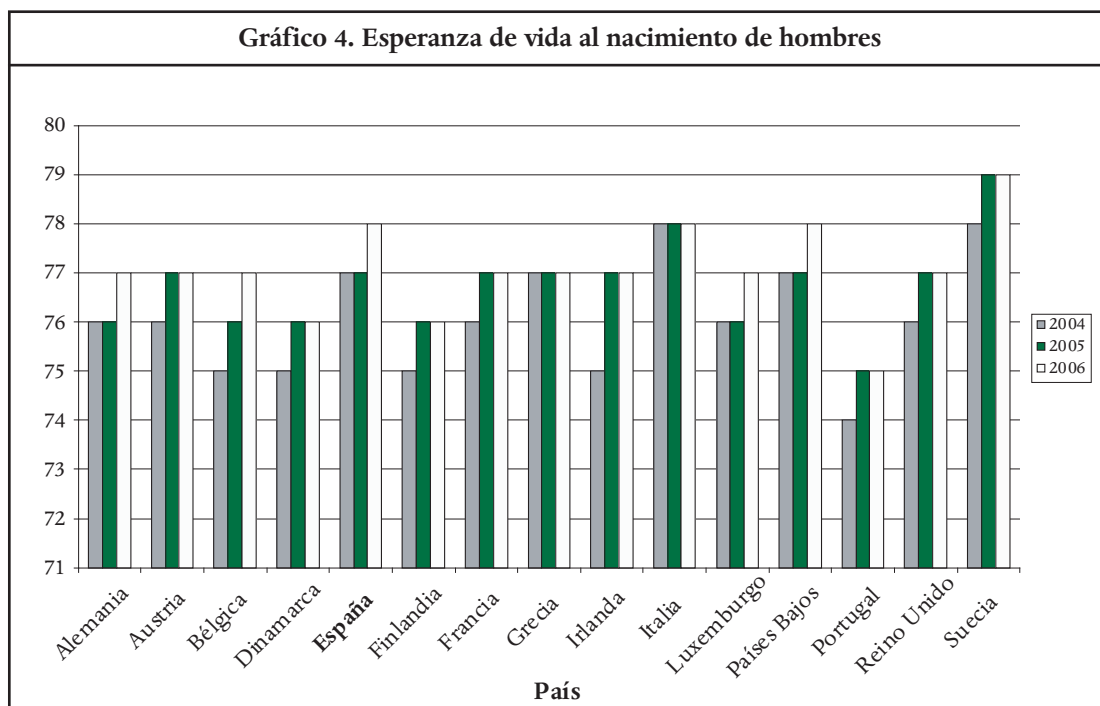
Resulta preocupante el hecho de que la mayor longevidad suele estar asociada a una creciente discapacidad y a una disminución en la calidad de vida. La mayoría de los estudios y estadísticas coinciden en que las mujeres tienen una mayor esperanza de vida; sin embargo, el inicio de unos hábitos que conducen a una peor calidad de vida se produce a una edad más temprana que en los hombres, donde la mayor expectativa de vida coincide con los años de mala calidad y de mayor grado de dependencia para las actividades de la vida diaria. En España la esperanza de vida es de 91 años para las mujeres y de 85,39 años para los varones (Puga González, 2001:144-54). Por lo que respecta a la esperanza de vida libre de incapacidad, la media europea es de 82,13 años en las mujeres y de 76,62 años en los hombres (Gráficos 3 y 4).

La población mayor en situación de dependencia y, particularmente, los sistemas de cuidados de las personas mayores dependientes presentan en los países de la Unión Europea algunos rasgos comunes a destacar: en primer lugar, las tasas de dependencia por edad tienen un perfil parecido en los diferentes modelos de Estado de bienestar en el área de los cuidados personales y sociosanitarios (liberal, nórdico y latino)<sup>2</sup>, con la excepción

<sup>2</sup> La concepción que tradicionalmente ha existido en España del Estado de bienestar ha sido una concepción asistencial y benéfica, tal como lo señala el diccionario de la Real Academia Española como el "Sistema social de organización en el que se procura compensar las deficiencias e injusticias de la economía de mercado con redistribuciones de renta y prestaciones sociales otorgadas a los menos favorecidos" (www.rae.es). Sin embargo, esta definición no se ajusta a la realidad actual española por lo que se debe entender como Estado de bienestar a las políticas públicas encaminadas de manera directa a las personas y que tienen como objetivo principal aumentar su bienestar y calidad de vida a través de diversas intervenciones públicas, tales como transferencias sociales, servicios públicos, normas y sanciones laborales y en defensa del consumidor y del ambiente, trabajo y reducción de las desigualdades sociales (Navarro Vicenç, 2007:25).



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del INE..



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del INE.

de los países del modelo continental, en los que son bastante elevadas. En conjunto, las tasas de dependencia severa entre la población de 80 y más años varían desde un mínimo del 26,4% en los países nórdicos hasta un máximo del 37,9% en los países del modelo continental (Tabla 1). El Libro Blanco sobre la Atención a las personas en situación de dependencia en España señala al respecto que se trata de una aproximación tosca a la

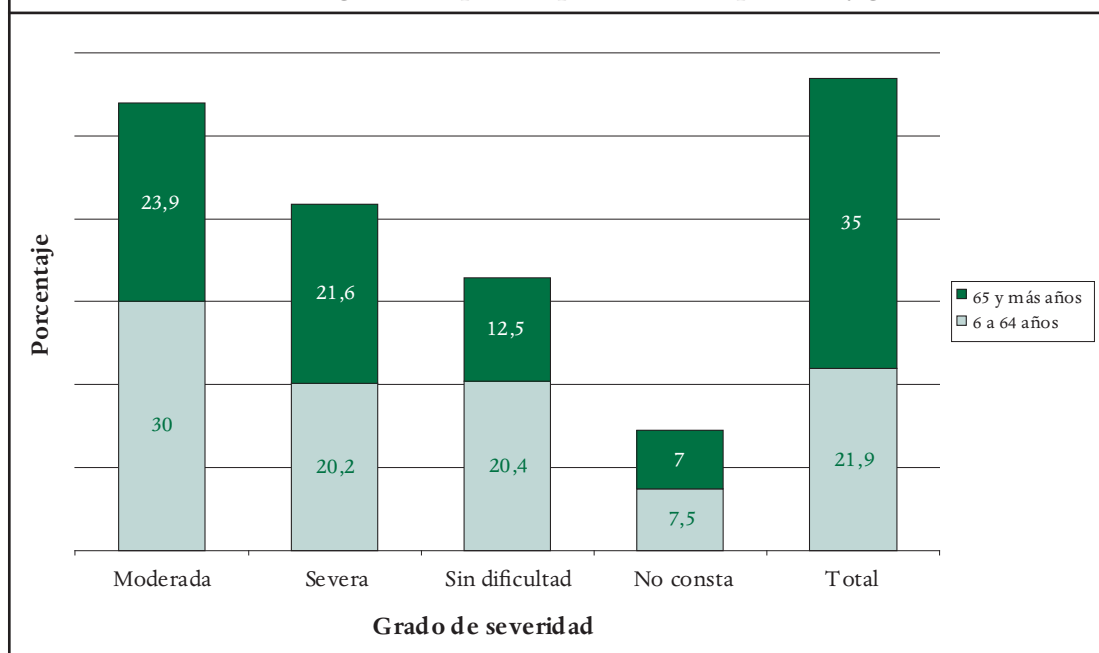
estimación de la población europea en situación de dependencia, ya que se basa en una autopercepción de las personas y no en una valoración objetiva (IMSERO, 2005:713). Sin embargo, permite resaltar la doble importancia sociológica del problema de las personas mayores en situación de dependencia: como realidad social y como necesidad social percibida. En España las tasas de personas con alguna discapacidad para las actividades básicas de la vida diaria se sitúan en un 20,2% para la población de 6 a 64 años y en un 21,6% para los de 65 y más años (Gráfico 5).

**Tabla 1. Población europea mayor de 65 años con discapacidad y/o enfermedades crónicas que les impiden realizar actividades de la vida diaria, según niveles de gravedad**

Grupos de edad	65 – 79	+ 80
<b>Países continentales</b>		
Dificultad severa	20,6	37,9
Dificultad moderada	34,7	34,1
Total	65,3	72,0
<b>Países nórdicos</b>		
Dificultad severa	14,4	26,4
Dificultad moderada	23,7	23,8
Total	38,1	50,2
<b>Países del sur de Europa</b>		
Dificultad severa	13,5	27,7
Dificultad moderada	19,4	19,5
<b>Total</b>	<b>32,5</b>	<b>47,2</b>

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del Panel de Hogares de la Unión Europea.

**Gráfico 5. Personas con alguna discapacidad para las ABVD por edad y grado de severidad**

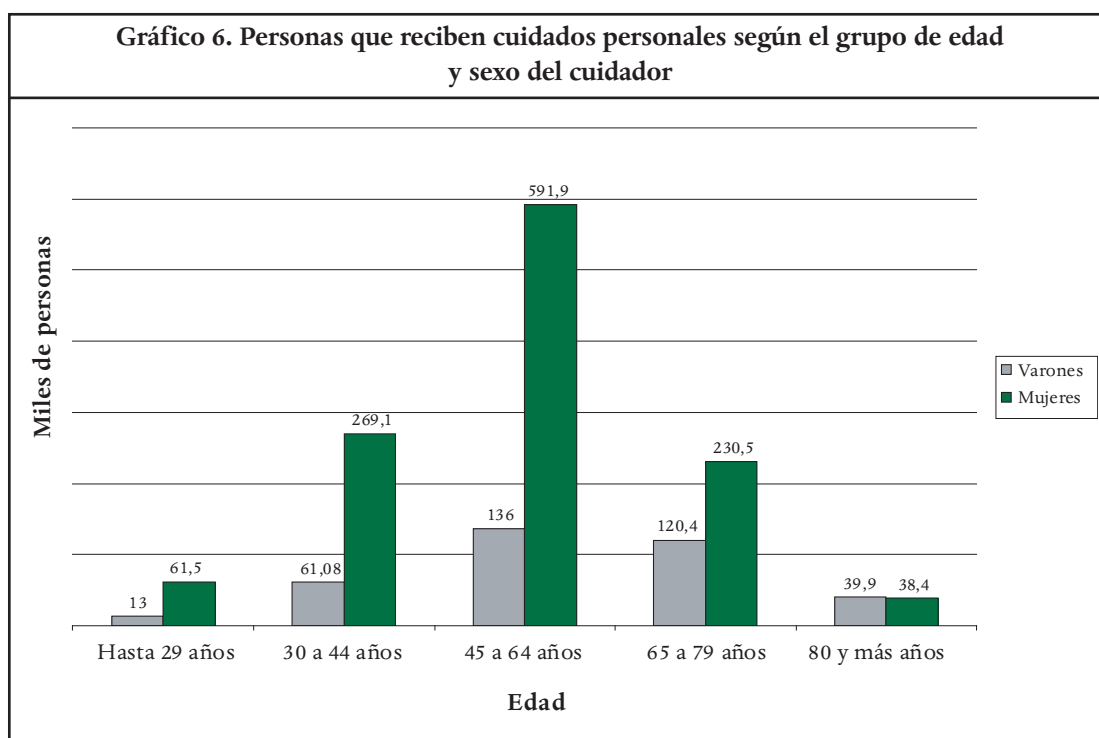


Fuente: Elaboración propia a partir del Avance de resultados de la Encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y situación de dependencia (INE). Consulta a 5 de noviembre de 2008.

En segundo lugar, la población cuidadora europea es mayoritariamente femenina, muy especialmente en los países del sur de Europa. El crecimiento de los sistemas formales de cuidados personales, sanitarios y sociales en los Estados de bienestar de la Unión Europea no ha restado importancia al papel central de los cuidados informales; no obstante, éstos suelen recibir otros tipos de apoyos por parte de los sistemas de protección social, que dificultan a veces la delimitación de una clara diferencia entre los cuidados formales y los informales. La inmensa mayoría de las personas en situación de dependencia recibe cuidados de tipo informal, con escasas diferencias entre los modelos de protección social. La mayoría de los cuidadores son mujeres de 45 a 60 años de edad. En el caso de España, los cuidadores de la gran mayoría de las personas en situación de dependencia son de tipo informal; labor que es ejercida por las mujeres (cónyuges, hijas, nueras y nietas) en un 84,7%, y de la cual el 48,4% de sus familiares se encuentran satisfechos de la ayuda que reciben por parte de sus cuidadoras<sup>3</sup>. En este sentido, se observa un creciente envejecimiento de los cuidadores informales si se tiene en cuenta que, por ejemplo, el grupo de cuidadores con edades entre 45 y 64 años viene a ser aproximadamente el 46,60 % del total de la población cuidadora, y que los de 65 a 79 años de edad representan el 22,46% del total de dicha población (Gráfico 6).

En tercer lugar, el modelo de cuidados es dual:

- a) De solidaridad familiar, en el que la mayoría de las personas en situación de dependencia viven en el hogar del cuidador (modelo latino).



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del Estudio 2647 Condiciones de vida de las personas mayores del CIS.

<sup>3</sup> Datos obtenidos según el Estudio 2647, Condiciones de vida de las personas mayores del CIS.

- b) De solidaridad a distancia, en el que los cuidados se realizan fuera del hogar del cuidador (modelo continental, nórdico y liberal).

El tiempo de cuidados afecta a distintas actividades de la vida social de los cuidadores, generando costes de oportunidad. Por un lado, afecta significativamente más a las mujeres que a los hombres. Por otro, la actividad de cuidados informales incide negativamente en la realización de actividad laboral remunerada, aunque en el modelo latino y liberal existe un diferencial más negativo en comparación con el modelo continental y nórdico. Estos modelos de cuidados están cambiando a raíz de la incorporación de la mujer al mercado de trabajo y al nacimiento de modelos culturales de solidaridad a distancia, manteniendo la independencia de los hogares del cuidador y de la persona en situación de dependencia; se observa sobre todo en los países del sur de Europa, y, como consecuencia, aumentan 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 personales, y políticas que hagan compatible el trabajo del cuidador, la función de cuidados y nuevos servicios de apoyo a la población mayor frágil (IMSERSO, 2005:715).

Como es sabido, no existe un único modelo europeo para atender a las personas en situación de dependencia, pero se pueden establecer una serie de rasgos comunes a los distintos sistemas de protección social. Por ejemplo: la necesidad de una intervención administrativa que dé solución a este nuevo riesgo; la preferencia en el mantenimiento o la asistencia al domicilio de las personas mayores en situación de dependencia; el rechazo a dejar la cobertura de la dependencia en la solidaridad familiar, estableciendo al tiempo un estatuto de las personas que, de forma parcial o total, asumen la atención a las personas en situación de dependencia (Italia y Portugal), o la preocupación por encontrar un equilibrio entre las necesidades de financiación suficiente para garantizar la asistencia adecuada y de calidad, a través de la financiación, ya que el gasto puede tener un crecimiento exponencial.

Lo antes expuesto no es óbice para que se hayan producido determinadas recomendaciones y declaraciones internacionales en materia de política social, que resaltan la necesidad de que los poderes públicos presten atención especial a las personas de edad avanzada. En este sentido, surge en el año 1982 –con ocasión de la celebración en Viena de la Asamblea Mundial de las Naciones sobre el Envejecimiento– el nacimiento del Plan de Acción Internacional, que recoge diversas recomendaciones sobre política general de actuación con la tercera edad, sobre salud y nutrición, vivienda y medio ambiente, familia, bienestar social, seguridad del ingreso y del empleo, y educación<sup>4</sup>. Por otra parte, la Unión Europea ha recomendado tener en cuenta tres factores a la hora de elegir un modelo de

4 Entre ellas destacan la Recomendación nº 162 de la Organización Internacional del Trabajo (OIT), sobre los trabajadores de edad; Declaración de las Naciones Unidas sobre el Progreso y el Desarrollo en lo Social, de 11 de diciembre de 1969, que proclama la necesidad de proveer sistemas amplios de seguridad social y de servicios de asistencia social, así como el establecimiento y la mejora de sistemas de servicios y seguros sociales para la vejez, y la protección de los derechos y la garantía del bienestar de los ancianos; Declaración de Cartagena sobre políticas integrales para las personas mayores en el área iberoamericana, de 27 de octubre de 1992; Principios normativos para las Políticas y Programas de Bienestar Social para el Desarrollo en un futuro próximo, aprobados el 7 de diciembre de 1987 por la Asamblea General de las Naciones Unidas, entre otros.

protección social de la dependencia: a) el acceso de todos a las prestaciones por dependencia, independientemente de los ingresos o del patrimonio; b) un alto nivel de calidad asistencial; y c) la sostenibilidad financiera de las prestaciones.

## **2.1 Los distintos modelos de protección de la dependencia en la Unión Europea como punto de referencia para la comparación**

Desde la década de los noventa la protección social de la dependencia tiene una posición destacada en la agenda política de la mayoría de los gobiernos. La cobertura social de la dependencia es un tema que está presente en la evolución de los sistemas de Seguridad Social de los países europeos, al tiempo que es objeto de debates y análisis en los foros de la Unión Europea, en los que se pone de relieve la necesidad de afrontar los riesgos que presenta la dependencia para los sistemas de protección social.

Existen cinco modelos de protección social de la dependencia, en los que las prestaciones económicas se combinan con prestaciones de asistencia médica especializada y con una red de asistencia social ampliamente desarrollada (Tabla 2):

### **A) Modelo liberal**

El modelo liberal se basa en un esquema de naturaleza asistencial, que incorpora la participación del usuario en el coste (copago) y el desplazamiento de la responsabilidad de los cuidados de larga duración a las Administraciones locales. Este modelo se configura como un sistema público financiado mediante impuestos, de cobertura limitada, destinado a satisfacer las necesidades básicas de los ciudadanos con insuficiencia de recursos económicos en situación de dependencia, en el que tiene un peso específico la labor de las ONG. El inconveniente de este modelo es que deja en una desprotección prácticamente total a las clases medias, ya que los requisitos de acceso sobre renta disponible les impiden acceder a los servicios de provisión pública, y, por otro lado, sus ingresos son insuficientes para poder acceder a una cobertura privada. En consecuencia, limita el alcance de los derechos sociales (Esping-Andersen, 1993:47). Modelo predominante en el Reino Unido (Vicente Merino *et al.* 2004:18-21, Walter, 1999:285-308 y Stout, 1999:309-18) e Irlanda.

### **B) Modelo continental de seguridad social**

La protección social a las consecuencias de la dependencia se sitúa en el ámbito de la Seguridad Social como un riesgo más al que se da cobertura junto con las pensiones, seguro de desempleo, etc. En este modelo se evalúa la dependencia en función de grados, reconociéndose prestaciones monetarias o servicios, en el que se apoya activamente a la familia cuidadora. El modelo de financiación es mixto: se sostiene en base a cotizaciones sociales e impuestos.

Este sistema supone reconocer el derecho subjetivo de la protección de la dependencia, independientemente de la situación económica, cubriendo las necesidades de servicios para la persona que en su momento lo necesite. La situación de dependencia se evalúa en

grado o niveles de gravedad, de los que se derivan prestaciones monetarias de diferentes cuantías o servicios de distintas intensidades o duración. En general, se suele dar un margen amplio de opción a la persona en situación de dependencia o a su familia, que podrán optar entre prestaciones monetarias y servicios. Fundamentalmente, se financian con cotizaciones de trabajadores en activo. La financiación que cubre las prestaciones no contributivas suele ser vía impuestos. Asimismo, este modelo otorga ayudas al cuidador, tanto en excedencias del trabajo para los cuidadores informales, como en la cobertura de las cotizaciones, al igual que en el desarrollo de servicios de respiro y de apoyo para períodos de vacaciones o necesidades especiales. Modelo predominante en Alemania (Köbs, 2004:189-212, Evert, 1999:93-118 y Ferraras Alonso, 2002:18-21), Austria (Ferraras Alonso, 2002:21-3 y Leichsenring, 1999:119-46), Francia (Kessler, 2004:237-57, Sánchez, 1999:147-66 y Ferraras Alonso, 2002:23-5), Bélgica y Luxemburgo (Kerschen, 2004: 2132-5, Kerger, 1999:167-204 y Ferreras Alonso, 2002:25-6).

### **C) Modelo nórdico**

No existe una cobertura de la dependencia dentro el Sistema de la Seguridad Social, sino que la protección de la dependencia nace de la propia naturaleza de la cobertura social universal, basada en la prestación de servicios, ya que la presencia de los cuidados informales es menos intensa que en los modelos latino y continental. Se financia a través de impuestos generales y locales, e implanta el copago en función del nivel de renta del sujeto que requiera la atención personal como en situación de dependencia. Las prestaciones sociales ofrecidas se hacen a través de servicios comunitarios y especializados.

Este tipo de modelo atiende la situación de dependencia como una extensión lógica de la concepción de que el Estado debe cubrir las necesidades básicas de los ciudadanos, por razón de ciudadanía, de la misma manera que se ocupa de las necesidades educativas o sanitarias. La cobertura es universal, por lo que no se evalúan los recursos de los solicitantes, salvo cuando se trata de concretar la participación del beneficiario en el pago de los servicios en función del nivel de renta. Es un modelo en el que los municipios son los responsables de la prestación de servicios, lo que incrementa el copago y favorece las prestaciones monetarias por ayuda informal como método de reducir costes, estimulando la responsabilidad familiar. Modelo predominante en Suecia (Vicente Merino *et al.* 2004:15-8), Dinamarca, Noruega (Daatland, 1999:319-33) Holanda (Schuijt *et al.*, 1999:223-84) y Finlandia (Hellten *et al.*, 2004:259-322).

### **D) Modelo latino**

La cobertura de la dependencia descansa fundamentalmente en la familia, particularmente sobre la mujer. El sistema público de cuidados de larga duración es de naturaleza asistencial y escasa. Es un sistema público financiado mediante impuestos, copago y cuotas de la Seguridad Social, de cobertura limitada, dirigido a satisfacer las necesidades básicas de las personas en situación de dependencia con insuficiencia de recursos económicos.

Este modelo deja en situación de desprotección a las clases medias, puesto que los requisitos de acceso sobre renta disponible les impiden acceder a los servicios de previsión

pública y, por otro lado, sus ingresos son escasos para costearse esos mismos servicios en el ámbito privado. Modelo predominante en Italia (Avio y Balandi, 2007:11-25), Portugal, Grecia, Chipre y Malta.

### E) Modelo heterogéneo

El modelo denominado “heterogéneo” es el que se caracteriza por no presentar una uniformidad en las variables de análisis y por ser, además, distinto a los modelos anteriores. Es el modelo característico de los países incluidos en la órbita soviética, es decir, los países de Europa Central y Oriental (PECO). Cada país tiene distintos sistemas de protección, basados en las estructuras sanitarias y de servicios sociales descentralizadas con problemas de financiación a consecuencia de los procesos políticos y económicos propios (Quintero Lima, 2007:111).

Es un modelo que nace de países con economías de transición, lo que lleva a la desintegración de los sistemas de protección de corte soviético. Se acogen a este modelo los siguientes países: Estonia, Lituania, Hungría, República Checa, Eslovenia, Bulgaria y Rumania<sup>5</sup>. Dentro de sus principales características, destaca la atención inespecífica a las situaciones de dependencia que se producen, generalmente, en centros ligados a la asistencia social y servicios sanitarios, que, a su vez, se complementan por un sistema de pensiones públicas. Su financiación se basa en presupuestos estatales, impuestos y financiación mixta, es decir, en presupuestos públicos y aportaciones de los usuarios. Protege a los sujetos en situación de dependencia mediante prestaciones inespecíficas de invalidez y vejez.

Tabla 2. Modelos europeos de protección social de la dependencia					
	Liberal	Continental	Nórdico	Latino	Heterogéneo
<b>Accesibilidad</b>	Prueba de recursos	Universal	Universal	Prueba de recursos	Inespecífico
<b>Prestaciones</b>	Servicios	Servicios y prestaciones económicas	Servicios	Servicios y prestaciones económicas	Inespecífico
<b>Financiación</b>	Copago e impuestos	Copago, impuestos generales y cuotas	Copago e impuestos de la Seguridad Social	Copago, impuestos y cuotas de la Seguridad Social	Presupuestos estatales, impuestos y financiación mixta

Fuente: Elaboración propia.

<sup>5</sup> Un estudio pormenorizado de este tipo de modelo, también denominado “Modelo del eje de Varsovia”, consúltense en Quintero Lima, M. (2007), Modelos comparados en Europa de protección de las situaciones de dependencia, Temas Laborales, nº 89, 111- 13.

## 2.2 Procedimientos de evaluación de la dependencia en Europa

### A) Alemania

El Programa de Seguro de Cuidados de Larga Duración (PSCLD) se lleva a cabo desde el año 1995, y define la dependencia como el trastorno continuado de las actividades de la vida diaria. El derecho a la prestación se concede a las personas que requieran asistencia permanente de otra persona, durante más de seis meses, para las actividades cotidianas.

La clasificación de los potenciales receptores se lleva a cabo por el servicio médico especial del PSCLD, que suele estar compuesto únicamente por médicos, y en ocasiones pueden estar asistidos por enfermeros cualificados. La clasificación se lleva a cabo para las personas que solicitan las prestaciones para recibir cuidados en sus propias casas o en residencias clínicas.

El proceso de clasificación, aparte de ser bastante técnico, se centra en dos elementos: a) el nivel de minusvalía continua en relación con las más usuales y recurrentes AVD; y, b) el tiempo de asistencia que se necesita para las AVD. El grado de minusvalía se evalúa a través de una relación de once actividades de la vida diaria. Asimismo, se llevan a cabo cálculos de tiempo en relación con la ayuda necesaria a través de cuatro grupos de AVD:

- 1) Higiene personal: lavarse, bañarse, ducharse, peinarse, higiene dental, afeitarse, continencia urinaria y fecal.
- 2) Alimentación: preparación de alimentos e ingestión.
- 3) Movilidad: vestirse y desvestirse, levantarse y acostarse, andar, estar de pie, abandonar la vivienda, regresar por sí solo y subir escaleras.
- 4) Tareas domésticas: cocinar, hacer la colada, limpiar la vivienda, hacer la compra, calentar la casa y cambiar la ropa.

Posteriormente, el PSCLD se interrelaciona con una lista larga de ítems con la frecuencia de la ayuda en cinco niveles<sup>6</sup> y con el tiempo o duración de la misma, en tres niveles<sup>7</sup>. Todo ello para así poder determinar en cuáles de los tres grados de dependencia se encuentran las personas que requieran el servicio:

- Grado 1. Dependencia moderada: se requiere como mínimo 1,5 horas y una vez al día, con dos o más actividades relacionadas con la higiene personal, la movilidad o la comida, aunado a la necesidad de requerir ayuda varias veces a la semana para las labores domésticas.

<sup>6</sup> De manera ininterrumpida cada 2-3 horas, 2-3 veces al día, una vez al día y varias veces a la semana.

<sup>7</sup> 1,5 horas, 3 horas y 5 horas.

- Grado 2. Dependencia severa: se necesita por lo menos tres horas de ayuda diaria, y como mínimo tres veces al día, para la alimentación, movilidad e higiene personal. Asimismo, requiere ayuda varias veces a la semana para las labores domésticas.
- Grado 3. Dependencia grave: se requiere como mínimo, tanto para el día como para la noche, cinco horas de ayuda para la alimentación, movilidad o higiene personal. Además, necesita ayuda varias veces a la semana para las labores domésticas.

En vista de que en la valoración deben incluirse las medidas de rehabilitación, se han desarrollado otros sistemas de valoración que complementan al PSCLD, en los que se tienen en cuenta dos factores. Primero, el grado de funcionalidad, deficiencia y discapacidad. Segundo, el grado de dependencia. Estos factores se aplican con el fin de implementar los principios básicos de prevención y rehabilitación de la provisión de cuidados y el de cuidados en la vivienda antes que en residencias clínicas.

## **B) Francia**

La Ley sobre la dependencia se crea en 1997 bajo dos premisas. Por una parte, mejorar la reglamentación referente al apoyo a las personas mayores en situación de dependencia. Por otra, la voluntad de controlar el gasto referente a dicho colectivo. No obstante, antes de su promulgación las personas mayores en situación de dependencia disponían ya de dos prestaciones: ayuda a domicilio y establecimiento residencial. Podían beneficiarse de la asignación compensatoria para tercera persona, concedida en función del nivel de discapacidad y de rentas. En este país la dependencia es considerada como el estado de la persona que, independientemente de los cuidados que sea susceptible de recibir, necesita ser ayudada para la realización de los actos esenciales de la vida, o requiere una vigilancia regular.

Al implementarse la Ley, se les asigna a las personas solicitantes una Prestación Específica de Dependencia (PSD), que es realizada por un equipo médico-social integrado por un médico y un trabajador social. Uno de ellos debe trasladarse al domicilio de la persona y realizar un dossier de evaluación, en el que recoja tanto la información sobre la vivienda como las ayudas del entorno, incluyendo una escala de valoración que agrupe una lista de actividades de la vida diaria<sup>8</sup>:

- Variables discriminantes: clasifica a la persona en cinco grupos, en función de su nivel de dependencia. Para ello acuña 10 grupos de actos esenciales de la vida: cuatro de autocuidado (vestirse, comer, lavarse y excreción), tres de movilidad (desplazarse por el interior y exterior, y transferencias), uno de relaciones interpersonales (coherencia en la conversación y el comportamiento), uno de comunicación (comunicación a distancia a través de aparatos) y uno de función mental (orientación).

<sup>8</sup> Denominada *Autonomie Gerontológico Grupes Iso Ressources* (AGGIR).

- Variables ilustrativas: se implementan para describir otras áreas en las que se puede dar dependencia, que no se consideran tan esenciales como las variables discriminantes. Las conforman siete grupos: tres de actividades domésticas (adquisición de lo necesario para vivir, tareas domésticas y preparar comidas), una de autocuidado (seguimiento del tratamiento), una de vida comunitaria y social (actividades de tiempo libre), una de áreas principales de la vida (transacciones y gestiones económicas básicas, y una de movilidad (utilizar medios de transporte).

La aplicación de aquella escala y de los ítems que la componen arrojará los cinco niveles de dependencia existentes:

- Extremadamente dependientes: personas que requieren la presencia permanente de un cuidador externo, por tener pérdida de autonomía psíquica y dependencia física total. Podrán beneficiarse de una PSD en el domicilio.
- Muy fuertemente dependientes: este nivel lo conforman dos tipos de situaciones. Por un lado, dependencia para desplazarse con mantenimiento de autonomía psíquica. Por otro, pérdida de autonomía psíquica sin dependencia para desplazarse. Podrán beneficiarse de una PSD en el domicilio.
- Fuertemente dependientes: personas que requieren una ayuda frecuente para actividades de autocuidado. Podrán beneficiarse de una PSD en el domicilio.
- Moderadamente dependientes: personas que necesitan ayuda para vestirse, lavarse y comer, sin problemas de desplazamiento. Podrán beneficiarse de una PSD si se encuentran en una residencia.
- Débilmente dependientes: personas que solo necesitan ayudas de manera puntual. Podrán beneficiarse de una PSD si se encuentran en una residencia.

### C) Luxemburgo

Este país ha implementado un seguro de dependencia desde 1998. Define la dependencia como el estado de una persona que, a consecuencia de una enfermedad o de una deficiencia física, mental o psíquica, tenga la necesidad de la asistencia de una tercera persona para los actos esenciales de la vida. Los actos esenciales de la vida responden a las necesidades fundamentales de la persona y hacen referencia a seis ámbitos:

- Higiene: lavarse, ducharse, higiene de la piel, cuidados de la barba y de la piel, lavado del cabello, cuidado de uñas y excreción.
- Nutrición: preparación de alimentos e hidratación.
- Movilidad: vestirse y desnudarse, preparar y guardar la ropa, transferencias y cambios de posición, subir y bajar escaleras, salir de la vivienda y volver, desplazarse y mantener una postura adoptada.

- Tareas domésticas principales: limpieza del hogar, hacer recados, fregar platos, y lavar la ropa.
- Apoyo: los recados o las salidas con la persona en situación de dependencia, el acompañamiento a un centro de día, la vigilancia domiciliaria y la compañía individual.
- Actividades de consejo: consejos para la realización de los actos esenciales y consejos a sus familiares.

Para cada uno de los actos esenciales de la vida antes señalados se distinguen varias formas de ayuda. Por una parte, la ayuda mínima, que trata de guiar o motivar a la persona en situación de dependencia. Por otra, la ayuda parcial, que consiste en realizar en parte, en lugar de la persona en situación de dependencia, alguna cosa que ella no está en condiciones de hacer sola, o apoyarla y enseñarla. Por último, la ayuda completa consiste en realizar de manera total, en lugar de la persona en situación de dependencia, el cuidado que ella no puede aplicarse, o garantizar una vigilancia o presencia constante durante toda la duración de los cuidados.

La valoración es realizada por un equipo multidisciplinar compuesto de enfermeros, enfermeros psiquiátricos, médicos, fisioterapeutas, ergoterapeutas, psicólogos y asistentes sociales. Primeramente, se comienza por una evaluación médica con datos muy concretos. Posteriormente, se realiza la evaluación de la dependencia a través de una entrevista en la que el evaluador va dirigiendo unas preguntas concretas dependiendo del sitio en que se realicen, es decir, en su domicilio o en el establecimiento residencial. Seguidamente, el evaluador hace un resumen sobre la evaluación, las aptitudes cognitivas y recomendaciones. Finalmente, se realiza una relación estándar de la asistencia y los cuidados necesarios, que trata de traducir a través de una serie de coeficientes la frecuencia e intensidad de los actos esenciales de la vida, con el fin de obtener el tiempo total necesario, ponderado. La dependencia se valora en tres grados en función de las necesidades diarias de atención: I. Requiere entre 3,5 y 7 horas diarias; II. Requiere entre 7 y 14 horas al día; y, III. Requiere más de 14 horas al día.

#### **D) Austria**

Este país ha instaurado desde el año 1993 la protección de la dependencia a través de la Ley Federal del Subsidio de Asistencia, el cual se basa en el principio de subsidiariedad. El subsidio de asistencia global se fundamenta en una prestación que no forma parte del Sistema de Seguro Social y no es un elemento de los programas de bienestar social o de asistencia social, sino que contiene elementos de los dos sistemas.

La valoración de la dependencia se estructura en tres partes, a través de informes, en los que se recoge la frecuencia, el tipo de ayuda, quién la realiza y su idoneidad: a) informe de la situación social en relación con las condiciones de la vivienda, datos sobre el cuidador y frecuencia y tipos de ayudas médicas o de otro tipo recibidas; b) informe médico sobre los datos exploratorios, antecedentes y diagnósticos; y, c) informe sobre las actividades de la vida diaria, concretamente sobre el autocuidado y la movilidad.

La herramienta de valoración se vincula al número de horas de ayuda que necesita al día la persona en situación de dependencia. Existen siete niveles: I. Requiere más de 50 horas al mes; II. Requiere más de 75 horas al mes; III. Requiere más de 120 horas al mes; IV. Requiere 180 horas al mes; V. Requiere 180 horas al mes e intensas; VI. Requiere 180 horas al mes y constantes; y VII. Requiere 180 horas al mes entre intensas y constantes para aquellas personas con inmovilidad completa.

La capacidad de elección para los cuidados de larga duración es bastante liberal para los usuarios. Es el usuario quien decide sobre la clase de alojamiento en que desea vivir, o sobre la clase de servicio que le gustaría utilizar. Existen tres clases de evaluación de necesidades:

- La evaluación de las necesidades de cuidados que determina qué personas tienen derecho a un subsidio de cuidado de larga duración. Se fundamenta en criterios médicos, en el que un médico señala el número de horas en las que se requieren los cuidados.
- La evaluación de las necesidades de cuidados que se lleva a cabo para detectar las necesidades de los usuarios de los servicios de cuidados comunitarios. Se basa en las necesidades médicas y prácticas, acordadas entre el enfermero evaluador y la persona que lo solicita.
- La evaluación de las necesidades de cuidados que se lleva a cabo antes de ser aceptado el ingreso del solicitante en una institución. Se centra en criterios objetivos para regular la afluencia de usuarios a las residencias clínicas y centros de día.

### **E) Reino Unido**

No existe en el Reino Unido un sistema de protección a la dependencia. Sin embargo, con carácter general, las prestaciones públicas de incapacidad están sujetas a condición de residencia y de recursos, configurándose en el ámbito no contributivo. La persona que dedica 35 horas semanales al cuidado de una persona mayor de 65 años y no recibe ingresos semanales determinados, es perceptora de una prestación *Attendance allowance*, con la condición de que haya permanecido, como mínimo, 26 semanas en el último año en el Reino Unido.

La *Attendance allowance* nace con el fin de resarcir los gastos suplementarios que se producen en una persona discapacitada mayor de 65 años que requiere la ayuda de una tercera persona. Asimismo, existe una prestación por discapacidad para personas de 0 a 65 años que requieren ayuda para cuidados personales y para desplazamientos denominada *Disability living allowance*. Básicamente, el sistema británico se funda en la valoración dirigida al proveedor de servicios, canalizada a través de clientes específicos (*Home care allowances*), agrupando la dependencia en categorías.

### **F) Suecia**

Toda persona incapaz de proporcionarse por sí misma ciertos cuidados tiene derecho a ser asistido por el Comité de Bienestar Social, quien ofrecerá sustento y apoyo para su vida

en general. La Ley de Ayuda y Servicios a Personas con ciertos Impedimentos Funcionales cubre a las personas con discapacidad que requieran ayuda para su autonomía, excluyendo a las personas con discapacidad derivadas del proceso de envejecimiento y a las personas que son atendidas en centros residenciales. Sin embargo, la Ley de Subsidio de Asistencia y la de Servicios Sociales otorgan una prestación económica a la persona en situación de dependencia, con la que puede remunerar al cuidador familiar.

En grandes rasgos, cuando la necesidad de asistencia de la persona en situación de dependencia sobrepasa las 20 horas semanales y las necesidades básicas no pueden ser satisfechas de ninguna otra forma, y son las autoridades locales las que se hacen cargo de la asistencia, el Gobierno central asumirá la financiación. Lo relevante es que la persona en situación de dependencia puede participar en el diseño de un plan individual de atención en virtud del principio de atención integral.

### **G) Italia**

Desde el año 2000 la situación de dependencia en este país se fundamenta en la autosuficiencia, al establecer la Ley Marco para el Establecimiento del Sistema Integrado de Intervenciones y Servicios Sociales que, con el fin de favorecer la autonomía y sostener el núcleo familiar, se dará asistencia domiciliaria a las personas ancianas que lo requieran. Sin embargo, prevé planes individuales para llevar a cabo la plena integración de las personas discapacitadas, que más que a la recuperación de la autonomía se enfoca a la plena integración en el ámbito de la vida familiar y social.

Los destinatarios protegidos son los sujetos en situaciones de pobreza, con ingresos limitados o con incapacidad total o parcial para procurarse sus propias necesidades, debido a una minusvalía de orden físico o psíquico, con dificultades de inserción en la vida social activa y en el mercado de trabajo. La mera carencia de recursos, si bien no da derechos a obtener prestaciones económicas, puede permitir el acceso a algunos servicios públicos fundamentales, de forma gratuita o con precio reducido. En definitiva, la herramienta para valorar si la persona tiene acceso o no al sistema es la situación de pobreza, más que la propia situación de dependencia, ya que busca dar asistencia domiciliaria.

### **H) Valoración general de los procedimientos de evaluación**

De las herramientas de evaluación implementadas por los países europeos se puede constatar que no existe uniformidad entre ellas, lo que supone la existencia de diferentes modelos de políticas: financieras, de protección y sanitarias. La gran mayoría de los países se inclina por valorar el grado de ayuda en las actividades domésticas, autocuidado y movilidad, y expresar las características de la ayuda y el tiempo total en horas-semana.

Existe una fuerte inclinación a diferenciar la evaluación de la situación de dependencia de la persona en su domicilio, de aquella que se realiza en una residencia. La dependencia, a grandes rasgos, se valora mediante dos modelos muy diferenciados:

- De provisión asistencial y social, que se limita a comprobar las necesidades de las personas que en mayor medida se encuentren en situación de dependencia, a los más pobres o a los mayores de 60 años<sup>9</sup>.
- De carácter universal, que se extiende a todas las personas, independientemente de la edad que tengan<sup>10</sup>.

La composición del equipo evaluador se conforma, en la gran mayoría de los países, por médicos, enfermeros cualificados y trabajadores sociales, básicamente; existiendo muy poca inclinación a la conformación de un equipo multidisciplinar integrado por enfermeros, enfermeros psiquiátricos, médicos, fisioterapeutas, ergoterapeutas, psicólogos y asistentes sociales. Paralelamente, no existe un apoyo mayoritario para que la persona en situación de dependencia pueda participar en el diseño del Plan Individual de Atención, ni para que tenga la libre capacidad de elegir la clase de alojamiento en la que desea vivir o la clase de servicios que le gustaría utilizar.

---

9 Francia y Reino Unido.

10 Alemania y Luxemburgo.

## Definición de dependencia

El propósito de la LPAP no es sólo establecer mecanismos de asistencia o atención a las personas en situación de dependencia, ya que, de conformidad con el artículo 1.1, también protege la autonomía personal de estas personas<sup>11</sup>. De modo que la 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 como de desarrollar las actividades básicas de la vida diaria”. Por su parte, el apartado segundo del artículo 2 describe la dependencia como “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 actividades básicas de la vida diaria o, en el caso de las personas con discapacidad intelectual o enfermedad mental, de otros apoyos para su autonomía personal”<sup>12</sup>.

De la simple lectura de la definición ofrecida por la LPAP, se pueden extraer los elementos que integran el término de dependencia:

- Carácter permanente: el acceso a la protección de la dependencia requiere que la necesidad de atención a la persona en situación de dependencia se prolongue en el tiempo. La dependencia tiene afinidad con la incapacidad permanente, y, por ende, aquélla debe ser previsiblemente definitiva. No entrarán en la situación de dependencia, si bien materialmente lo sean, las situaciones que exclusivamente se desarrollen en un limitado período de tiempo o de nula dependencia, como en el caso de las enfermedades de corta duración.

11 El término “depender”, etimológicamente, proviene del verbo latín *dependere* que significa colgar. El diccionario de la Real Academia Española define dependencia como la “situación de una persona que no puede valerse por sí misma”. [www.rae.es](http://www.rae.es). La Organización Mundial de la Salud (OMS) caracteriza a la dependencia como el hecho de no poder vivir de manera autónoma y necesitar de forma duradera la ayuda de otros para actividades ordinarias de la vida cotidiana. 54.ª Asamblea Mundial de la Salud, mayo de 2001.

12 El Consejo Económico Social (CES) señaló en el Dictamen 3/2006, de 20 de febrero de 2006, sobre el Anteproyecto de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia, que “debería evitarse el uso de la expresión ‘vivir al día’ para referirse a ‘vivir cada día’ o ‘vivir el día a día’, puesto que aquélla remite a un significado más relacionado con la subsistencia económica que con la autonomía personal”.

- Agentes generadores de la situación de dependencia: la existencia de una limitación mental, intelectual, sensorial y/o física que influya en ciertas capacidades de la persona. Es decir, dicha limitación debe derivar del envejecimiento (edad), la enfermedad y/o de la discapacidad. Cabe advertir que la situación de dependencia no es exclusiva de la ancianidad, ya que también afecta a otros colectivos. Existe una distorsión en asociar la situación de dependencia con las personas mayores, cuando en realidad dicha contingencia afecta a cualquier colectivo de la población y cualquier otra circunstancia.
- La necesidad de ayuda de terceras personas o ayudas importantes para realizar actividades básicas de la vida diaria<sup>13</sup>: las consecuencias de la pérdida o falta de autonomía se extienden a la necesidad de ayuda de terceros o de ayudas significativas para el desenvolvimiento de las actividades básicas de la vida diaria<sup>14</sup>. Es decir, a las tareas más elementales de la persona que le permitan desenvolverse con un mínimo de autonomía e independencia, como pueden ser las actividades domésticas básicas, la movilidad esencial, el cuidado personal, reconocer personas y objetos, orientarse, entender y ejecutar órdenes o tareas sencillas (Art. 2.3 de la LPAP).

Cualquier tipo de definición de la situación de dependencia que se utilice pone de manifiesto que se trata de una situación de carencia que requiere de asistencia, servicio, prestación personal o ayuda, imprescindible para poder realizar las actividades, corrientes pero esenciales, de la vida diaria; tales como asearse, comer, beber, vestirse, desplazarse, entre otras (González Ortega, 2004:117). Se trata de una situación en la que el sujeto no es capaz, en mayor o menor grado, de gestionar su propia vida diaria y su entorno más inmediato en los aspectos más básicos y habituales. En este sentido, es conveniente subrayar que, a diferencia con la generalidad de las situaciones de incapacidad protegida por el Sistema de la Seguridad Social, es decir, a la incidencia sobre la capacidad laboral del sujeto que las padece, la situación de dependencia enfrenta otras circunstancias, ya que la situación de dependencia vista desde el SAAD existe cuando la persona afectada por la incapacidad deja de ser autónoma y necesita ser atendida por terceros para poder subsistir<sup>15</sup> (Montoya Melgar, 2007:30).

13 El CES señaló en dicho Dictamen que la definición de las “actividades básicas de la vida diaria” (ABVD) necesita “aclarar las referencias que incluye dicha definición, y más concretamente, la que el texto hace a las actividades “básicas” de la vida diaria, pues la definición de actividades de la vida diaria que el Anteproyecto ofrece inmediatamente después en el apartado 3, remite a un campo de actividades de mayor amplitud, que engloba tanto actividades básicas (ABVD) como instrumentales (AIVD)”.

14 La Encuesta de Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud (EDDES) del INE define ABVD como las actividades “esenciales de autocuidado y de movilidad física, necesarias para llevar una vida independiente en casa”. Por su parte, señala que las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) son “las que se asocian a tareas de la vida doméstica y de administración del hogar que implican interacciones más complejas con el medio”. Las ABV recogidas en la EDDES y en el Libro Blanco sobre la Atención a las Personas en Situación de Dependencia especifican como tales: cambiar y mantener las posiciones del cuerpo; levantarse, acostarse, permanecer de pie o sentado; desplazarse dentro del hogar; deambular sin medio de transporte; asearse solo, lavarse y cuidar su aspecto; controlar las necesidades y utilizar solo el servicio; vestirse, desvestirse, arreglarse, comer y beber. Mientras que las AIVD, son: compras y control de suministros y de servicios sociales; cuidarse de las comidas; limpieza y cuidado de la ropa; limpieza y mantenimiento de la casa.

15 Es preciso aclarar que no existen “personas dependientes”, sino “personas en situación de dependencia”. La dependencia no es una cualidad de algunas personas, al contrario, es una situación que afecta de forma ocasional o cronificada, a algunas personas, en razón de circunstancias de edad, enfermedad o accidente. En este sentido, no existen “personas dependientes” y “personas independientes”, sino situaciones en las que una persona puede perder parte de su autonomía para realizar determinadas tareas o actividades, dicho en otras palabras, en situación más o menos intensa de dependencia (García Herrero, 2005:22).

## Implantación de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia

El SAAD se va consolidando cada día; sin embargo, existe un cúmulo de obstáculos que impiden su total aplicabilidad. Entre ellos, la inexistencia de un reglamento sobre la calidad de los servicios y/o la falta de una normativa común sobre la acreditación de los centros, con la falta de capacitación de los profesionales, así como la falta de regulación del copago de las prestaciones. Problemas que han sido resueltos, en parte, por la reciente publicación de la Resolución de 2 de diciembre de 2008, de la Secretaría de Estado de Política Social, Familias y Atención a la Dependencia y a la Discapacidad, por la que se publica el Acuerdo del Consejo Territorial del SAAD, sobre criterios comunes de acreditación para garantizar la calidad de los centros y servicios del SAAD; y Resolución de 2 de diciembre de 2008, de la Secretaría de Estado de Política Social, Familias y Atención a la Dependencia y a la Discapacidad, por la que se publica el Acuerdo del Consejo Territorial del SAAD, sobre determinación de la capacidad económica del beneficiario y sobre los criterios de participación de éste en las prestaciones del SAAD<sup>16</sup>.

Dificultades que, ya se ha dicho, se han resuelto de cierto modo, ya que dichas normativas comienzan a recibir las primeras críticas. En relación con la primera, resulta ser un documento ambiguo en aspectos claves de fondo. Lo más relevante es que se han establecido los requisitos que tienen que cumplir los centros y servicios de atención socio-sanitaria, condiciones que hacen referencia tanto a las instalaciones, como a equipamientos y personal. La acreditación dotará al SAAD de mayor calidad en la medida que se definan unos criterios comunes para todas las comunidades autónomas, pero la dificultad radica en realizar un esfuerzo armonizador para que determinados criterios sean básicos y comunes en todas las comunidades autónomas. De esta manera, los servicios que se presten tendrían los mismos estándares de calidad, independientemente de la titularidad del centro y del lugar en el que se radiquen. La segunda resolución es criticable en vista de que en el copago no se han fijado unos criterios comunes para todo el territorio español, sino que son las propias comunidades autónomas las encargadas de determinar la cuantía exacta que tendrá que aportar el usuario, lo que podría traer como consecuencia una posible desigualdad territorial. Asimismo, se han dado voces en denunciar el copago como injusto para los discapacitados, que en su mayoría son jóvenes<sup>17</sup>. Sin embargo, sí se han establecido los umbrales mínimos y máximos, que

16 BOE nº 303, de 17 de diciembre de 2008.

17 CERMI y COCARMÍ.

tendrán que respetarse, de acuerdo con los cuales el beneficiario participará o no en el coste de los servicios.

Lamentablemente, los problemas existentes no se resuelven con aquellas normativas, ya que aún existen retos que afrontar, como la falta de equidad y homogeneidad en las prestaciones y acceso a los servicios, falta de información a las personas que solicitan las prestaciones de servicios o económicas, carencia de recursos económicos y humanos, insuficiencia de plazas residenciales y retrasos en las valoraciones, entre otros. De manera general, se puede adelantar que la implantación de la LPAP es compleja, insuficiente y desigual. Una de las razones de por qué el SAAD es tan dispar en cada comunidad autónoma es la evidente dificultad del desarrollo de implantación que tiene una norma de estas características y la diferencia territorial que existe en cuanto a la prestación de los servicios, unido al hecho de que, también, regula materias transferidas a las comunidades autónomas.

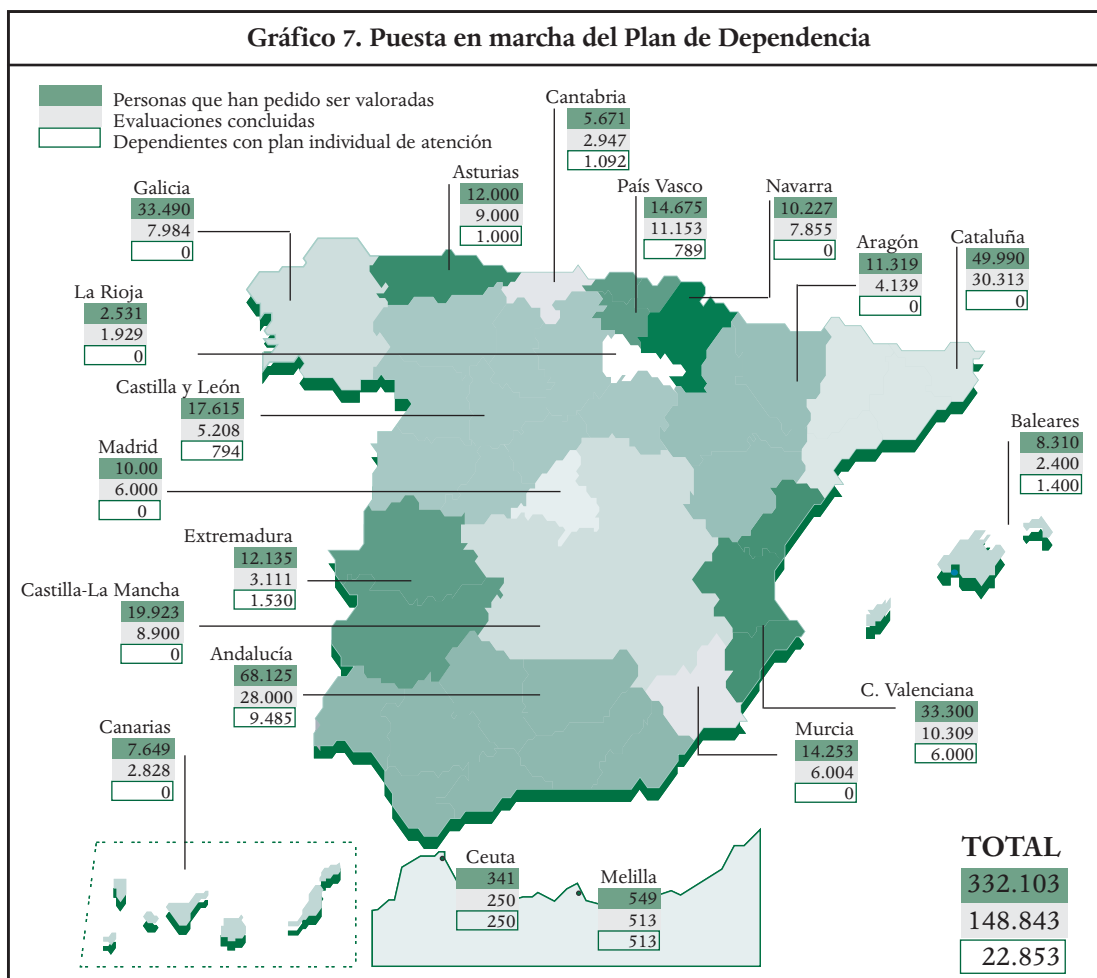
#### 4.1 Balance general del SAAD

El panorama actual de la puesta en marcha de la LPAP por parte de las diferentes comunidades autónomas está siendo más esperanzador que el balance presentado a finales del año 2007 por el IMSERSO. No obstante, los datos actuales han superado lo previsto en el Libro Blanco sobre la Atención a las personas en situación de dependencia y lo señalado en la Resolución de 23 de mayo de 2007, del IMSERSO, por la que se publica el Acuerdo de Consejo de Ministros por el que se aprueba el marco de cooperación interadministrativa y los criterios de reparto de créditos de la Administración General del Estado para la financiación del nivel acordado previsto en la LPAP<sup>18</sup> y, por ende, se ha ido consolidando, un poco más, el Sistema de Información del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SISAAD). Sin embargo, la gran demanda de solicitudes crea un nuevo obstáculo en la implantación de la LPAP: la dotación presupuestaria. El Gobierno basó su cálculo presupuestario en la Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud de la población elaborada por el INE en 1999, y recogida por el Libro Blanco sobre la Atención a las personas en situación de dependencia, por lo que las previsiones se están viendo desbordadas por la avalancha imprevista de personas en situación de dependencia.

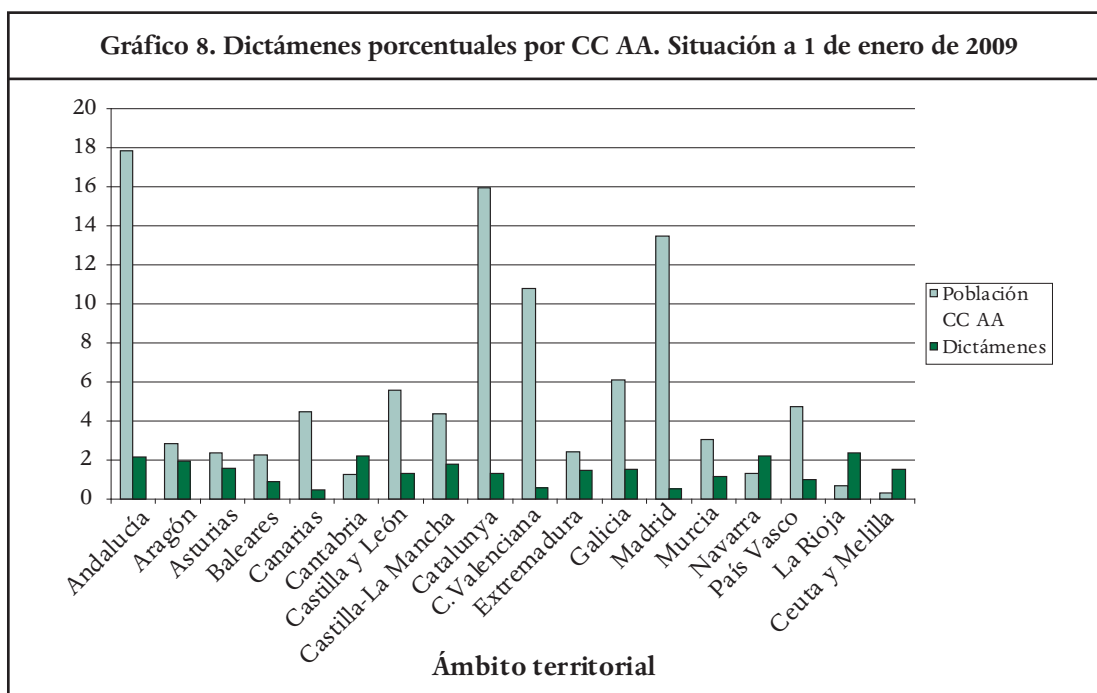
A finales del año 2007 se registraron 332.103 solicitudes; se evaluó a 148.843 personas y se emitieron 22.853 dictámenes (Gráfico 7). En comparación con entonces, las solicitudes presentadas a 1 de enero de 2009 suponen un incremento de más del 100%, con 725.411 solicitudes presentadas, 622.545 personas evaluadas y 595.754 dictámenes emitidos.

Las comunidades autónomas que mejor han implantado el SAAD –en el sentido de emitir los dictámenes en relación con la población de las comunidades autónomas– han sido La Rioja (2,35%), Navarra (2,24%), Cantabria (2,19%), Andalucía (2,17%) y Aragón (1,96%). Mientras que las comunidades que han presentado un ritmo de implantación más bajo han sido Canarias (0,50%), Madrid (0,55%), Comunidad Valenciana (0,60%), Baleares (0,90%) y País Vasco (1,01%) (Gráfico 8).

18 BOE nº 132, de 02 junio 2007.



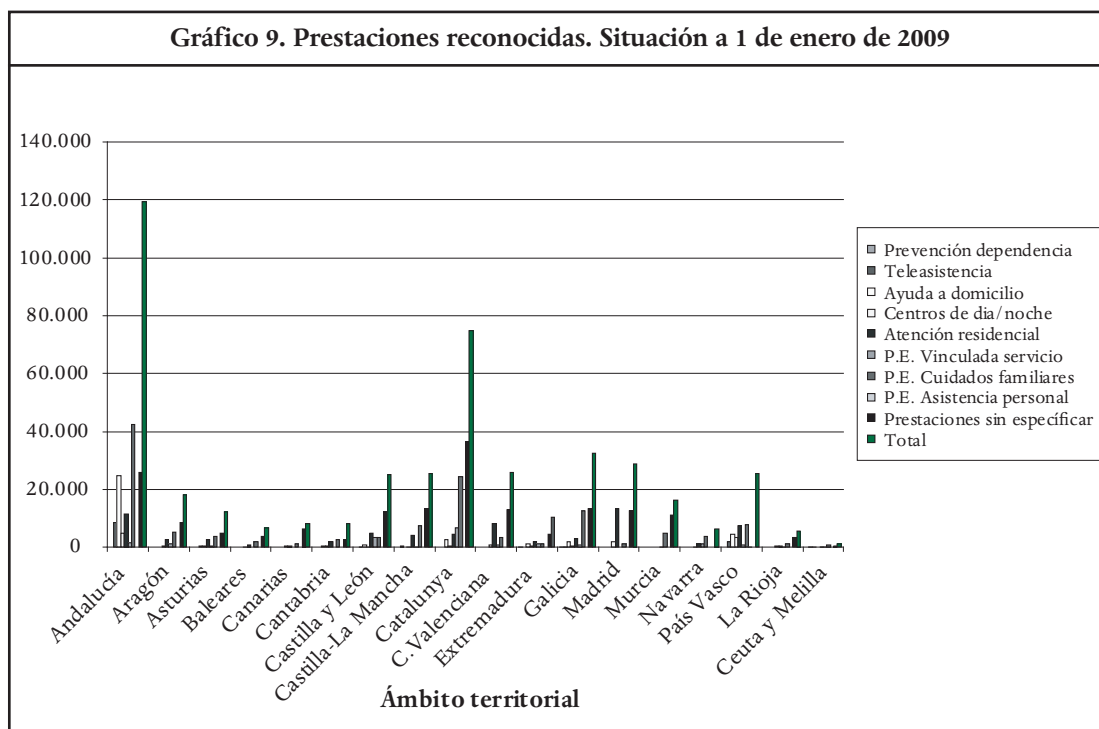
Fuente: *El País*, 9 de noviembre de 2007, p. 36.



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos estadísticos del IMSERSO.

Del conjunto de prestaciones reconocidas, llama la atención el hecho de que hay comunidades autónomas que no han comunicado al SISAAD la prestación concreta que se ha reconocido en el 38,29% de los casos, catalogadas como prestaciones sin especificar, que alcanzan a 172.065 beneficiarios. Las comunidades que menos han informado, en este caso, han sido Canarias (79,60%), Murcia (69,23%), La Rioja (63,72%), Baleares (59,80%) y Castilla-La Mancha (52,42%). En cambio, las que mejores resultados han presentado han sido Navarra y País Vasco, que han especificado en su totalidad las prestaciones otorgadas, seguidas de Ceuta y Melilla (19,03%), Andalucía (21,64%) y Cantabria (31,86%) (Gráfico 9).

En relación con las prestaciones que sí se conocen, es decir, las que se especifican dentro del catálogo del SAAD, destacan las siguientes: a) prestación económica de cuidado familiar, que supone el 28,74% del total de prestaciones reconocidas y que se extiende a 129.161 beneficiarios; b) atención residencial, que supone el 16,14% del total de prestaciones, que cubre a 68.036 beneficiarios; c) ayuda a domicilio, que supone el 8,17% del total de prestaciones, que acoge a 36.722 beneficiarios; y, d) prestación económica vinculada a servicio, que supone el 3,99% del total de prestaciones, con 17.944 beneficiarios. En cambio, del conjunto de prestaciones menos reconocidas destacan las siguientes: a) prestación económica de asistencia personal, que supone el 0,05% del total de prestaciones, con 210 beneficiarios; b) prevención, dependencia y promoción a la autonomía personal, que supone el 0,06% del total de prestaciones, con 259 beneficiarios; c) teleasistencia, que supone el 2,47% del total de prestaciones, con 11.096 beneficiarios; y d) centros de día y de noche, que supone el 3,10% del total de prestaciones, con 13.932 beneficiarios (Gráfico 9).



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos estadísticos del IMSERSO.

## 4.2 Prestaciones

En algunas comunidades autónomas la implantación de la LPAP está vulnerando los principios que la inspiraron, al primar las prestaciones económicas sobre las prestaciones de servicios. En consecuencia, podría distorsionarse el fin de la norma al concederse unas ayudas económicas que deberían ser extraordinarias, que únicamente se reconocerán cuando no sea posible el acceso a un servicio público o concertado de atención y cuidado; por lo que en ningún momento ayudarían a solucionar el problema.

En este sentido, hay que destacar el incremento que está experimentando la prestación económica de cuidado familiar (28,74%), habiendo sido Navarra (62,45%), Ceuta y Melilla (57,86%), Galicia (38,45%), Andalucía (35,67%) y Cantabria (34,00%) las comunidades autónomas que más la han reconocido. En el extremo opuesto, las comunidades autónomas que menos la han reconocido han sido Madrid (3,52%), Extremadura (12,11%), Canarias (12,97%), la Comunidad Valenciana (13,56%) y Castilla y León (13,85%) (Gráfico 9). Estas prestaciones, en la mayoría de los casos, se están reconociendo a personas que son atendidas por cuidadores familiares informales, generalmente ya jubilados, o trabajadores autónomos, lo que trae como consecuencia, en relación con los primeros, el envejecimiento del cuidador y, en relación con los segundos, no tener tiempo efectivo para atender a la persona en situación de dependencia a su cargo. Dicho en otros términos, en muchas comunidades autónomas se está reconociendo esta figura de manera ordinaria y no excepcional, por lo que no se está garantizando un control y mucho menos una profesionalidad. Todo ello demuestra que la gran mayoría de los Entes públicos territoriales contravienen lo dispuesto en el artículo 14.4 de la LPAP, lo que significa ir más allá de la excepcionalidad que el propio precepto señala.

La figura del cuidador informal debe ser excepcional, por lo que es necesario que en los Programas Individuales de Atención que se establezcan, se constate que el cuidador cumple las exigencias para poder atender a las personas en situación de dependencia. Hay que resaltar que la sociedad denunciaba que, por la falta de servicios de atención a la dependencia, el colectivo femenino se veía forzado a realizar esta actividad. De manera que, si la Administración pública continúa con esta práctica, no se crearán empleos y, como consecuencia, las personas en situación de dependencia se verán obligadas a ser atendidas por personas no cualificadas, es decir, no por cuidadores formales capacitados, y la mujer no podrá desatarse de unas obligaciones impuestas. Todo ello no significa que no se abogue por el apoyo informal; al contrario, debe ser un instrumento esencial en el modelo de atención a las personas en situación de dependencia por ser una de las prestaciones que más desea este colectivo (Gráfico 9). Lo aconsejable es que el resto de los servicios que oferta el catálogo del SAAD deban ser estimulados para que, combinados con el apoyo informal, las necesidades de las personas en situación de dependencia sean satisfechas de forma eficaz.

En este sentido, la LPAP señala en el artículo 18.4 que el Consejo Territorial del SAAD incorporará programas de formación a los cuidadores no profesionales –mayoritariamente en la práctica–, ya que este colectivo no ha recibido ninguna formación ni se han promovido acciones de apoyo, tales como información y medidas para atender los periodos de descanso. Sin embargo, el IMSERSO y la Cruz Roja han impulsado una página

web ([www.sercuidador.es](http://www.sercuidador.es)) destinada principalmente a las personas cuidadoras como instrumento de ayuda; no obstante, este tipo de información debe llegar a todos los cuidadores no profesionales, no sólo vía internet sino también de manera presencial y de autoformación, entre otros. Asimismo, se deberían realizar estudios para detectar qué tipo de contenido formativo es imprescindible para llevar a cabo sus tareas y mejorar, así, la calidad de vida de las personas en situación de dependencia.

Al no existir una regulación en los programas de formación para estos cuidadores, por parte del Gobierno, serán los trabajadores sociales y los técnicos de los servicios sociales quienes asuman la responsabilidad de calificar como aptos o no a los cuidadores informales, previa valoración de la capacidad y autonomía de la persona en situación de dependencia. Dicho en otras palabras, a consecuencia de la imprecisión de la LPAP y de falta de regulación, se obliga a los técnicos sociales a decidir quién cobra por ayudar a las personas en situación de dependencia. Para remediar lo anterior es conveniente que el Consejo Territorial del SAAD establezca con premura las condiciones de acceso a esta prestación, especificando las acciones de apoyo que tendrán estos cuidadores y que se incorporen programas de formación, información y medidas para atender los periodos de descanso.

Del balance presentado por el IMSERSO el 1 de enero de 2009 asombra que, del conjunto de prestaciones reconocidas en todo España, sólo el 0,06% sea para la prevención de las situaciones de dependencia. Lo que significa que las comunidades autónomas no han puesto en marcha el Plan de Prevención para tal fin, como señala el artículo 21 de la LPAP, que determina que se prevenga la aparición o el agravamiento de enfermedades o discapacidades, y sus secuelas, dirigido a las personas mayores, personas con discapacidad y a quienes se vean afectados por procesos de hospitalización complejos. Extremadura (1,29%), Galicia (0,30%), Andalucía (0,01%) y La Rioja (19 beneficiarios) son las únicas comunidades que sí han reconocido este servicio (Gráfico 9). Lo que extraña es que el resto de las comunidades autónomas no lo hayan implantado, en vista de que dentro de sus normativas autonómicas (ley sobre servicios sociales) se inspira, entre otros, el principio de la prevención; unido al hecho de que también forma una máxima de las normas dirigidas específicamente a personas mayores y discapacitadas<sup>19</sup>. En este sentido, las comunidades autónomas contravienen uno de los principios que inspiran la Ley, como es el “establecimiento de las medidas adecuadas de prevención, rehabilitación, estímulo social y mental”<sup>20</sup>. Ello se debe a la redacción de la norma (art. 21 de la LPAP), al sólo acoger a las personas mayores, discapacitados y a los que se vean afectados por procesos de hospitalización complejos. Este último caso, al no detallar su significado, puede entenderse como restrictivo al incluir sólo enfermedades que requieran de hospitalización, además de ser complejas, lo que puede llevar a confusión. Asimismo, el precepto no protege a otros colectivos que no pertenecen a los grupos mencionados, como es el caso de los jóvenes y menores –es decir, a las personas no mayores–, así como a aquellas personas que no hayan desarrollado una situación de discapacidad efectiva.

19 Como en el caso, entre otras, de Cantabria (Ley 6/2001, de 20 de noviembre, de Atención y Protección a las Personas en Situación de Dependencia), Castilla-La Mancha (Ley 31/1986, de 16 de abril, de Servicios Sociales), Madrid (Decreto 271/2000, de 21 de diciembre por el que se regula el régimen jurídico básico del Servicio Público de Atención a Personas con Discapacidad Psíquica, afectadas de retraso mental), Murcia (Ley 3/2003, de 10 de abril, del sistema de Servicios Sociales) y Navarra (Ley Foral 14/1983, de 30 de marzo, de Servicios Sociales).

20 Art. 3.g) de la LPAP.

Por todo lo anterior se aconseja una nueva redacción en la que se dé cabida a todos los colectivos que, por sus circunstancias, lleguen a desarrollar una situación de dependencia para ser beneficiarios de este servicio. Asimismo, se recomienda que se fomenten diversos programas de prevención, tales como:

- Prevención prenatal de la dependencia, en el que se incluya la prevención de deficiencias de origen genético y por causas ambientales.
- Prevención geriátrica de la dependencia.
- Apoyos a las personas con discapacidades graves en edades activas.
- Servicio a domicilio en psicología, logopedia y mediación familiar.
- Envejecimiento activo.
- Continuidad de servicios.
- Mantenimiento y atención en el entorno habitual.
- Modelo centrado en la persona en situación de dependencia.
- Programas de sensibilización a los usuarios de la nueva cultura de atención a la dependencia.
- Implementación de mejoras en los servicios de la zona rural.

Por último, en vista que la LPAP está transformando a la sociedad y ésta lo ha reclamado, se está generando un cambio radical en las personas en situación de dependencia. Por ello, es recomendable fomentar políticas para envejecer con calidad, puesto que se trata de un proceso social y de ninguna manera habrá que visualizarlo de manera individual, es decir, envejecer individualmente. Sería recomendable aplicar la autonomía, fraternidad e interdependencia a este colectivo<sup>21</sup>; implantar programas de dinamización intergeneracional y, entre otras medidas, crear centros de día y residencias para jóvenes y mayores en situación de dependencia; incluyéndose en uno de los programas de promoción del envejecimiento activo.

El Servicio de Teleasistencia a pesar de estar regulado en las políticas sociales de las comunidades autónomas, incluso antes de la entrada en vigor de la LPAP, sólo un 2,47% ha sido reconocido en todo el territorio español. Siendo 10 comunidades autónomas (Aragón, Baleares, Canarias, Cantabria, Comunidad Valenciana, Extremadura, Madrid, Murcia, Navarra y La Rioja) las que aún no lo han implementado<sup>22</sup>. De todo esto se

21 Conferencia Marco "Autonomía, Interdependencia y Fraternidad" de M. Jean-Louis Sánchez, presentada en el Seminario "Los servicios sociales y la atención a las personas en situación de dependencia", UIMP, Santander 25 - 29 de agosto de 2008.

22 Aragón (Ordenanza de 1 de enero de 2005, por la que se fija la tasa por prestaciones sociales domiciliarias), Canarias (Decreto 5/1999, de 21 de enero, sobre ayuda a domicilio y Orden de 20 de febrero de 2003, sobre implantación y acceso al Programa de Teleayuda de Seguridad y Emergencias), Cantabria (Ley 6/2001, de 20 de noviembre, de Atención y Protección a las Personas en Situación de Dependencia), Comunidad Valenciana (Ley 11/2003, de 10 de

deduce que hay un cierto descontrol al no reconocer estos servicios a las personas en situación de dependencia (Gráfico 9), por lo que se recomienda fortalecerlo, en el supuesto de ser un servicio esencial para este colectivo, ya que la progresiva desaparición de la teleasistencia provocaría un retroceso en los derechos económicos adquiridos por un gran número de trabajadores dedicados a este sector.

### 4.3 Valoración de las solicitudes

Existe un gran retraso por parte de las diferentes Administraciones públicas a la hora de valorar las solicitudes. Ello se debe a los excesivos trámites a los que se encuentra sometida la persona en situación de dependencia para acceder a las ayudas previstas en la LPAP. Dicho en otras palabras, la persona que solicita la valoración debe realizar un número excesivo de pasos administrativos, lo que hace que el proceso sea muy complejo.

Otra de las causas del retraso en la resolución de los expedientes es la petición reiterada de documentos que en ocasiones han sido presentados con anterioridad, unido a la falta de comunicación entre el solicitante y la Administración, a causa de la falta de personal cualificado para valorar o, lo que es lo mismo, la falta de especialización de las personas valoradoras para aplicar correctamente el baremo.

Por ello, el Programa Individual de Atención no sólo debería determinar una mera asignación de recursos, sino que, al contrario, debería ser un plan, como tal, que establezca la planificación de los apoyos que se requieren, por lo que debería existir siempre la participación de la persona en situación de dependencia a la hora de elegir y proponer lo que le sea más conveniente.

A la hora de valorar, existen comunidades autónomas que contravienen el artículo 28.6 de la LPAP, al delegar en entidades privadas la valoración de las solicitudes que tienen que ser de titularidad de la propia Administración pública. Es decir, los servicios de la valoración de la situación de dependencia, la prescripción de servicios y prestaciones y la gestión de las prestaciones económicas se deben efectuar sin intermediarios, de manera directa por las propias Administraciones públicas y no por entes privados<sup>23</sup>.

Ha transcurrido más de un año desde la entrada en vigor del Baremo de valoración de la situación de dependencia, y aún el Consejo Territorial del SAAD no ha procedido a su

---

abril, sobre el Estatuto de las Personas con Discapacidad), Extremadura (Decreto 12/1997, de 21 de enero, por el que establecen las condiciones y requisitos de aplicación a las ayudas y subvenciones destinadas a su financiación), Madrid (Decreto 88/2002, de 30 de mayo, por el que se regula la prestación de Ayuda a Domicilio del Sistema de Servicios Sociales), Murcia (Decreto 124/2002, de 11 de octubre, por el que se regula la prestación de Ayuda a Domicilio) y Navarra (Orden Foral 505/1992, de 9 de septiembre, por la que se clasifica el servicio de teleasistencia).

23 En este sentido, según la Secretaría Confederal de Política Social de Comisiones Obreras, las comunidades autónomas que contravienen la LPAP son Murcia, Comunidad Valenciana y Madrid. La primera, al suscribir un acuerdo de colaboración con un colegio para la valoración de las solicitudes. La segunda, a través de una empresa interpuesta y, la tercera, sin embargo, crea un espacio difuso a la hora de valorar al dejar al margen los servicios sociales, que son los equipos que concilian la situación de las personas en situación de dependencia y la de sus familiares con el catálogo de servicios.

revisión, de acuerdo con la disposición adicional cuarta del Real Decreto 504/2007, de 20 de abril. Por ello sería un buen momento para realizarlo; que se puedan corregir las desviaciones detectadas; y que se determine con más precisión a las personas con enfermedad mental, discapacidad intelectual, problemas perceptivos-cognitivos y conductuales, y enfermedades vinculadas al envejecimiento. En el caso de las enfermedades mentales, debería concederse más peso a los informes de los psiquiatras clínicos sobre los cuidados y proceso de atención de enfermería y de su situación social, en vista de que el médico de Atención Primaria no conoce el estado y el proceso cronificado de este tipo de persona en situación de dependencia, unido al hecho de que muchas enfermedades mentales no presentan problemas motrices<sup>24</sup>.

Asimismo, se aboga por anticipar la revisión prevista en la disposición final primera de la LPAP, en relación con su aplicación, para mejorar el procedimiento para el reconocimiento de la situación de dependencia y del derecho a las prestaciones del SAAD, y agilizar los trámites que permitan dar una mejor respuesta a los solicitantes. Dicho en otras términos, es una buena oportunidad para que se realice la revisión y se incorporen las modificaciones necesarias para adecuar los servicios y las prestaciones que señala la Ley, bajo los principios en que ésta se inspira, respetando el marco competencial de las comunidades autónomas, garantizándose la equidad y objetividad a la hora de valorar las solicitudes a través de los criterios comunes que el Consejo Territorial del SAAD deberá establecer en todo el territorio español.

#### 4.4 Financiación

De conformidad con la LPAP, la financiación del SAAD será la suficiente para garantizar el cumplimiento de las obligaciones que correspondan a las Administraciones públicas competentes, la cual se determinará anualmente en los correspondientes Presupuestos. La financiación correrá íntegramente a cargo de la Administración General del Estado y de las Administraciones de las comunidades autónomas, en función del nivel de que se trate:

- Nivel 1. La Administración General del Estado correrá íntegramente con la financiación del nivel mínimo de protección.
- Nivel 2. La protección que se pacte entre la Administración General del Estado y la Administración de cada uno de los Entes públicos territoriales a través de convenios colectivos, que correrá a cargo de ambas Administraciones.
- Nivel 3. Un nivel de protección adicional al impuesto por el Estado y al acordado previamente por los convenios, que correrá a cargo de las comunidades autónomas cuando lo quieran establecer.

---

24 Propuesta de Julio Bobes en el XII Congreso Nacional de Psiquiatría. Valencia, noviembre de 2008.

Los beneficiarios de las prestaciones de dependencia participarán en su financiación (Tabla 3). No obstante, cabe recordar que la LPAP señala que ningún ciudadano quedará fuera de la cobertura del SAAD por no disponer de recursos económicos.

Sin embargo, las comunidades autónomas se quejan del presupuesto que les llega para implantar la LPAP y exigen un cambio en los criterios para el reparto del dinero, ya que en la mayoría de los casos son ellas las que están corriendo con gran parte del coste de la aplicación de la Ley. Aparte del dinero, les ahoga un calendario de implantación demasiado estrecho, que finalizará –con el 10% de aplicación del SAAD– en el año 2015, momento en el que se augura que la LPAP no estará totalmente aplicada, dado que algunas comunidades autónomas apenas están iniciando la activación del SAAD y que la crisis económica que actualmente estamos viviendo ralentizará el proceso.

No obstante, al ser la LPAP una norma estatal, los servicios y su administración se encuentran en manos de las comunidades autónomas, lo que da lugar a desigualdades entre territorios. La financiación de los niveles 2 y 3 puede producir desigualdades sociales y territoriales (Tabla 3), si no se crea un fondo de equilibrio territorial (Rodríguez Cabrero, 2007). Sería aconsejable crear un fondo para aliviar los esfuerzos que las comunidades autónomas realizan en esta materia, ya que a ellas les corresponde la carga de poner en marcha el cuarto pilar del Estado de bienestar en su territorio. De hecho, los servicios sociales de atención primaria o comunitarios son atendidos, en la mayoría de los casos, por el Plan Concertado de Prestaciones Básicas de Servicios Sociales que cada comunidad autónoma tiene; es decir, son financiados por los recursos de dicho Plan, al carecer de los presupuestos para aplicar los requerimientos del SAAD.

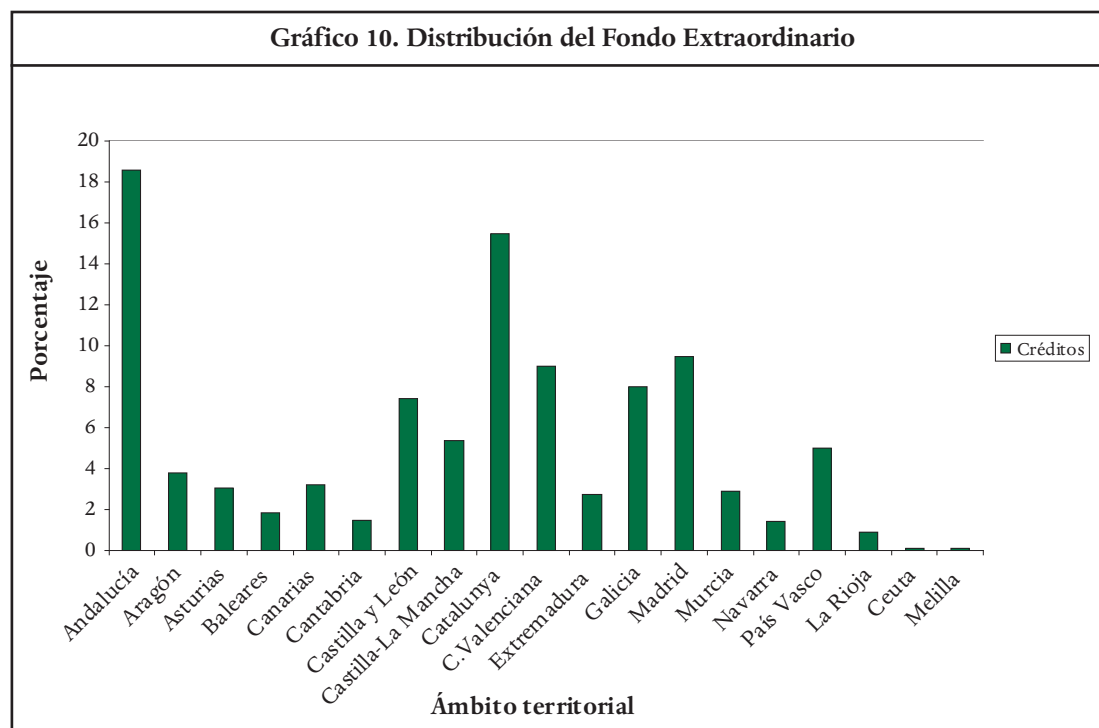
En este sentido, es loable la actitud del Gobierno en el reparto de un fondo extraordinario de 400 millones de euros a las comunidades autónomas para potenciar y acelerar el desarrollo de la LPAP. Partida que se incluye en el Fondo Especial del Estado para la

<b>Pública</b>	<b>Administración General del Estado</b>	<b>Nivel 1</b>	Corre íntegramente la financiación del nivel mínimo de protección.
	<b>Comunidades autónomas</b>	<b>Nivel 2</b>	Se pacta entre la AGE y la Administración de cada comunidad autónoma mediante los convenios bilaterales, que correrá a cargo de ambas Administraciones.
		<b>Nivel 3</b>	Nivel de protección adicional, al impuesto por el Estado y el acordado previamente por los convenios bilaterales, que correrá por las CC AA cuando lo quieran establecer.
<b>Beneficiarios (copago)</b>	Los beneficiarios de las prestaciones de dependencia participarán en su financiación, según el tipo y coste del servicio y su capacidad económica personal.		

Fuente: Elaboración propia.

dinamización de la economía y el empleo<sup>25</sup>, con el que se podrán financiar diferentes programas, tales como la consolidación y mejora de la oferta de la red de servicios existentes, la ampliación de la oferta de plazas y servicios de atención a la dependencia y la formación y cualificación de profesionales para el SAAD. Los mayores créditos se los llevan Andalucía (18,56%), Cataluña (15,49%) y Madrid (9,49%) (Gráfico 10). A la hora de distribuir el crédito, el Gobierno tuvo en consideración diversos criterios, tales como el número y la estimación de personas en situación de dependencia, la renta y las pensiones medias, la dispersión de la población, la superficie o la insularidad, y el número de beneficiarios con derecho a prestación incorporados en el SISAAD. Sería aconsejable que, para un próximo crédito de estas magnitudes, se tuvieran en cuenta también las actitudes de las comunidades autónomas que apuestan por prestar servicios de calidad y que se vieran debidamente recompensadas por necesitar un mayor gasto.

En los Presupuestos Generales del Estado para el año 2009 se han destinado 1.158,68 millones de euros para la atención a las personas en situación de dependencia, cifra que, en comparación con el dinero dispuesto en el año 2008, supone un incremento del 33%, superando la cifra señalada en la memoria económica de la LPAP en un 15% más (979 millones). A ello hay que añadir los 400 millones de euros extraordinarios del Fondo Especial del Estado para el Estímulo de la Economía y el Empleo, antes señalado. Sin



Fuente: Elaboración propia a partir de la publicación de la noticia por el Gabinete de Prensa del Ministerio de Educación, Política Social y Deporte en la página web del IMSERSO.

25 Real Decreto-Ley 9/2008, de 28 de noviembre, por el que se crea un Fondo Estatal de Inversión Local y un Fondo Especial del Estado para la Dinamización de la Economía y el Empleo y se aprueban créditos extraordinarios para atender a su financiación (BOE nº 290, de 2 de diciembre de 2008).

embargo, este importe sigue siendo insuficiente para poder paliar los obstáculos que en el SAAD se siguen presentando, que, como consecuencia, impedirán la implantación completa de la LPAP. Se dejan fuera aspectos que suponen importantes costes en la vida diaria de las personas en situación de dependencia, como la asistencia sanitaria, que absorbe un tercio de los gastos de este colectivo y, por ende, no cubrirá los costes de la LPAP, ya que accederán más personas al SAAD. En este sentido, es plausible el reconocimiento del Gobierno por la falta de dotación presupuestaria del SAAD, al crear el Fondo de Apoyo para la Promoción y Desarrollo de Infraestructura y Servicios del Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia, que tiene por objeto prestar apoyo financiero a las empresas que lleven a cabo actividades en este ámbito<sup>26</sup>. Sería recomendable que a través del Convenio que suscriban (Ministerio de Economía y Hacienda, Ministerio de Educación, Política Social y Deporte y la Sociedad Estatal de Participaciones Industriales) se tenga en cuenta –a la hora de confeccionar el procedimiento y las condiciones a la gestión del Fondo y concesión y control de la financiación– la valoración de las necesidades reales de las infraestructuras que verdaderamente se necesiten en cada comunidad autónoma para satisfacer las necesidades de los servicios que requieren las personas en situación de dependencia, dando preferencia a las que más la necesiten para desplegar un reparto más igualitario y equilibrado del SAAD en todo el territorio español.

#### 4.5 Carencia de recursos humanos

La carencia de recursos humanos es manifiesta. Falta personal, tanto administrativo como técnico, para tramitar distintos procedimientos, en especial a la hora de valorar las solicitudes. Aparte del escaso personal existente en las diferentes comunidades autónomas, estas personas no se encuentran cualificadas, por lo que habría que capacitarlas o captar personal que cuente con la cualificación requerida.

Para detectar esta carencia se debería valorar si el problema radica en la falta de profesionales o, por el contrario, si, en caso de existir el personal necesario, hay un trasvase hacia otros sectores en el que se les ofrecen mejores condiciones laborales. Sin embargo, no hay que olvidar que en este sector los trabajadores se encuentran expuestos a unas condiciones laborales muy intensas, con mayor turnicidad y salarios más bajos. La mejora en la calidad del empleo de los profesionales supone un incremento en la calidad de los servicios, por lo que sería conveniente que la financiación sea la suficiente para sufragar los costes derivados de esta calidad. Por ello, es necesario que la Administración pública y las entidades privadas realicen un esfuerzo y dignifiquen las condiciones laborales de estos profesionales; sin olvidar el papel que juegan los sindicatos en la confección de los convenios colectivos.

<sup>26</sup> Ley 2/2008, de 23 de diciembre, de Presupuestos Generales del Estado para el año 2009 (BOE nº 309, de 24 de diciembre de 2008).

#### 4.6 Falta de información

El perfil de las personas que solicitan las prestaciones del SAAD sin derecho a ellas, tanto las de servicios como las económicas, responde más a un criterio de ignorancia o desinformación que al fraude o a la picaresca. Generalmente, son personas mayores que ignoran los requisitos que se exigen para solicitar la valoración y la presentan para probar suerte. Asimismo, la falta de información y, por ende, la confusión en relación con el SAAD origina que las personas en situación de dependencia tengan cierta prevención a presentar la solicitud de valoración. Reticencia a la solicitud, por el miedo a que cambie, a peor, su valoración en relación las ayudas que se encuentren disfrutando en esos momentos.

El Estudio 2647 sobre Condiciones de vida de las personas mayores, del CIS, señala que un 76,5% de los encuestados no ha oído hablar de la LPAP, frente a un 22,7% que sí la conoce. Resulta lamentable esta situación, a sabiendas de que la población que más solicita las prestaciones del SAAD es el colectivo de las personas mayores. Por ello, se insta a la Administración pública a que despliegue un mecanismo de publicidad e información en relación con el funcionamiento de la LPAP y a los requisitos necesarios para acceder a ella, para evitar estos inconvenientes y no colapsar el SAAD a la hora de valorar solicitudes infundadas, y permitir, así, acelerar las solicitudes que sí cumplen con las exigencias requeridas no dilatando el acceso al Sistema.

Asimismo, no existe información actualizada ni constante de los datos estadísticos de la situación del SAAD por parte del IMSERSO; la última información que se tiene es de 1 de enero de 2009. En el Gráfico 9, tal y como ya se ha apuntado, las comunidades autónomas no han procedido a especificar las prestaciones que han reconocido, lo que provoca poca fiabilidad en la información, por lo que sería recomendable que el IMSERSO creara mecanismos para que los distintos órganos gestores con competencia en la gestión hagan llegar los datos para confeccionar la información a través de criterios uniformes para todas las comunidades autónomas. De esta manera, se tendría una visión más transparente de la situación del SAAD en todo el territorio español y, por ende, un sistema de información más íntegro. Asimismo, sería aconsejable que la información estadística sea publicada con una periodicidad constante, que podría ser mensual.

#### 4.7 Convenio especial de cuidadores no profesionales

El Real Decreto 615/2007, de 11 de mayo, por el que se regula la Seguridad Social de los cuidadores de las personas en situación de dependencia<sup>27</sup>, desarrolla lo señalado en el artículo 18.3 y en la disposición adicional cuarta de la LPAP. Llama la atención que desde que se publicó dicha norma hasta la actualidad sólo haya 42.655 cuidadores dados de alta en la Seguridad Social, siendo que las comunidades autónomas ya han reconocido a 129.151 beneficiarios de la prestación económica de asistencia personal (28,78%). Dicho

---

27 BOE nº 114, de 12 de mayo de 2007.

en este contexto, sólo el 33% de los beneficiarios de la prestación económica de asistencia personal reconocida han suscrito para sus cuidadores el Convenio especial de cuidadores no profesionales en situación de dependencia (Gráfico 11). Es decir, 42.655 cuidadores no profesionales, familiares o personas del entorno de las personas en situación de dependencia ya se encuentran suscritos en la Seguridad Social para su inclusión en el Régimen General.

Las comunidades autónomas que en mayor medida han suscrito dicho Convenio, en relación con las prestaciones económicas de cuidados familiares reconocidas en su ámbito territorial, han sido Ceuta y Melilla (60,79%), Andalucía (50,25%), Cantabria (43,69%), País Vasco (43,61%) y Castilla-La Mancha (42,40%). Y las que menos los han suscrito han sido Madrid (2,95%), Navarra (8,99%), Cataluña (10,53%), Galicia (19,90%) y Baleares (21,17%) (Gráfico 11).

El procedimiento para su inclusión depende de las consejerías de Servicios Sociales de las Administraciones autonómicas, ya que son las competentes para la gestión del procedimiento de concesión de las prestaciones económicas. Una vez concedida la prestación por parte de la comunidad autónoma correspondiente, los cuidadores familiares o personas del entorno de las personas en situación de dependencia deberán dirigirse a las oficinas de la Tesorería General de la Seguridad Social para suscribir el Convenio especial y ser dados de alta en el Régimen General, previa presentación de la resolución de la concesión de la prestación en la que figure quién es el cuidador de la persona en situación de dependencia, la identidad de ambos y el número de horas semanales que el cuidador dedicará a su asistencia. Asimismo, deberá presentar la documentación acreditativa del parentesco (cónyuge y parientes por consanguinidad,



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos estadísticos del IMSERSO.

afinidad o adopción, hasta el tercer grado de parentesco) o, en el supuesto de que la persona en situación de dependencia tenga su domicilio en un entorno caracterizado por insuficiencia de recursos públicos o privados acreditados –la despoblación o circunstancias geográficas o de otra naturaleza que impidan o dificulten otras modalidades de atención–, podrá excepcionalmente permitirse la existencia de cuidados no profesionales por parte de una persona de su entorno que, aun no teniendo el grado de parentesco, resida en el municipio de la persona en situación de dependencia o en uno vecino, y lo haya hecho durante el periodo previo de un año.

El Convenio surtirá efectos, con carácter general, desde el mismo día en que surta efectos la prestación económica para cuidados no profesionales concedida a la persona asistida. Bajo este contexto, los efectos comenzarán desde la fecha de solicitud del convenio cuando el cuidador, en el momento de la concesión de la prestación, se encuentre dado de alta en el sistema o incluido en alguna de las causas de incompatibilidad. Sin embargo, la única excepción en la que no será necesaria dicha suscripción es en el caso de que los cuidadores familiares sigan realizando o inicien una actividad profesional por la que deban quedar incluidos en el sistema de la Seguridad Social, así como si están percibiendo la prestación por desempleo, jubilación, incapacidad y viudedad o disfrutan de excedencia en su trabajo por cuidado de familiares. No obstante, estas excepciones no son óbice para que exista un bajo índice de cuidadores informales dados de alta en la Seguridad Social. Por ello, se aconseja que las comunidades autónomas implanten un mecanismo de control y seguimiento de estos cuidadores, una vez reconocida la prestación económica en la resolución, para que suscriban el Convenio especial con la Tesorería General de la Seguridad Social, ya que es el mismo cuidador el que debe acudir a la Tesorería General para darse de alta. Dicho en otros términos, se recomienda que las comunidades autónomas establezcan un procedimiento de colaboración con la Tesorería de la Seguridad Social para que pueda facilitarse esta tarea de la gestión administrativa y, a la vez, se simplifiquen las gestiones a realizar por el cuidador.

## Conclusiones

A modo de conclusión, se presentan las propuestas para mejorar la implantación de la LPAP, por parte del Gobierno y de las comunidades autónomas, en la que el SAAD podría consolidarse cada vez más al fortalecer el nuevo derecho subjetivo que esta normativa nos ofrece, afianzando las bases del cuarto pilar del Estado de bienestar. En consecuencia, se necesita el apoyo de toda la sociedad para avanzar con paso firme y seguro, con el propósito de conseguir para todas las personas en situación de dependencia condiciones para mejorar su calidad de vida, y así poder pasar de una implantación compleja, insuficiente y desigual a una implantación clara, suficiente e igualitaria del Sistema. Las propuestas se encuentran agrupadas según los apartados analizados en esta investigación, en el capítulo cuarto:

### • Balance general del SAAD

- Existe una descoordinación interadministrativa en todo el territorio español, en vista de que no se está garantizando el derecho subjetivo reconocido en la LPAP en todas las regiones de manera igualitaria; por ello, es aconsejable establecer mecanismos de coordinación entre las diferentes administraciones, en los que exista el diálogo, el consenso y la colaboración entre ellas.
- Cada comunidad autónoma debería crear un Observatorio de control de la LPAP, siendo uno de sus cometidos controlar en su territorio la implantación de la Ley y vigilar el seguimiento del calendario de su aplicación; fomentar el debate y análisis que permita concretar acuerdos para el desarrollo, seguimiento y aplicación del SAAD, e impulsar la investigación y formación en este ámbito.

### • Prestaciones del Sistema

- Desarrollar los programas de prevención y promoción de la autonomía que señala la LPAP y que, en la actualidad, no se han desplegado suficientemente. Deberían constituirse en apoyos para prevenir el agravamiento de la dependencia, potenciar la autonomía y la participación social.

- La figura del cuidador informal debe ser excepcional, por lo que es necesario que en el Programa Individual de Atención que se establezca se constate que el cuidador cumple las exigencias para poder atender a las personas en situación de dependencia.
  - Con el fin de constatar que el cuidador informal cumple con las exigencias para poder atender a las personas en situación de dependencia, es recomendable que el Consejo Territorial del SAAD incorpore, con premura, programas de formación para estos cuidadores, y se les proporcionen acciones de apoyo, tal como señala el artículo 18.4 de la LPAP.
  - Crear servicios de proximidad para las personas en situación de dependencia que vivan en zonas rurales. Ello contribuiría a evitar la discriminación territorial para estas personas, al ofrecerles una propuesta de intervención flexible que proporcione servicios y oportunidades que se adapten a sus necesidades.
  - Potenciar el servicio de ayudas a domicilio y el de teleasistencia, ya que la progresiva desaparición de estos servicios podría provocar un retroceso en los derechos económicos adquiridos por un gran número de profesionales durante los últimos años.
  - Crear programas de ocio para personas en situación de dependencia para dar alivio y respiro a los cuidadores familiares, mediante actividades de recreo para estas personas y de relajación para los cuidadores, así como medidas para el descanso y respiro familiar. La creación de estos servicios ayudaría a estos últimos a paliar el síndrome del cuidador.
  - Fortalecer programas y medidas de apoyo a las familias cuidadoras, tales como la organización, difusión y oferta suficiente de la atención a domicilio y de diferentes apoyos, incluyendo las actividades formativas y económicas a favor de las asociaciones de pacientes y de familias de personas en situación de dependencia, entre otras, para ayudar a la conciliación de la vida familiar y laboral.
- **Valoración de las solicitudes**
- Los órganos de valoración de la situación de dependencia deberían estar constituidos por profesionales del área social y/o sanitaria, trabajadores sociales y fisioterapeutas, así como por personas de otros perfiles, de mayor calado educativo, que estén especializados y tengan experiencia acreditada en relación con el tipo de dependencia que vayan a valorar.
  - Para que las valoraciones de las personas en situación de dependencia resulten más ajustadas, sería deseable promover una adecuada coordinación y colaboración entre los equipos de atención constituidos en los centros y entidades del tercer sector y los equipos de valoración. Estos últimos habrán de contar con toda la información de las

necesidades de este colectivo a valorar para poder determinar las prestaciones que realmente necesiten para mejorar su calidad de vida.

- El baremo se configura como un elemento esencial para generar derechos de ciudadanía, y debería contemplar la valoración de las actividades instrumentales para conocer la situación de dependencia de las personas. En este sentido, sería aconsejable que especificara o agrupara las situaciones de dependencia asociadas a la situación de salud, de deficiencia intelectual y trastorno mental, para que las personas que presenten una situación de dependencia grave no se vean discriminadas y marginadas, puesto que el instrumento de valoración tiene que ser neutro en relación con la situación de salud que genera dicha dependencia.
- A la hora de confeccionar el Programa Individual de Atención, las comunidades autónomas deberían priorizar las prestaciones de servicios frente a las prestaciones económicas. Se deberían establecer con claridad los regímenes de incompatibilidad de servicios, de manera amplia, centrándose en las necesidades de la persona en situación de dependencia y no en consideraciones de carácter presupuestario.
- Se debería unificar un procedimiento común entre todas las comunidades autónomas para el reconocimiento de la situación de dependencia y el derecho a las prestaciones del SAAD, lo cual facilitaría, por una parte, una mayor celeridad evitando la multiplicidad de criterios valorativos y, por otra, habría un trato más igualitario a todos los residentes en el territorio nacional.
- La persona en situación de dependencia, aparte de participar en el Programa Individual de Atención, debería ver fortalecido el principio de elección, suprimiendo los intervencionismos públicos y técnicos que no sean absolutamente precisos. Ello con el propósito de que pueda configurar, según su propia decisión o hasta el límite que materialmente sea posible, su propia red de apoyos.

#### • Financiación

- Las Administraciones locales desempeñan un papel muy importante en la implantación de la LPAP, por ser un garante imprescindible para que la calidad de las prestaciones sociales llegue con criterios de homogeneidad a todas las personas en situación de dependencia, sea cual sea el ámbito en el que residan; y muy en especial a las zonas rurales, que son las que menos posibilidades tienen para acceder a estos servicios. Por ello, es importante que se aclare en la LPAP el papel que cumplirán las Administraciones Locales en la implantación del Sistema, y se deberían establecer sus funciones y los criterios de financiación a las personas que lo requieran, en relación al número de habitantes con que cuenten, para que puedan desplegar de manera satisfactoria el SAAD.
- Reforzar políticas para la participación del tercer sector y de la economía social en la gestión del SAAD, como mejores aliados de las comunidades autónomas para llegar

con eficacia y en condiciones de calidad a las personas y familiares beneficiarias de las prestaciones.

- Sería aconsejable crear plazas residenciales públicas de gestión directa; ampliar la cobertura de centros de día, atención domiciliaria y teleasistencia; y desarrollar iniciativas que permitan el mantenimiento de la persona en situación de dependencia en su entorno habitual. Con todo ello se paliaría, en parte, la disminución de las listas de espera para las plazas residenciales.

• **Carencia de recursos humanos**

- Fortalecer el SAAD con la captación de trabajadores cualificados para la debida aplicación de la LPAP, así como fomentar entre los trabajadores no cualificados de las Administraciones Públicas la formación debida en este ámbito.
- Sería necesario un abordaje integral y coordinado de la dependencia entre los profesionales sanitarios y los cuidadores sociales para llevar a cabo con garantías una atención de calidad, así como intensificar la colaboración entre la atención primaria y las distintas especialidades. Es decir, desarrollar la coordinación sociosanitaria y superar la fragmentación interna en el propio sistema de servicios sociales para desarrollar la LPAP en mejores condiciones.

• **Falta de información**

- Dotar al SAAD de indicadores estadísticos transparentes y actualizados que ofrezcan una imagen real del despliegue de la LPAP a toda la sociedad. Por ello sería recomendable que el IMSERSO creara mecanismos para que los distintos órganos gestores con competencia en la gestión hagan llegar los datos para elaborar la información a través de criterios uniformes para todas las comunidades autónomas.
- La creación de órganos de participación y consulta por parte de las comunidades autónomas, en forma de consejos o comités, en los que se cuente con la participación de las asociaciones representativas de personas con discapacidad y de sus familiares, así como de las personas mayores, que puedan contribuir mediante el diálogo y la presentación de informes y propuestas a la información, definición, ejecución, seguimiento y evaluación de las políticas de promoción de la autonomía personal y atención a la situación de dependencia.

• **Convenio especial de cuidadores no profesionales**

- Se recomienda que las comunidades autónomas establezcan un procedimiento de colaboración con la Tesorería de la Seguridad Social que pueda facilitar la suscripción

del cuidador informal con el Convenio especial de cuidadores no profesionales de personas en situación de dependencia; y, a la vez, se simplifiquen las gestiones a realizar en este aspecto concreto, ya que a ellos les corresponde esta responsabilidad para poder disfrutar de los beneficios que se derivan de su alta en la Seguridad Social y, por ende, de la prestación económica.

## Bibliografía

- Avio, A. y Balandi, G.G. (2007), Modelos comparados en Europa de protección de las situaciones de dependencia: el caso de Italia. *Temas Laborales*, 90, 11-25.
- Consejo de Europa (1995), Necesidades específicas de las personas dependientes; costes y financiación. Estrasburgo, Consejo de Europa.
- Daatland, S. (1999), La protección social de las personas mayores en los países nórdicos. En AA. VV., *Vejez y Protección Social a la dependencia en Europa*. Madrid, IMSERSO.
- Esping-Andersen, G. (1993), *Los tres mundos del Estado de Bienestar*. Valencia, Edicions Alfons El Magnànim.
- Evert, A. (1999), El nuevo programa de seguro para cuidados de larga duración en Alemania. En AA.VV., *Vejez y Protección Social a la dependencia en Europa*. Madrid, IMSERSO.
- Fundación Alternativas (2007), *Servicios sociales y atención a las necesidades de dependencia*, Madrid, Fundación Alternativas.
- García Herrero, G. (2005), Ideas, Argumentos y Propuestas sobre Los Servicios Sociales, la Autonomía Personal y la Protección a las Personas en Situación de Dependencia. *Trabajo Social Hoy*, 2º semestre, 22.
- González Ortega, S. (2004), La protección social de las situaciones de dependencia. *Relaciones Laborales*, Tomo II, 113-66.
- Hellten, K. *et al.*, (2004), Las diversas formas de la protección de la dependencia en Finlandia. *Relaciones Laborales*, 17/18, 259-322.
- Instituto de Mayores y Servicios Sociales (2005), *La atención a las personas en situación de dependencia. Libro Blanco*. Madrid, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- Kerger, A. (1999), El seguro de dependencia en el Gran Ducado de Luxemburgo. En AA.VV., *Vejez y Protección Social a la dependencia en Europa*, Madrid, IMSERSO.
- Kerschen, N. (2004), La dependencia como nuevo riesgo de la Seguridad Social: el ejemplo de la creación del seguro de dependencia en Luxemburgo. *Relaciones Laborales*, 17/18, 213-35.
- Kessler, F. (2004), El cuidador de las personas dependientes en Francia: La reforma permanente sin solución. *Relaciones Laborales*, 17/18, 237-57.
- Köbs, U. (2004), El seguro de dependencia alemán: principales rasgos y problemas actuales. *Relaciones Laborales*, 17/18, 189-212.

- Leichsenring, K. (1999), El sistema austriaco de protección social para las personas necesitados de cuidados. En AA. VV., *Vejez y Protección Social a la dependencia en Europa*, Madrid, IMSERSO.
- Montoya Melgar, A. (2007), Las situaciones de dependencia personal: políticas y normas. En AA. VV. (Dir. Montoya Melgar, A.), *La protección de las personas dependientes*. Navarra, Thomson – Civitas.
- Navarro Vicenç (2007), El Estado de bienestar en España y sus déficit sociales. En AA. VV. (Dir. Navarro Vicenç), *La situación social en España*. Madrid, Fundación Francisco Largo Caballero.
- Organización Mundial de la Salud (2001), *Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud*. Madrid, IMSERSO.
- Puga González, M. (2001), *Dependencia y necesidades asistenciales de los mayores en España. Previsión al año 2010*. Madrid, Fundación Pfizer.
- Quintero Lima, M. (2007), Modelos comparados en Europa de protección de las situaciones de dependencia. *Temas Laborales*, 89, 91-124.
- Rodríguez Cabrero, G. (2000), El problema de la dependencia: Conceptualización y debates. En AA. VV. (Coord. Rodríguez Cabrero, G.), *La protección social de la dependencia*. Madrid, MTAS.
- Rodríguez Cabrero, G. (2007), La protección social de la dependencia en España. Un modelo sui generis de desarrollo de los derechos sociales, *Política y sociedad*, 44, Nº 2, 69-85.
- Sánchez, J. (1999), Protección social a las personas mayores en Francia. Retos y perspectivas. En AA. VV., *Vejez y Protección Social a la dependencia en Europa*. Madrid, IMSERSO.
- Schuijt y Lucassen, N. y Knipscheer, C. (1999), La protección social a las personas mayores dependientes en los países bajos. En AA.VV., *Vejez y Protección Social a la dependencia en Europa*. Madrid, IMSERSO.
- Stout, R. (1999), Real Comisión sobre los cuidados de larga duración para personas mayores. En AA. VV., *Vejez y Protección Social a la dependencia en Europa*. Madrid, IMSERSO.
- Vicente Merino, A, *et al.* (2004), Cobertura de la dependencia: una comparación internacional, *Actuarios*, 22, 18-21.
- Walter, A. (1999), Cuidados comunitarios en el Reino Unido. En AA. VV., *Vejez y Protección Social a la dependencia en Europa*. Madrid, IMSERSO.

## Índice de Tablas y Gráficos

### Tablas

Tabla 1. Población europea mayor de 65 años con discapacidad y/o enfermedades crónicas que les impiden realizar actividades de la vida diaria, según niveles de gravedad .....	12
Tabla 2. Modelos europeos de protección social de la dependencia .....	17
Tabla 3. Financiación del SAAD y aportación de los beneficiarios .....	36

### Gráficos

Gráfico 1. Tasa de fecundidad.....	9
Gráfico 2. Evolución de la población mayor de 60 años .....	10
Gráfico 3. Esperanza de vida al nacimiento de mujeres.....	11
Gráfico 4. Esperanza de vida al nacimiento de hombres .....	11
Gráfico 5. Personas con alguna discapacidad para las ABVD, por edad y grado de severidad .....	12
Gráfico 6. Personas que reciben cuidados personales, según el grupo de edad y sexo del cuidador .....	13
Gráfico 7. Puesta en marcha del Plan de Dependencia .....	29
Gráfico 8. Dictámenes porcentuales por CC AA. Situación a 1 de enero de 2009 .....	29

Gráfico 9. Prestaciones reconocidas. Situación a 1 de enero de 2009. ....	30
Gráfico 10. Distribución del Fondo Extraordinario.....	37
Gráfico 11. Convenio especial de cuidadores no profesionales de personas en situación de dependencia. Situación a 29 de diciembre de 2008.....	40

## Trabajos publicados

- EP 1/1999 Cuadernos con alternativas 1. *Varios autores.*
- EP 2/1999 Cuadernos con alternativas 2. *Varios autores.*
- EP 3/1999 Bases para una reforma de la política. *Varios autores.*
- EP 4/2000 La educación a debate. *Victoria Camps.*
- EP 5/2000 Un pacto de Estado para la justicia. *Varios autores.*
- EP 6/2000 Sistema Nacional de Salud. *Javier Rey.*
- EP 7/2001 La Universidad Europea del Trabajo. *Varios autores.*
- EP 8/2001 La judicialización en la Unión Europea. Quién gana y quién pierde. *Antonio Estella.*
- EP 8 bis/2001 La liberalización de los servicios de interés económico general. Un modelo progresista dentro y para Europa. *Leonor Moral.*
- EP 9/2002 La armonización del impuesto sobre la renta de las personas físicas en el marco del debate federalista. Posibilidades y límites. *Violeta Ruiz.*
- EP 10/2002 La participación de los españoles en elecciones y protestas. *Belén Barreiro.*
- EP 11/2002 La Constitución europea y la Carta de Derechos fundamentales. *María Luisa Fernández.*
- EP 11 bis/2003 El proceso constituyente europeo en sentido estricto. Relanzar la integración desde la ciudadanía. *Rosa Velázquez.*
- EP 12/2003 Las nuevas formas de participación en los gobiernos locales. *Eloísa del Pino y César Colino.*
- EP 13/2003 El proceso de globalización. Análisis de las propuestas alternativas al Consenso de Washington. *Carlos Garcimarin y Santiago Díaz de Sarralde.*
- EP 14/2004 El modelo social en la Constitución europea. *José Vida.*
- EP 15/2004 Los procesos migratorios. Alternativas al discurso dominante. *Arantxa Zaguirre.*
- EP 16/2005 La enseñanza de la religión católica en España. *Margarita Lema.*
- EP 17/2005 Ciudadanía y minorías sexuales. La regulación del matrimonio homosexual en España. *Kerman Calvo.*
- EP 18/2005 La financiación de las confesiones religiosas en España. *Alejandro Torres.*
- EP 19/2006 Propuestas para la reforma del sistema electoral español. *Rubén Ruiz.*
- EP 20/2006 Mujer y vivienda. Una aproximación al problema de la vivienda desde una perspectiva de género. *Jordi Bosch.*
- EP 21/2006 La restricción de derechos fundamentales en el marco de la lucha contra el terrorismo. M.<sup>a</sup> Ángeles Catalina Benavente.
- EP 22/2006 Una propuesta para la enseñanza de la ciudad democrática en España. *Irene Martín Cortes.*
- EP 23/2006 Los símbolos y la memoria del Franquismo. *Jesús de Andrés Sanz.*
- EP 24/2007 Cambios en las relaciones de trabajo y derecho a la huelga. *Xavier Solà Monells y Daniel Martínez Fons.*
- EP 25/2007 Modelos familiares y empleo de la mujer en el Estado de bienestar español. *Almudena Moreno Mínguez.*
- EP 26/2007 La exclusión social: análisis y propuestas para su prevención. *Anabel Moriña Díez.*
- EP 27/2007 La reforma del Senado. *Alberto Penadés e Ignacio Urquizu-Sancho.*
- EP 28/2007 Un nuevo enfoque de la solidaridad autónoma a través de los Fondos de Compensación Interterritorial. *Roberto Fernández Llera y Francisco J. Delgado Rivero.*
- EP 29/2007 Derecho de asilo y mutilación genital femenina: mucho más que una cuestión de género. *Yolanda García Ruiz.*
- EP 30/2008 El desarrollo de políticas públicas locales como garantes de la satisfacción de los ciudadanos. *Pablo Gutiérrez Rodríguez y Marta Jorge García-Inés.*
- EP 31/2008 El turismo residencial y las políticas públicas europeas. *Fernando J. Garrigós Simón y Daniel Palacios Marqués.*
- EP 32/2008 La economía social y su participación en el desarrollo rural. *Andrés Montero Aparicio.*
- EP 33/2008 Prostitución y políticas públicas: entre la reglamentación, la legalización y la abolición. *Pedro Brufao Curiel.*

- EP 34/2008 La dimensión territorial de la pobreza y la privación en España. *Jesús Pérez Mayo*.
- EP 35/2008 “Ampliar para ganar”: las consecuencias electorales del crecimiento del Metro en Madrid, 1995-2007. *Luis de la Calle Robles y Lluís Orriols i Galve*.
- EP 36/2008 Las causas de la participación y sus consecuencias en el voto de centro y de izquierda en España. *Sebastián Lavezzolo Pérez y Pedro Riera Segrera*.
- EP 37/2008 El medio ambiente urbano en la Unión Europea. *Susana Borrás Pentinat*.
- EP 38/2008 Control político y participación en democracia: los presupuestos participativos. *Ernesto Ganuza Fernández y Braulio Gómez Fortes*
- EP 39/2008 Cataluña después del primer “Tripartit”. Continuidad y cambio en patrones de comportamiento electoral. *Laia Balcells Ventura y Elna Roig Madorran*.
- EP 40/2009 La reducción de empleo y sus consecuencias en los resultados: un análisis de las empresas españolas. *Fernando Muñoz Bullón y María José Sánchez Bueno*.
- EP 41/2009 Flexicurity and Gender Equality: advancing flexicarity policies in Denmark and Spain. *Óscar García Agustín y Lise Rolandsen Agustín*.





