



El Instituto Europeo de Salud y Bienestar Social, centro colaborador de la Organización Mundial de la Salud (OMS), es una institución independiente, plural y sin ánimo de lucro, con status de ONG para el desarrollo otorgado por la Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AECID).

Su objetivo principal es promover actividades culturales y educativas dirigidas a promocionar la salud, el medio ambiente, el bienestar social y la cooperación para el desarrollo.

La Dependencia es una de las prioridades estratégicas que está fomentando el Instituto Europeo de Salud y Bienestar Social.



Salud y Dependencia

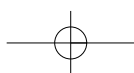
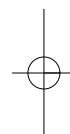
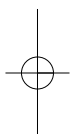
Julio Sánchez Fierro

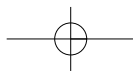
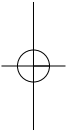


CAJA MADRID

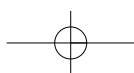
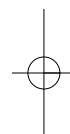
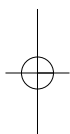
OBRA SOCIAL







SALUD Y DEPENDENCIA



JULIO SÁNCHEZ FIERRO
Miembro del Consejo de expertos
del Instituto Europeo de Salud y Bienestar Social

SALUD Y DEPENDENCIA

INSTITUTO EUROPEO DE SALUD
Y BIENESTAR SOCIAL
OBRA SOCIAL DE CAJA MADRID

Quedan rigurosamente prohibidas, sin la autorización escrita de los titulares del «Copyright», bajo las sanciones establecidas en las leyes, la reproducción total o parcial de esta obra por cualquier medio o procedimiento, comprendidos la reprografía y el tratamiento informático, y la distribución de ejemplares de ella mediante alquiler o préstamo públicos.

© Obra Social de Caja Madrid

© Instituto Europeo de Bienestar Social

Depósito legal: M. -2008

Fotocomposición: JOSUR TRATAMIENTO DE TEXTOS, S. L.

Impresión: ELECÉ, INDUSTRIA GRÁFICA, S. L.

Polígono El Nogal - Río Tiétar, 24 - 28110 Algete (Madrid)
MADRID, 2008

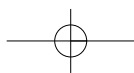
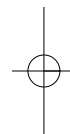
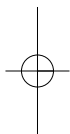
ÍNDICE

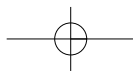
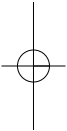
	<i>Pág</i>
PRÓLOGO.....	9
PRESENTACIÓN	15
1. PERSONAS DEPENDIENTES: QUIÉNES Y CUÁNTOS SON.....	21
2. LA RESPUESTA DE LOS PODERES PÚBLICOS ANTE LAS NECESIDADES DE ATENCIÓN SOCIOSANITARIA DE LAS PERSONAS DEPENDIENTES: MODELOS Y EXPERIENCIAS EN LA UNIÓN EUROPEA	27
3. EL ESTADO DE SALUD DE LAS PERSONAS DEPENDIENTES: PERFIL DE LAS PERSONAS EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA Y PATOLOGÍAS PREVALENTES	35
4. LA PROMOCIÓN DE LA SALUD Y LA LUCHA CONTRA EL RIESGO DE DEPENDENCIA	47
5. LA PRESTACIÓN SOCIOSANITARIA EN ESPAÑA: UN CAMINO ABIERTO, UNA META POR CONSEGUIR	53
6. LA LEGISLACIÓN SANITARIA ESPAÑOLA Y LA LEY DE DEPENDENCIA: PUNTOS CRÍTICOS Y CUESTIONES PENDIENTES.....	61
7. LOS CUIDADORES PROFESIONALES Y EL CUIDADOR FAMILIAR.....	65
8. INFRAESTRUCTURAS, RECURSOS ECONÓMICOS Y NUEVAS TECNOLOGÍAS PARA LA ATENCIÓN EN LAS PERSONAS DEPENDIENTES	69
9. REFLEXIONES FINALES.....	79
ANEXOS.....	83

	<i>Pág</i>
I. LEY 39/2006, DE 14 DE DICIEMBRE.....	85
II. BORRADOR DE REAL DECRETO POR EL QUE SE ESTABLECE LA CARTERA DE SERVICIOS COMU- NES DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD CORRESPONDIENTE A LA PRESTACIÓN DE ATEN- CIÓN SOCIO SANITARIA.....	117
II bis) CARTERA DE SERVICIOS COMUNES DE ATEN- CIÓN SOCIO SANITARIA.....	122
III. CONCLUSIONES DE LA ENCUESTA EDDDES.....	127
IV. DOCUMENTOS INTERNACIONALES SOBRE ATEN- CIÓN SOCIO SANITARIA.....	137
V. CUADROS	139
VI. GRÁFICOS.....	165



PRÓLOGO





La sociedad en la que vivimos se basa en el denominado «Estado de Bienestar» y nadie duda que la Salud es uno de sus pilares básicos, lo que hace que ésta sea un tema socialmente relevante.

Hoy día, la esperanza de vida en nuestro país continúa creciendo, en la actualidad se estima en 74,7 años para los hombres y en 81,9 para las mujeres. Sin embargo, los problemas de salud y dependencia también están aumentando, de hecho, el 80% de las personas que no se pueden valer por sí mismas tiene más de 65 años y son atendidas en el ámbito familiar.

Sin embargo, la dependencia no es sólo una cuestión de edad. Acontece cuando un problema de salud como el Alzheimer, la depresión o una discapacidad impide a una persona valerse por sí misma en su vida cotidiana. Tampoco se manifiesta siempre de la misma forma, unas veces puede aparecer bruscamente y otras de forma progresiva, incluso puede detectarse rápidamente o pasar desapercibida.

La dependencia física puede aparecer de manera repentina, de forma que su entorno familiar lo percibe con claridad, sin embargo, otras veces puede ser lenta y progresiva, por ejemplo cuando se van sumando dificultades como pérdida de oído y vista, dificultad para realizar algunos movimientos, etc., son estos casos los más difíciles de detectar y con frecuencia se achacan a la edad, lo que impide buscar soluciones médicas que permitan superarlas y mitigar sus efectos sobre la persona dependiente.

Por otro lado, la dependencia psíquica o mental suele aparecer de forma progresiva y se percibe con claridad cuando la comunicación cotidiana pierde poco a poco sentido, coherencia y eficacia. En estos casos la conversación se dificulta y las personas afectadas empiezan a ser incapaces de expresar sus necesidades y dejan de valerse por sí mismas.

Como vemos, la dependencia es multicausal, pero hay una serie de enfermedades que son frecuentes entre las personas dependientes, como los problemas de vista y oído, la artrosis, la osteoporosis, los problemas de

memoria, el Alzheimer, el Parkinson, la incontinencia y el dolor crónico entre otros.

La primera consecuencia de la pérdida de autonomía es la necesidad de depender de otras personas y con frecuencia suele provocar agresividad y ansiedad. Ante esta situación, lo más recomendable es tranquilizar a la persona afectada y animarle a acudir a su médico para que le informe sobre su problema, le aconseje y busque los remedios adecuados.

Habitualmente, la actitud del entorno de la persona dependiente es el «dárselo todo hecho» y especialmente en los casos de dependencia avanzada, donde la familia interviene para aliviar al enfermo y, a la vez, ganar tiempo. Cuando una persona come con dificultad, tira sin querer la comida y se ensucia, nos empuja a ayudarlas, pero ello equivale a privar a esta persona de realizar un sencillo gesto que va a suponer un empeoramiento de su dependencia.

Según recoge el Libro Blanco de la Dependencia, editado por el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, sólo el 3,5% de los mayores de 65 años cuentan con un servicio de ayuda a domicilio, el 2,84% con teleasistencia, el 3,86% con una plaza en una residencia y el 0,54% con un centro de día.

El objetivo de la nueva Ley es paliar esta situación, que sitúa a España muy por detrás de los niveles de cobertura del resto de Europa, pretendiendo mejorar la prevención en casos de dependencia y ampliando los servicios que se encarguen de atender a estos enfermos.

Hay que entender el concepto de dependencia como «la situación permanente, en la que se encuentran las personas que precisan ayudas importantes de otra u otras personas para realizar actividades básicas de la vida diaria», siendo estas actividades el cuidado personal, las actividades domésticas básicas, la movilidad esencial, orientarse, etc.

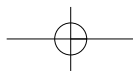
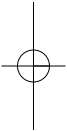
La persona dependiente podrá beneficiarse de una serie de servicios como la atención residencial, los centros de día y noche, la teleasistencia, etc.; o podrá percibir una prestación económica vinculada a la adquisición de estos servicios o excepcionalmente podrá recibir una prestación económica para ser atendido por cuidadores no profesionales, como pueden ser los miembros de su familia.

De todas estas cuestiones y otras muchas hablaremos en este libro que pretendemos sea una guía sobre la Salud y Dependencia en nuestro país.

En este sentido su autor, Julio Sánchez Fierro, que es una personalidad de gran reputación social en este campo, describe a lo largo de estas páginas el gran desafío que significa la dependencia para lograr mejorar el bienestar de los ciudadanos.

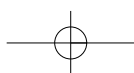
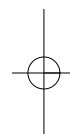
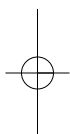
Esta publicación ha sido posible gracias al apoyo incondicional de la Obra Social de Caja Madrid, a la que expresamos desde aquí nuestra gratitud por su admirable colaboración.

*Dr. Manuel de la Peña
Presidente del Instituto Europeo de Salud y Bienestar Social
Centro Colaborador de la OMS*



PRESENTACIÓN





Uno de los aspectos de la protección social que más interés está concitando en los últimos tiempos es, sin duda, la atención a las personas mayores o con discapacidad que, por limitaciones de un tipo u otro, necesitan el apoyo y la ayuda de cuidadores para actos ordinarios de la vida cotidiana.

La asistencia sanitaria y socio-sanitaria de quienes se encuentran en estas situaciones de dependencia, así como la promoción de su salud, son cuestiones básicas dentro de la acción protectora de los sistemas más modernos de bienestar social.

Aunque esto es evidente, en el orden práctico resulta muy complejo y hasta extraordinariamente difícil coordinar la atención sanitaria y la que se presta desde los servicios sociales.

Hoy por hoy, cabría decir que la coordinación socio-sanitaria es un objetivo que parece casi inalcanzable.

No obstante, el carácter integral de la atención a las personas dependientes es un mandato legal, que recoge el «informe abril» a comienzos de los años noventa, el sistema nacional de salud, en sus versiones de 1995 y 2006, la Ley de Comisión y Calidad de 2003 y la más reciente Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia (2006).

Hay, pues, mandatos legales y reglamentarios y, si se quiere, exigencias de carácter ético que deben impulsar a los poderes públicos a convertir en realidades tangibles la prestación socio-sanitarias y la coordinación, tan intensa como sea posible, entre el Sistema Nacional de Salud y el recién nacido Sistema de Atención a la Dependencia (SAAD).

Lograr la mayor eficacia y calidad en los servicios en favor de las personas dependientes, a promover su salud y desarrollar políticas prevencionistas son desafíos de primer orden.

Más de 8.000.000 de personas mayores y 3.500.000 de quienes sufren discapacidad son «objetivos diana» en las políticas sociales a desarrollar en nuestro país.

Estamos ante un tema «en construcción», no tanto en el terreno teórico y conceptual, como en el operativo y organizacional.

Desde hace más de una década se registran interesantes, pero limitadas experiencias, sobre el plano autonómico y municipal, ahora es la Administración General del Estado la que debe liderar la puesta en aplicación y el pleno despliegue de la Ley de Dependencia y del Sistema de Atención a la Dependencia (SAAD).

El listado de temas que a tal efecto han de consensuar el Estado y las Comunidades Autónomas todavía es muy largo:

- Problemas serios de financiación y de sostenibilidad económica.
- Determinación de ratios de calidad en centros, servicios y prestaciones.
- Regulación del copago por parte de los usuarios.
- Baremo adecuado (hoy sólo se cuenta con uno provisional bastante deficiente) para evaluar los grados y niveles de dependencia.
- Mayor ritmo en las evaluaciones y resoluciones aprobando los PIAS (Planes Individuales de Atención).
- La falta de cuidadores profesionales.
- Las deficiencias en cuanto a los apoyos a los cuidadores profesionales.
- La escasez de infraestructuras, sobre todo residencias y centros de día y el papel del sector privado en la provisión y en el aseguramiento de servicios ante el riesgo de situaciones de dependencia.
- Las garantías, poco definidas en la actualidad, de equidad, igualdad y cohesión en el acceso a las prestaciones y servicios.

Ciertamente este listado de temas pendientes no agota la enumeración de los problemas a resolver, pero probablemente recoge los más significativos.

Es evidente que el alto nivel de consenso alcanzado por la Ley de Dependencia en su tramitación parlamentaria es un activo que conviene conservar para ir superando dificultades con la colaboración de las distintas administraciones competentes y, desde luego, con una alta receptividad a los planteamientos que el CERMI (Comité Español de las Personas con Discapacidad) y las principales organizaciones de mayores (CEOMA y UDP) están haciendo llegar a quienes son los responsables de la gestión de la atención sanitaria y socio-sanitaria a favor de quienes padecen dependencia. Otro tanto cabe decir de los planteamientos y consideraciones de entidades del sector privado, en especial la Fundación «Edad y Vida» o el Grupo «Júbilo».

En este sentido, hay que destacar que la propia Ley de Dependencia incluye el acertado mandato de revisar su contenido a la luz de la experiencia y, en todo caso, no más allá de 2010. Sería importante no demorar esta tarea de reforma y consolidación del Sistema de Atención a la Dependencia.

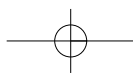
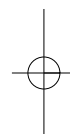
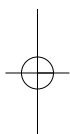
Así pues, dimensionar bien la realidad social, sanitaria, económica e institucional de la dependencia en España es imprescindible para caminar con seguridad por la senda de las soluciones.

El Libro que ahora presenta el Instituto Europeo de Salud y Bienestar Social pretende ofrecer información y herramientas útiles para quienes quieran acercarse o estén ya inmersos en el mundo de la dependencia.

La fuentes utilizadas son fundamentalmente las que nos suministra el Libro Blanco de la Dependencia y otros informes y publicaciones del Ministerio de Trabajo, del CIS, del Ministerio de Educación Política Social y Deporte, del IMSERSO, del CERMI, de la ONCE y del ámbito sanitario (Ministerio de Sanidad e Insalud).

En esta presentación quiero agradecer la colaboración y ayuda del equipo dinámico que lidera el Dr. Manuel de la Peña, en el Instituto Europeo de Salud y Bienestar Social y reiterar mi admiración y apoyo a las asociaciones y entidades que trabajan por la calidad de vida de las personas mayores y discapacitadas que padecen dependencia.

Julio Sánchez Fierro
Octubre 2008



1. PERSONAS DEPENDIENTES: QUIÉNES Y CUÁNTOS SON (1)

En junio de 2004, un Grupo de Trabajo que tuvo la oportunidad de coordinar, con el apoyo de la Fundación Astra Zéneca, elaboró un «Libro Verde sobre la Dependencia en España».

Tres años antes de que entrara en vigor la Ley de Dependencia, afirmábamos que uno de los temas que está siendo objeto de creciente atención desde las Organizaciones Sociales, desde los sectores profesionales y también desde los responsables políticos es, sin duda, el fenómeno de la dependencia.

En efecto, la falta de autonomía personal para actos básicos de la vida ordinaria, preocupa cada vez más a los ciudadanos.

La mayor esperanza de vida, a partir de determinadas edades, va asociada en muchas ocasiones a situaciones de deficiencia o delimitación en la capacidad de decidir y hacer por sí mismo actuaciones propias de la vida ordinaria. En tales casos la necesidad de recibir apoyo y cuidados de forma continuada se hace patente, tal y como viene insistiendo desde hace tiempo la Organización Mundial de la Salud.

Estamos ante un verdadero desafío para los sistemas de protección social, tanto desde la perspectiva sanitaria como desde la atención a cargo de los servicios sociales.

Pero la dependencia no constituye un bloque homogéneo, ya que no todas las situaciones de falta de autonomía personal son de igual calado y, por consiguiente, los requerimientos asistenciales pueden

(1) Nota: ver Anexos: cuadros 1 al 9. Gráficos 1 al 6.

ser muy diversos y conllevar respuestas sociales y sanitarias de contenido diferente, lo que, con frecuencia, sucede a partir de dispositivos organizativos distintos, a partir de Administraciones Públicas diferentes (Estado, Comunidades Autónomas, Corporaciones Locales).

El papel de las familias y el de las organizaciones no gubernamentales, así como los cuidados profesionales, también responden a circunstancias y requerimientos muy diversos, pero, en todo caso, necesitados de mecanismos, de procedimientos y de herramientas que favorezcan la calidad asistencial y la disponibilidad de recursos humanos en números suficientes.

En todo caso, las causas de la dependencia son muy variadas y precisan de una importante apuesta por la investigación para encontrar las soluciones más adecuadas.

De otra parte, los costes de la protección de la dependencia son objeto de polémica, dado que las valoraciones suelen ser meras estimaciones aproximativas, repletas de factores variables y de incógnitas sin fin.

En efecto, todo depende de qué servicios estemos hablando, de cuál sea la evolución previsible del número de personas dependientes y de a quién corresponda la responsabilidad de la atención.

Lo cierto es que los cálculos económicos requerirán ajustes en función de la experiencia y de la ambición mayor o menor de los sistemas en cuanto a los colectivos a proteger como respecto de la cartera de servicios.

Hoy por hoy las soluciones que se aplican para hacer frente a los problemas de pérdida de autonomía personal son muy diferentes, ya que diferentes son los sistemas establecidos en los Estados miembros de la Unión Europea.

Unos responden a modelo de cobertura a través de la Seguridad Social (por tanto, con cargo a cotizaciones), en tanto que hay otros países que optan por la financiación con cargo a los presupuestos generales del Estado esto es, con cargo a impuestos.

No faltan, en fin, un grupo de Estados que ofrecen la atención a las personas dependientes desde un planteamiento de universal-

dad, es decir, en razón a la condición de ciudadanos, en tanto que otros ofrecen este tipo de servicios en función del nivel de rentas.

También habría que señalar que hay sistemas de carácter mixtos en los que, según de qué prestaciones se trate, la dependencia está cubierta en parte a través de la Seguridad Social, en parte a través de los Servicios Sociales y en parte a través del Sistema Nacional de Salud éste es el caso de España.

Hablando de nuestro país, el Pacto de Toledo, en su versión renovada de octubre de 2003, dio el pistoletazo de salida en la atención a la dependencia. En aquella ocasión todos los grupos políticos se comprometieron a trabajar a favor del establecimiento de un sistema de atención a la dependencia, que pronto fue calificado de cuarta columna del Estado del bienestar (junto con la educación, la sanidad y las pensiones).

En todo caso, sin negar la importancia de un marco legal al cual, de una coordinación eficaz entre las administraciones y de una financiación suficiente, en España, al igual que en otro país, poco podría hacerse sin contar con la colaboración activa de las familias, de los profesionales y del sector privado.

Conviene insistir en que cuantificar bien las necesidades y los recursos razonables, programar el despliegue del sistema de protección de manera realista en el tiempo, priorizar la investigación, desarrollar las posibilidades, las nuevas tecnologías, implantar modernos equipamientos y fomentar acciones de formación y de cualificación de los cuidadores son otros tantos objetivos de primer orden y al mismo tiempo requisitos fundamentales para una atención sostenible y de calidad.

Sin duda, el marco jurídico y la respuesta institucional a favor de las personas mayores o incapacitadas que padecen dependencia, deben responder a criterios de igualdad de trato, accesibilidad real.

Conseguir todos estos objetivos y hacerlos reales con agilidad no es tarea fácil, pero sí debería ser compromiso de todos.

La reciente Ley de Promoción de la Autonomía Personal de atención a las personas en situación de dependencia, es en nuestro país

la expresión misma de ese compromiso social y político al que antes hacíamos referencia.

La Ley de Dependencia, que es como habitualmente se le conoce, es ya una realidad jurídica consistente, pero aún es muy pronto para decir que sus mandatos se han proyectado con efectividad y con plenitud a favor de los potenciales destinatarios (mayores y discapacitados dependientes). Problemas de desarrollo reglamentario de la Ley e insuficiente financiación están retrasando la aplicación de esta norma, que hoy por hoy tiene pendiente de resolver algo tan importante como es la prestación socio sanitaria y en general, la coordinación con el Sistema Nacional de Salud.

No hay que olvidar que, con razón, la Ley proclama como uno de sus principios fundamentales la idea de «atención integral», sin que sea admisible un abordaje en paralelo de los problemas de salud y los problemas de la dependencia, porque, a la postre, la acción de los poderes públicos se refiere a las personas en su integridad.

La Administración General del Estado, las Comunidades Autónomas y las organizaciones económicas, sociales y profesionales habrán de esforzarse mucho más para que con su colaboración, debidamente coordinada, la Ley de Dependencia pase a ser de verdad un instrumento eficaz para el bienestar social y la calidad de vida de los ciudadanos que más lo necesitan.

En ese marco jurídico, político y profesional, es en el que habrán de promoverse las políticas y medidas necesarias para que los objetivos de salud se hagan efectivos a favor de quienes padecen algún tipo de dependencia y, más aún, a favor de quienes con unos hábitos que favorezcan la vida saludable y con las herramientas que proporciona la Medicina Preventiva, puedan vivir durante muchos más años con una amplia autonomía personal.

La celebración de la Asamblea Mundial del Envejecimiento en Madrid en 2001, el Año Internacional y Europeo de la Discapacidad y la renovación del Pacto de Toledo en 2003, tuvieron como consecuencia la creación de un contexto favorable al abordaje de la dependencia en nuestro país. El resultado más sustantivo fue la

aprobación de la Ley de Dependencia, con un amplio consenso político y social, y los primeros pasos del sistema de atención a la dependencia.

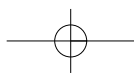
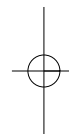
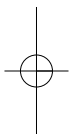
No hemos sido los primeros en organizar y articular respuestas a los problemas de las personas dependientes. En Europa, la República Federal de Alemania y el Reino Unido fueron, a mediados de la pasada década, los países pioneros impulsores en esta rúbrica tan importante del Estado de Bienestar.

Con todo, en España antes de la Ley de Dependencia se produjeron en el plano autonómico algunas iniciativas desde los años ochenta. Éste es el caso del Programa «Vida a los años», en Cataluña.

En el plano nacional, las iniciativas más relevantes fueron el llamado «Informe Abril» a comienzos de los años noventa, a parte del Plan Gerontológico y los sucesivos Planes Concertados.

Maás de tres millones y medio de personas con discapacidad, los cambios de nuestra estructura demográfica, los cambios en el modelo de familia y su mayor inestabilidad, la movilidad geográfica, la incorporación creciente de la mujer al mercado de trabajo, la falta de recursos humanos profesionalmente preparados, la insuficiencia de equipamientos e instalaciones, son complejas circunstancias que concurren al mismo tiempo y que obligan a construir; mas allá de lo estrictamente jurídico, son necesarias soluciones realistas y eficaces.

El Consejo Territorial de la dependencia y los órganos constructivos establecidos en la Ley deberían poner a contribución su capacidad de entendimiento y de cooperación para lograrlo. Y, naturalmente, el Estado incrementar sustancialmente, aunque estemos en tiempo de crisis, la financiación que haga posible que el sistema de atención a la dependencia sea una realidad tangible en términos sociales y sanitarios y no una mera «utopía social».



2. LA RESPUESTA DE LOS PODERES PÚBLICOS ANTE LAS NECESIDADES DE ATENCIÓN SOCIO- SANITARIA DE LAS PERSONAS DEPENDIENTES: MODELOS Y EXPERIENCIAS EN LA UNIÓN EUROPEA

El fenómeno de la dependencia, que afecta ya a más de cuarenta millones de ciudadanos europeos, sigue creciendo, principalmente por el envejecimiento, nota común en el conjunto de la Unión Europea.

Ante este fenómeno, las respuestas de las legislaciones nacionales presentan una gran diversidad.

Si los sistemas de seguridad social son heterogéneos en Europa, la protección social de la dependencia aún lo es más. Y ello, entre otras razones, porque el concepto de dependencia no es unívoco. Tiene un contenido complejo y sus causas son muy variadas. Unas son físicas, otras psíquicas y mentales, tal y como lo recuerda el Consejo de Europa.

Con frecuencia, la dependencia se asocia al envejecimiento, pero no se debe vincular en exclusiva a esa circunstancia, ya que afecta también a supuestos de malformaciones congénitas, accidentes de tráfico, violencia, enfermedades comunes y profesionales, todo ello con independencia de la mayor o menor edad.

Como es sabido, y así lo señala la OMS, la esencia misma de la dependencia radica en no poder vivir de manera autónoma y necesitar de forma duradera la ayuda de otros para actividades ordinarias de la vida cotidiana.

Como es lógico, la respuesta social en forma de prestaciones tiene que ser coherente con la atención de una diversa tipología de necesidades asistenciales.

A su satisfacción alude la Carta Europea de Derechos Fundamentales. En ella se establece que «la Unión Europea reconoce y respeta el derecho de acceso a las prestaciones de la Seguridad sociales y a los servicios sociales que garanticen una protección, en caso de dependencia».

Puede apreciarse que del tenor de la Carta Europea no se desprende un modelo de protección único, admitiéndose, por el contrario, la vía del aseguramiento público obligatorio (Seguridad Social) y la vía de los servicios sociales ofrecidos a aquellos colectivos que por sus circunstancias y su nivel de renta puedan necesitar. En suma, la Carta Europea da acogida tanto al procedimiento de financiación por cotizaciones como por la vía de los impuestos.

Un examen de la legislación de los Estados miembros nos enseña que, en función de vicisitudes históricas e institucionales, hay países que cuentan con protección de la dependencia dentro del sistema de la Seguridad Social, en tanto que otros otorgan derecho u ofrecen ayudas a través de servicios sociales, generalmente de manera muy descentralizada (Corporaciones Locales).

También hay que decir que la configuración del servicio de dependencia con una rama específica de la Seguridad Social es muy reciente. Todavía es más incipiente el seguro de dependencia de carácter privado.

En cuanto al seguro público de dependencia, el ejemplo más significativo es el de la República Federal de Alemania a partir de 1995. En la legislación alemana el seguro de dependencia es un seguro obligatorio, pero incorporado como algo complementario del seguro de enfermedad.

En cuanto al seguro privado de dependencia, las principales experiencias se dan en Francia, Reino Unido y Estados Unidos. Los colectivos protegidos varían considerablemente, lo mismo que los incentivos de carácter fiscal o desgravaciones de otro tipo. En Francia registra una evolución positiva, en tanto que es inestable en el Reino Unido y Estados Unidos.

Además de Alemania, Luxemburgo y Bélgica (Región de Flandes) han optado por incluir dentro del sistema de seguridad

social el seguro obligatorio de dependencia, en 1998 y 2001 respectivamente.

Posteriormente, en Francia (2002) se ha instaurado una prestación específica por dependencia para personas mayores.

En Dinamarca, Finlandia, Irlanda, Países Bajos, Reino Unido, Suecia, la dependencia no se plantea como riesgo social asegurado públicamente y financiado en base a cotizaciones, sino como un derecho universal de los ciudadanos sostenido con impuestos y gestionado a través de los servicios sociales, principalmente de carácter municipal.

El modelo de Grecia, Italia y Portugal se sitúa en el ámbito de las ayudas y de los servicios sociales que se otorguen por las autoridades, caso a caso, en función de los niveles de rentas.

España, hasta la reciente Ley de Dependencia (diciembre 2006) contaba con un sistema mixto, de modo que algunas prestaciones se daban vía Seguridad Social (gran invalidez), otras a través del Sistema Nacional de Salud y otras, vía Servicios Sociales.

Ahora, con la Ley de Dependencia, la protección se configura como un «derecho subjetivo de ciudadanía» financiado con impuestos y con participación de los usuarios. Según el Libro Blanco de La Dependencia 2005» presentado por el gobierno antes de la aprobación de la Ley, en términos de media, el reparto de la financiación de los gastos sería por terceras partes entre el Estado, las Comunidades Autónomas y los usuarios.

Estamos, pues, ante un escenario de gran diversidad en cuanto a sistemas de atención a la dependencia se refiere, que podría traducirse en graves desigualdades en la accesibilidad y en la calidad de los servicios y prestaciones.

Por ello, la Comisión Europea está impulsando políticas que favorezcan un desarrollo más coherente y armónico en el conjunto de los Estados miembros de la Unión Europea.

En este sentido, convendría destacar la Comunicación de la Comisión Europea al Consejo (COM 2001-723), en la cual se señalan tres grandes objetivos para la protección de la dependencia:

- El acceso a todas las prestaciones por dependencia, con independencia de los ingresos o del patrimonio de los ciudadanos.
- Un alto nivel de calidad asistencial.
- La sostenibilidad financiera de las prestaciones.

Estos tres objetivos fueron aprobados como política comunitaria durante la Presidencia Española de la Unión Europea en Barcelona en marzo de 2007.

Atender actos objetivos constituye un desafío de primer orden para la política social europea y en particular para la española en el siglo XXI.

Refiriéndonos a nuestro país, algunos datos expresan por sí solos la magnitud de la cadena que será preciso llevar a cabo.

La longevidad media de la población española es una de las más altas del mundo y junto con Grecia figura entre los países más envejecidos y por tanto con mayor incidencia del riesgo de la dependencia.

Desde 1970, la esperanza de vida se ha incrementado en seis años para las mujeres y en cinco años para los hombres, pero para el año 2050, según las predicciones de Eurostar, la esperanza media de vida para los hombres será de 79,7 años y de 85,1 para las mujeres.

No podemos conformarnos con constatar cuál va a ser la evolución demográfica y reducirlo todo a un problema de sostenibilidad de los sistemas públicos de pensiones.

Importa, y mucho, que esa mayor longevidad se vea acompañada de calidad de vida. La prevención de la dependencia requerirá políticas con sentido participativo y quienes estén incurso en problemas de dependencia deberían tener acceso garantizado a la atención socio-sanitaria.

Es evidente que esas políticas van a requerir un esfuerzo de financiación considerable. Según los expertos comunitarios, el porcentaje de gastos derivados del envejecimiento demográfico (sanidad y asistencia socio-sanitaria) se incrementarán en los próximos años en algunos países hasta cuatro puntos del PIB.

Los responsables de los sistemas de protección social deberán tenerlo en cuenta, más aún en el entorno de crisis que nos ha correspondido vivir.

Si es importante la sostenibilidad económica de los sistemas de atención a la dependencia, no lo es menos velar por la calidad de las prestaciones. Habría que procurar definir objetivos, estándares y procedimientos que salvaguarden o promuevan la calidad asistencial.

Así, en Italia se ha aprobado una Ley Marco que vela por la calidad y por la igualdad de trato de todos los ciudadanos en un sistema muy descentralizado regionalmente. La Ley Marco pretende introducir un sistema armonizado que garantice un nivel mínimo de asistencia.

En Francia se ha aprobado un Plan Nacional, con objetivo de calidad, que comprende la obligación de elaborar una «estrategia del establecimiento» (Hospital de media estancia, Centro de día, Residencia...), especificando para cada centro en qué deben traducirse dichos objetivos.

En Bélgica y Alemania se pone el acento en la cualificación del personal y la calidad de las instalaciones. Cumplir los requerimientos establecidos legalmente es una condición para obtener el reembolso de gastos por parte del sistema de Seguridad Social.

Algunos países también tienen establecidos estándares de calidad para la asistencia a domicilio. En Bélgica se han desarrollado algunos proyectos pilotos y en Dinamarca se ha promovido un sistema de garantía de calidad a nivel local.

Pero realmente ha sido Francia el país que ha establecido con mayor nitidez una normativa sobre servicios a domicilio, cuyo cumplimiento está vigilado por una organización externa a la Administración Pública.

En lo que se refiere a la calidad, vinculada a la cualificación del personal, hay que señalar que este tipo de cuidados, que potencialmente deben absorber mucha mano de obra profesional, registran graves situaciones de escasez en bastantes países de la Unión Europea. Previsiblemente la falta de cuidadores profesionales se va a ver incrementada en los próximos años por el progresivo envejeci-

miento de la población y por la extensión de las enfermedades crónicas y sobre todo por la intensidad asistencial que requieren las personas que sufren enfermedades neuro-degenerativas, que es uno de los problemas centrales para la sanidad europea y para muchas familias.

Entre los países que más se han destacado a la hora de promover programas para formar y contratar personal especializado figura Suecia, cuya experiencia convendría tener en cuenta, por sus buenos resultados.

Los poderes públicos deberían promover una nueva estrategia que haga más atractiva la profesión de cuidador. Ello conlleva revisar la situación de los cuidadores profesionales en concerniente a sus retribuciones, jornada de trabajo, estabilidad de empleo y condiciones laborales en las que prestan sus servicios.

La fatiga laboral en el personal que presta sus servicios en centros e instituciones dedicadas a las personas dependientes y las dificultades añadidas en el caso de la atención a domicilio requieren un profundo análisis y reconsideración.

Las tensiones financieras que viven las Administraciones Públicas no deberían traducirse en recortes que hagan imposible la dotación de recursos humanos para la atención a la dependencia. Es éste un esfuerzo presupuestario que no cabe calificar de carga o gravamen, ya que se traduce en calidad de vida para los ciudadanos que más lo necesitan y en la creación de nuevos puestos de trabajo. La atención a la dependencia es, y lo va a seguir siendo en el futuro, un importante yacimiento de empleo.

Para concluir, conviene formular algunas consideraciones en torno a la racionalización del gasto y para el establecimiento y aplicación de mecanismos de control. Estos mecanismos habrían de orientarse, en todo caso, a lograr la mayor eficiencia posible y un nivel de calidad adecuado.

Algunos ejemplos en este terreno ilustran sobre cuáles son las tendencias que convendría tener presentes. Francia y Portugal establecen las asignaciones financieras en función de planes y objetivos nacionales, en tanto que en Austria, Dinamarca y Luxemburgo el

control tiene un carácter mas descentralizado. Los planes de asistencia individualizada responden a este criterio.

La preocupación por el gasto se ha traducido en acuerdos entre el Estado federal y los Landers en Austria, en tanto que en Italia la Ley Marco, a la que antes hicimos mención, establece pautas para el control de calidad.

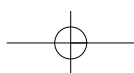
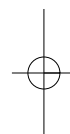
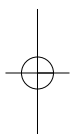
En España, a finales de 2008 aún vivimos un momento casi «constituyente» en cuanto al modelo de financiación y a la calidad de nuestro sistema de atención a la dependencia.

La financiación en base a tres niveles (mínimo, concertado y específico de cada Comunidad Autónoma) se ha mostrado poco adecuada para garantizar el funcionamiento estable de sistema de atención a la dependencia, y por ello se alzan voces a favor de simplificar el modelo, reforzar la aportación del Estado y definir, de una vez por todas, la sensible cuestión del copago.

Otro tanto que decir de los estándares de calidad. Seguimos sin disponer de unos criterios y de unos «ratios» que sean realistas, que no pequen de ambiciosas utopías, pero que tengan en cuenta los niveles de calidad en las prestaciones propias de un Estado de Bienestar propio del siglo XXI.

La experiencia de otros países en materia de Planes Individualizados de Atención (PIA) se ha incorporado a nuestro Derecho positivo, pero de una manera todavía insatisfactoria. El baremo para graduar la dependencia y la lentitud en la tramitación de estos Planes producen preocupación y habrá que buscar soluciones, aunque no sea España ni mucho menos el único país que tiene este tipo de dificultades.

Así pues, la Unión Europea tiene ante sí un importante reto en lo que concierne a la protección y atención social y sanitaria de las personas dependientes. Habrá que trabajar, probablemente utilizando las pautas del método abierto de coordinación, instaurar en el Consejo Europeo de Lisboa (2000), para intercambiar experiencias y avanzar con la mayor cohesión posible en la atención de los mayores y discapacitados dependientes.



3. EL ESTADO DE SALUD DE LAS PERSONAS DEPENDIENTES: PERFIL DE LAS PERSONAS EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA Y PATOLOGÍAS PREVALENTES (1)

Para definir el perfil de la dependencia en España y en base a establecer las medidas y los programas mejor orientados a la promoción del autonomía personal y a la atención necesaria a quienes hayan dejado de tenerla, parece oportuno recordar el concepto de dependencia.

Según el Consejo de Europa, la dependencia es «la necesidad de ayuda o asistencia importante para las actividades de la vida cotidianas», o, de manera más precisa, como «un estado en el que se encuentran las personas que por razones ligadas a la falta o pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual, tienen necesidad de asistencia y/o ayudas importantes a fin de realizar los actos corrientes de la vida diaria y, de modo particular los referentes al cuidado personal».

Esta definición de dependencia contiene, según señala el profesor Jiménez Lara, tres características fundamentales:

- La limitación física, psíquica o intelectual que marca determinadas capacidades de la persona.
- La necesidad de asistencia o cuidado por parte de un tercero.
- La incapacidad para realizar las actividades de la vida diaria.

También recuerda el profesor Jiménez Lara, que suele diferenciarse entre las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) y las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD).

(1) Nota: ver Anexos: cuadro 8. Gráficos 5 al 7.

Por actividades básicas de la vida diaria se entienden las tareas básicas de auto-cuidado, también conocidas como «cuidado personal o de funcionamiento físico». Se definen como aquellas habilidades básicas necesarias para llevar una vida independiente en casa. En esta categoría se incluyen actividades como comer, vestirse y desnudarse, asearse y lavarse, ir al servicio, ducharse o bañarse, acostarse o levantarse, andar con o sin apoyo y poder quedarse solo durante toda la noche.

Por su parte las actividades instrumentales de la vida diaria son más complejas y, en definitiva, requieren un mayor nivel de autonomía personal. Se asocian a tareas que implican la capacidad de tomar decisiones e interacciones más difíciles con el entorno. En este grupo se incluyen tareas domésticas, de movilidad, de administración del hogar y de la propiedad, como poder utilizar el teléfono, acordarse de tomar la medicación, cortarse las uñas, subir escalones, coger transporte público, preparar la comida, comprar lo que se necesita para vivir, realizar actividades domésticas básicas, pasear, ir al médico, hacer trámites administrativos, gestionar el propio dinero, entre otras.

El mismo autor insiste en que la nueva clasificación internacional del funcionamiento, de la discapacidad y de la salud (CIF), aprobado por la OMS, contempla, dentro de las limitaciones en la actividad, algunas cuya consideración es esencial en el caso de la dependencia, como las relacionadas con el cuidado personal (lavarse, vestirse, beber, etc.) con la movilidad y el cambio o mantenimiento de las posiciones del cuerpo (levantarse, sentarse, acostarse, etc.), con la posibilidad de desplazarse en el ámbito doméstico y con la posibilidad de realizar actividades del hogar.

En el Libro Verde de la Dependencia, de la Fundación Astra Zeneca, se indica con razón que la dependencia no se puede circunscribir al colectivo de las personas mayores, aun cuando éstas sean las que con mayor intensidad se ven afectadas. En España hay también miles de personas discapacitadas físicas, psíquicas o sensorialmente que por su falta de autonomía personal han de ser objeto de atención.

Las malformaciones congénitas, los accidentes (laborales, de tráfico, domésticos), las nuevas enfermedades invalidantes (VIH) y el propio concurso de la edad, bajo determinadas circunstancias físicas

y personales, son factores que contribuyen a hacer de la dependencia un problema social de primera magnitud.

Para cuantificar la población dependiente en nuestro país, cabe utilizar fuentes muy diversas, pero una de las más fiables es la *Encuesta sobre discapacidades, deficiencias y estado de salud*, realizada por el Instituto Nacional de Estadística con la colaboración del Imsero y de la Fundación ONCE, cuya fase de toma de datos se realizó en 1999.

Esta *Encuesta* (en lo sucesivo EDDDES), tomó como base la Clasificación Internacional de deficiencias, discapacidades y minusvalías que la Organización Mundial de la Salud aprobó en 1980.

Esta *Encuesta* contempla una serie de limitaciones que dificultan o hacen imposible la actividad normal de las personas que las padecen, poniendo el acento en un estado de actividades básicas agrupadas en diez grandes categorías, que a continuación enumeramos:

1. Ver:
 - 1.1. Percibir cualquier imagen.
 - 1.2. Realizar tareas visuales de conjunto.
 - 1.3. Realizar tareas visuales de detalle.
 - 1.4. Ver en condiciones de iluminación pobres, diferenciar colores, etc.
2. Oír:
 - 2.1. Recibir cualquier sonido.
 - 2.2. Audición de sonidos fuertes.
 - 2.3. Escuchar el habla.
3. Comunicarse:
 - 3.1. Comunicarse a través del habla.
 - 3.2. Comunicarse a través de lenguajes alternativos.
 - 3.3. Comunicarse a través de gestos no signados.
 - 3.4. Comunicarse a través de escritura convencional.
4. Aprender, aplicar conocimientos y desarrollar tareas:
 - 4.1. Reconocer personas y objetos y orientarse.
 - 4.2. Recordar informaciones y episodios.
 - 4.3. Entender y ejecutar órdenes complejas.

5. Desplazarse:
 - 5.1. Cambiar y mantener las posiciones del cuerpo.
 - 5.2. Levantarse y acostarse.
 - 5.3. Desplazarse dentro del hogar.
6. Utilizar brazos y manos:
 - 6.1. Trasladar objetos no muy pesados.
 - 6.2. Utilizar utensilios y herramientas.
 - 6.3. Manipular objetos pequeños con manos y dedos.
7. Desplazarse fuera del hogar:
 - 7.1. Deambular sin medio de transporte.
 - 7.2. Desplazarse en transporte público.
 - 7.3. Conducir vehículo propio.
8. Cuidar de sí mismo:
 - 8.1. Asearse solo y cuidar su aspecto.
 - 8.2. Controlar las necesidades y utilizar solo el servicio.
 - 8.3. Vestirse y desvestirse.
 - 8.4. Comer y beber.
9. Realizar las tareas del hogar (mayores de diez años):
 - 9.1. Hacer compra y controlar los suministros.
 - 9.2. Cuidarse de la comida.
 - 9.3. Limpieza y cuidado de la ropa.
 - 9.4. Limpieza y mantenimiento de la casa.
 - 9.5. Cuidarse del bienestar del resto de la familia.
10. Relacionarse con otras personas:
 - 10.1. Mantener relaciones de cariño con familiares.
 - 10.2. Hacer nuevos amigos y mantener la amistad.
 - 10.3. Relacionarse con compañeros y jefes.

De los menores de seis años, se ha prescindido en esta clasificación, pero se han contemplado por la OMS un conjunto de posibles limitaciones, de acuerdo con las siguientes categorías:

Retrasos importantes para mantenerse sentado o de pie o para empezar a caminar.

- Dificultad importante para ver.
- Ceguera total.
- Dificultades importantes para oír.
- Sordera total.
- Dificultades para mover los brazos, debilidad o rigidez en estos miembros.
- Dificultades para caminar, debilidad o rigidez en las piernas.
- Ataques, rigidez en el cuerpo o pérdida de conocimiento.
- Dificultades para hacer las cosas como los demás niños de su edad.
- Dificultades por ser lento de reflejos o alicaído.
- Dificultades para comprender órdenes sencillas.
- Dificultades para nombrar objetos.
- Hablar con dificultad.
- Otros problemas o enfermedades que precisan cuidados especiales.

A su vez, las deficiencias a las que antes hacíamos mención, estudiadas en la encuesta, se clasifican en ocho grandes categorías:

1. Deficiencias mentales:
 - 1.1. Retraso madurativo.
 - 1.2. Retraso mental profundo y severo.
 - 1.3. Retraso mental moderado.
 - 1.4. Retraso mental leve.
 - 1.5. Demencias.
 - 1.6. Otros trastornos mentales.
2. Deficiencias visuales:
 - 2.1. Ceguera total.
 - 2.2. Mala visión.
3. Deficiencias del oído:
 - 3.1. Sordera prelocutiva.
 - 3.2. Sordera postlocutiva.
 - 3.3. Mala audición.
 - 3.4. Trastorno del equilibrio.

4. Deficiencias del lenguaje, habla y voz:
 - 4.1. Mudez (no por sordera).
 - 4.2. Habla dificultosa o incomprensible.
5. Deficiencias osteo-articulares:
 - 5.1. Cabeza.
 - 5.2. Columna vertebral.
 - 5.3. Extremidades superiores.
 - 5.4. Extremidades inferiores.
6. Deficiencias del sistema nervioso:
 - 6.1. Parálisis de una extremidad superior.
 - 6.2. Parálisis de una extremidad inferior.
 - 6.3. Paraplejía.
 - 6.4. Tetraplejía.
 - 6.5. Trastorno de coordinación de movimientos.
 - 6.6. Otras deficiencias del sistema nervioso.
7. Deficiencias viscerales:
 - 7.1. Aparato respiratorio.
 - 7.2. Aparato cardiovascular.
 - 7.3. Aparato digestivo.
 - 7.4. Aparato genitourinario.
 - 7.5. Sistema endocrino metabólico.
 - 7.6. Sistema hematopoyético y sistema inmunitario.
8. Otras deficiencias:
 - 8.1. Piel.
 - 8.2. Deficiencias múltiples.
 - 8.3. Deficiencias no clasificadas anteriormente.

Además de la Encuesta EDDES hay que destacar por su interés los datos contenidos en la Encuesta Nacional de Salud que elabora el Ministerio de Sanidad y Consumo. En ella se contienen informaciones relevantes a efectos de morbilidad y de utilización de los servicios que ofrece el Sistema Nacional de Salud.

La Encuesta EDDES cifra en 3.528.221 el número de personas con alguna discapacidad o con limitaciones que han causado o pue-

den generar discapacidades, lo que equivale a un 9 por 100 de la población española.

Más del 32 por 100 de las personas mayores de sesenta y cinco años tienen alguna discapacidad, mientras que entre los menores de sesenta y cinco años, no se llega al 5 por 100.

Aunque el aumento de la prevalencia es continuo conforme avanza la edad, a partir de los cincuenta años se acelera el ritmo de forma notable.

Según el profesor Jiménez Lara, la *Encuesta* que comentamos estima en conjunto un número mayor de mujeres que de varones con discapacidad (el 58,3 por 100 de la población con discapacidad son mujeres).

Sin embargo, este porcentaje no se da en todos los grupos de edad. La *Encuesta* muestra un mayor número de varones que de mujeres en las edades jóvenes, mientras que en edades más elevadas se invierte esta tendencia. El punto de inflexión estaría en torno a los cuarenta y cinco años.

Es importante recordar que la esperanza de vida al nacer, calculada en función de los datos manejados por la Encuesta EDDDES, era en 1999 de 75,3 años para los varones y de 82,3 años para las mujeres.

La esperanza de vida libre de enfermedades crónicas (tiempo medio de vida antes de que se diagnostique una enfermedad crónica) es, al nacer, de 40,9 años para los varones y de 37,9 años para las mujeres.

A los cuarenta y cinco años, la esperanza de vida restante libre de enfermedades crónicas es de 10,2 años para los varones y de 8,1 años para las mujeres, y a los sesenta y cinco años de 3,3 años y de 2,8 años para varones y mujeres, respectivamente.

Según la *Encuesta* a la que venimos haciendo mención, un total de 2.300.000 personas aproximadamente tienen dificultades de diverso grado para realizar alguna de las actividades de la vida diaria y 1.500.000 aproximadamente tienen esa dificultad en grado severo o les es totalmente imposible realizar alguna de esas activi-

dades, cifra que habría que corregir al alza en no menos de 100.000 personas para incluir a quienes padecen dependencia y viven en residencias asistidas.

La evolución de la población dependiente está determinada por el proceso de envejecimiento demográfico que vive nuestro país y el conjunto de la Unión Europea.

Al decir de los expertos, a partir de 2012 se producirá un cambio importante. La población seguirá envejeciendo, pero el aumento de las personas entre sesenta y cinco y setenta y cinco años será muy superior al que experimentará el grupo de mayores de setenta y cinco años. Ello se debe a que comenzarán a llegar a la edad de jubilación, generaciones con un número de efectivos muy grande. Son generaciones «BOOMERS» (las del *baby boom*).

Esta evolución habrá que tenerla muy en cuenta para prever a tiempo las infraestructuras y los recursos sanitarios y socio-sanitarios que van a ser precisos.

En parte serán recursos de carácter público, pero también habrá que contar con las familias, que seguirán teniendo un papel importante en el cuidado de las personas a través de lo que se ha dado en llamar «cuidados informales».

Las vicisitudes que viven las familias (menor extensión, mayor movilidad, menor estabilidad) habrán de ser tenidas muy en cuenta por parte de los poderes públicos para ofrecer los apoyos indispensables para las personas dependientes.

Un estudio de M^a Ángeles Durán pone de relieve el importantísimo papel de las mujeres en el desempeño de estos cuidados informales, pero es lo cierto que se va a producir un notable envejecimiento de las mujeres cuidadoras y una no reposición de las mismas, ya que los grupos de mujeres de edad más joven pueden dedicar mucho menos tiempo a actividades en el ámbito del hogar en razón a su actividad laboral.

Se estima que para sustituir el tiempo de trabajo que dedican los cuidadores familiares (principalmente mujeres) a la atención a personas dependientes serían necesarios 600.000 puestos de trabajo.

El apoyo o cuidado familiar, por sí solo, no puede sostenerse a medio. Como señala el profesor Jiménez Lara, concurren razones demográficas (cada vez existen menos mujeres en edades de cuidar a otros y más personas que precisan crecientes cuidados de larga duración. A ello se unen las transformaciones profundas que están viviendo las estructuras familiares, fenómeno al que ya aludimos anteriormente).

Pero volviendo al cambio demográfico y sus efectos sobre la dependencia, un estudio reciente, publicado en la Revista del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales («las personas mayores y las situaciones de dependencia») califica dicho cambio de fenómeno «sin precedentes». Su característica fundamental es la extensión de la mayor esperanza de vida. Algunos hablan de la «democratización de la vejez».

La población de mayor edad (en la que el riesgo de dependencia es mayor), según los datos del último padrón municipal (1 de enero de 2006), ascendía a 7.484.392 personas mayores de sesenta y cinco años.

Los autores del estudio que comentamos (Sancho, Díaz, Castejón y del Barrio) recuerdan que el año 2020 supondrá un hito histórico con más de ocho millones y medio de personas mayores. Y ahí no quedará la cosa, porque, conforme a las proyecciones del Instituto Nacional de Estadística, en 2050 habrá en España 16.387.874 personas, equivalente a casi el 31 por 100 de la población total, porcentaje que incrementan los estudios de Naciones Unidas, con más del 34 por 100 de la población. Sólo Japón e Italia tendrían porcentajes aún mayores.

Si estos datos son importantes, no lo son menos aquellos que nos muestran que las personas mayores alcanzan edades cada vez más elevadas («envejecimiento del envejecimiento»).

En esta cuestión incide el estudio del Ministerio sobre «Personas mayores y situaciones de dependencia», porque la proliferación y el ritmo de estas situaciones es considerablemente mayor conforme se cumplen mas años.

Según el citado estudio, en 2006 había en nuestro país 1.974.323 personas de ochenta y más años, que suponen el 4,4 por 100 de la población total y el 26,4 por 100 de la población mayor.

En 2050 los autores del estudio estiman que este porcentaje alcanzará el 11,1 por 100 de la población total (casi seis millones de personas) y el 36 por 100 de la población mayor.

El fenómeno del envejecimiento alcanza a todo el territorio nacional, pero de modo desigual por Comunidades Autónomas y según el hábitat sea rural o urbano.

En efecto, entre el 22,6 por 100 de Castilla y León y el 12,3 por 100 de Canarias hay un amplio espacio, lo mismo que entre los municipios rurales (11 por 100) y urbanos (71,7 por 100), correspondiendo el 17,3 por 100 a municipios «intermedios».

Como es lógico, los problemas y las soluciones para los mayores dependientes son ostensiblemente distintos y las respuestas organizativas y de infraestructuras precisas muy diferentes.

Finalmente, hay que señalar que son las mujeres quienes alcanzan mayor edad, aunque con frecuencia no con buena calidad de vida, según la Encuesta de Esperanza de Vida libre de discapacidad del Ministerio de Sanidad y Consumo.

Como indicadores más expresivos cabe citar estos tres:

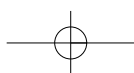
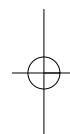
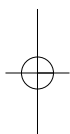
- Nacen 106 niños por cada 100 niñas.
- Por encima de los ochenta y cinco años hay 234 mujeres por cada 100 varones.
- La expectativa de quienes tienen mas de sesenta y cinco años en cuanto a años vividos con pérdidas o limitaciones de autonomía personales de 7,1 año para los hombres y de 10,4 para las mujeres.

Otro tema interesante es qué opinión tienen las personas mayores sobre su estado de salud. En una encuesta del IMSERSO sobre «condiciones de vida de las personas mayores» (2006) se afirma que un 46,5 por 100 de la población mayor cree que su salud es buena. En el caso de los hombres el porcentaje es mayor (54,4 por 100) que en el de las mujeres (40,6 por 100).

Las mujeres que opinan que su salud es mala o muy mala es del 17,5 por 100 frente a los hombres (9,8 por 100).

El interesante estudio del Ministerio de Trabajo también hace referencia a los problemas de salud más habituales entre las personas mayores. Estos son algunos datos.

- El 31 por 100 de los mayores padece problemas osteoarticulares, aunque afectando especialmente a mujeres.
- Las patologías prevalentes entre los hombres son las relativas a corazón y pulmón.
- En cuanto a enfermedades crónicas, casi la mitad de las personas de sesenta y cinco y más años padecen artrosis o problemas reumáticos.
- La hipertensión arterial afecta al 41,3 por 100.
- Mala circulación el 29,3 por 100.
- Colesterol elevado (23,4 por 100).
- Las personas mayores representan el 38,6 por 100 de los ingresos en hospitales.
- El 21,5 por 100 de las personas de más de sesenta y cinco años tienen algún grado de dependencia; de ellos el 14,9 por 100 grandes dependientes, un 29 por 100 dependientes severos y un 56 por 100 moderados.
- El 74 por 100 de la población dependiente está compuesto por mayores de sesenta y cinco años.
- A partir de los sesenta y cinco años el 68,5 por 100 de las personas dependientes son mujeres; a partir de los ochenta años alcanzan el 73 por 100.
- Las personas dependientes padecen una media de cuatro enfermedades, casi el doble que aquellos que tienen vida autónoma.
- La realización de prácticas sedentarias es tres veces mayor entre personas dependientes, aunque ese sedentarismo (siempre perjudicial para el estado de salud) pueden estar vinculados a limitaciones o deficiencias de movilidad.



4. LA PROMOCIÓN DE LA SALUD Y LA LUCHA CONTRA EL RIESGO DE DEPENDENCIA

A pesar de que coloquialmente a la ley que protege a las personas dependientes se la llama «Ley de Dependencia» lo cierto es que su nombre «oficial» comienza por una advocación a la «promoción de la autonomía personal».

La tramitación de la Ley 39/2006 permitió incorporar aquellas enmiendas que, con razón, apostaban por prevenir antes que cuidar dependencias. Exigencia de calidad de vida y de bienestar aconsejaron a los parlamentarios a enfatizar este aspecto, que no tuvo la consideración necesaria en el Proyecto inicial.

A las razones de calidad de vida y de promoción de la salud se unen otras también importantes, como las de gastos sanitario y socio-sanitario.

Es, pues, fundamental que la reciente legislación española sea objeto de desarrollo reglamentario y de dotación presupuestaria adecuada para que la creciente esperanza de vida en nuestro país y el fenómeno del «envejecimiento del envejecimiento» no se traduzca automáticamente en un incremento desmejorado de las situaciones de dependencias.

Otros países han llevado a cabo programas de gran interés de los que valdría tomar nota (Suecia, Reino Unido y USA), así como las propuestas que en nuestro país provienen de las Organizaciones de Mayores (CEOMA, UDP) y del CERMI (Comité Español de representante de las personas con discapacidad).

Sólo así, se ha dicho con razón, puede encarecerse con una visión esperanzadora el futuro de quienes tengan más edad o sufran algu-

na discapacidad. Favorecer la capacidad de decidir por sí mismo en cualquier etapa de la vida es un objetivo social de primer orden.

Recientemente el CERMI ha publicado un importante libro para impulsar esta faceta del problema de la dependencia.

El libro se llama «Las Dimensiones de la Autonomía Personal». En él se recogen algunos datos e informaciones que conviene recordar y que, hoy por hoy, son mandatos incumplidos de la tan traída y llevada Ley de Dependencia.

Así, la citada Ley dice que «el servicio de prevención de la situación de dependencia tiene por finalidad prevenir la aparición o el agravamiento de enfermedades o discapacidades y sus secuelas, mediante el desarrollo coordinado, entre los servicios sociales y de salud, de actuaciones de promoción de condiciones de vida saludable, programas especiales de carácter preventivo y de rehabilitación dirigidos a las personas mayores y personas con discapacidad y a quienes se vean afectados por procesos de hospitalización complejos» (art. 21 LD).

Añade la Ley que El Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia acordará los «criterios, recomendaciones y condiciones mínimas que deban cumplir los Planes de Prevención de las Situaciones de Dependencia que elaboren las Comunidades Autónomas, con especial consideración de los riesgos y actuaciones para las personas mayores» (art. 21 LD). Otros mandatos que se encuentra en el terreno de los compromisos pendientes, salvo alguna expresión puntual.

En efecto, para Ceuta y Melilla, los Planes de Prevención de las situaciones de dependencia y su agravamiento se establecen mediante «programas de prevención de condiciones de vida saludable en general y programas específicos de carácter preventivo y de rehabilitación dirigidos a las personas mayores y con discapacidad, con especial atención a las personas de más edad afectadas por procesos crónicos y complejos» (art. 7, Orden TAS/2445/2007).

En cuanto al servicio de promoción de la autonomía personal, por vía reglamentaria se ha dispuesto (art. 6.1 DPD) que tienen por finalidad «desarrollar y mantener la capacidad personal de contro-

lar, afrontar y tomar decisiones acerca de cómo vivir de acuerdo con las normas y preferencias propias», así como «facilitar la ejecución de las actividades de la vida diaria». En concreto, son: 1) los de asesoramiento, orientación, asistencia y formación en tecnologías de apoyo y adaptaciones que contribuya a facilitar la realización de las actividades de la vida diaria; 2) los de habilitación; 3) los de terapia ocupacional (art. 6.2 DPD).

La intensidad de este servicio se adecuará a las «necesidades personales de promoción de la autonomía, a la infraestructura de los recursos existentes y a las normas que se establezcan por los correspondientes Comunidades Autónomas o Administración que en su caso, tenga la competencia» (art. 6.3 DPD).

Seguimos, pues, pendientes de decisiones y acuerdos que den efectividad a la Ley de Dependencia. En esta situación no está de más recordar los planteamientos que sobre promoción de la salud y prevención de la dependencia se incluyeron en el Libro Blanco que el Gobierno presentó en 2005, esto es, antes de la aprobación de la Ley (finales del 2006).

Según el Libro Blanco, el contenido de estos programas de protección, promoción de la salud y prevención de la dependencia, a juicio de los autores del Libro Blanco, debería ser:

a) Para la población general:

- Promoción de hábitos saludables: ejercicios físico, alimentación, descanso, utilización de medicamentos, etc.
- Medidas preventivas para evitar el consumo de tabaco, el alcoholismo y otras dependencias.
- Detección precoz, control y seguimiento de los factores de riesgo cardiovascular: hipertensión arterial, hipercolesterolemia, diabetes y obesidad.
- Prevención de enfermedades infectocontagiosas. Vacunaciones.
- Detección precoz de proceso neoplásicos.
- Prevención de accidentes.
- Identificación precoz de personas con situaciones de riesgo de exclusión social, violencia doméstica y conductas de riesgo.

b) Para las personas mayores, además de lo anterior, es preciso prevenir la aparición de enfermedades (físicas y mentales) y de sus secuelas, manteniendo el mayor grado de autonomía (por encima de los umbrales de dependencia) que le permita la integración social en su medio gozando de una calidad de vida satisfactoria con unos sistemas adecuados de apoyo.

- Prevención de caídas, mediante la práctica del ejercicio físico, particularmente el entrenamiento del equilibrio y el fortalecimiento muscular, y la revisión del estado de salud, de la medicación psicótropa y del entorno.
- Detección de la demencia, estando alerta ante síntomas de alarma como la pérdida de memoria, deterioro funcional o trastornos del comportamiento, referidos por el paciente o la propia familia.
- Prevención de la malnutrición en el anciano.
- Detección precoz de alteraciones visuales (con especial énfasis en diabéticos y en pacientes con elevación de la presión intraocular o si hay antecedentes familiares de glaucoma) y auditivas.
- Detección de incontinencia urinaria y de alteraciones del ritmo intestinal.
- Prevención del uso inadecuado de la medicación.

c) Para los supuestos de hospitalización:

Potenciar más la movilización y la deambulación precoces, el mantenimiento y la reeducación de los esfínteres, o la conservación de las actividades de la vida diaria.

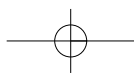
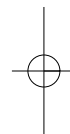
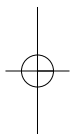
En los Centro de día y Hospitales en los que se deba dar una atención a enfermos dependientes, deben configurarse también responsables de la gestión de estos casos de manera similar a lo mencionado anteriormente. Habría que potenciar el papel de los geriatras en la atención sanitaria a los mayores y en la coordinación con la atención primaria.

d) Para los profesionales:

- Programas de actuación sanitaria aplicables a estos pacientes.

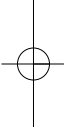
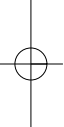
- Programas de formación para llevar a cabo la promoción, prevención, diagnóstico precoz y la valoración de cuidados y el establecimiento de la atención sanitaria a personas con dependencia. Esta formación se adquirirá mediante rotaciones por unidades especializadas, programas específicos dirigidos a estos pacientes, interconsultas, etc.

En un listado de temas que expresa a las claras que hay todavía un largo camino por recorrer. Hoy por hoy los desarrollos reglamentarios de la Ley de Dependencia y dotación económica de estos programas de promoción de la autonomía personal están en unos niveles excesivamente bajos.



5. LA PRESTACIÓN SOCIO-SANITARIA EN ESPAÑA: UN CAMINO ABIERTO, UNA META POR CONSEGUIR

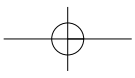
La gran dimensión del cambio demográfico y, en particular el envejecimiento, han abierto un amplio abanico de problemas asistenciales que han incidido simultáneamente en los sistemas sanitarios y en los servicios sociales.

 Durante años las políticas desarrolladas han discurrido por senderos distintos generando ineficacias, solapamientos y gastos concurrentes. Ha fallado con frecuencia una visión integral de la atención de las personas mayores o con discapacidad dependientes. 

Hoy en día, siendo muy necesaria la coordinación entre las distintas Administraciones competentes, se plantea un objetivo de mayor calado: integrar los distintos servicios y garantizar la continuidad entre los distintos niveles asistenciales para atender con eficiencia y calidad a las personas dependientes.

Intentos notables a favor de este objetivo prioritario aparece esbozado en el Libro Blanco, preparado en el Reino Unido, en 1988 por investigadores de la London School of Economics, y los mandatos de la Ley del Seguro de Dependencia de la República Federal de Alemania (1995).

En pos de este objetivo integrador trabajaron también los redactores del Informe de la Comisión Abril (1991), los que lanzaron el Plan Gerontológico Nacional a partir de 1993, y quienes impulsaron en el Congreso de los Diputados otras iniciativas similares, sobre todo el Plan de Acción para las personas mayores y la Ley de Igualdad de Oportunidades, no discriminación y accesibilidad universal (2003).



Estos pasos, más firmes unos que otros, se han visto acompañados de iniciativas interesantes de la Comunidades Autónomas. Han sido iniciativas muy dispersas, pero todas ellas respondían a la misma voluntad de mejorar la atención a mayores y discapacitados dependientes.

Ejemplos de ello han sido:

- El Programa «Vida a los Años» (Cataluña, 1986).
- El Plan Palet (Valencia, 1995).
- El Plan de Atención a Personas Mayores de Castilla y León (1998).
- Otros Planes de Salud para Mayores de prácticamente todas las Comunidades Autónomas.

Sin embargo, fue en el año 2000 cuando se aprueba la primera Ley Autonómica sobre dependencia. Fue en Cantabria luego, Asturias, Extremadura y la Comunidad Valenciana siguieron un camino muy parecido.

Estos precedentes son otras tantas experiencias que podrían ser muy útiles a la hora de desarrollar la Ley de Dependencia 39/2006.

Lamentablemente, esta Ley, que reconoce de modo potente el principio de atención integral y la articulación de la coordinación socio-sanitaria, no ha bajado de los planteamientos generales, y, si hace algo, es remitir la coordinación socio-sanitaria y social a las Comunidades Autónomas. Se elude un planteamiento a nivel nacional, lo que favorece el riesgo de ineficacia y la desigualdad entre ciudadanos.

Es cierto que en el plano autonómico esto es indispensable. Es cierto que algunas Comunidades Autónomas han establecido algunos órganos de coordinación socio-sanitaria (Murcia, Extremadura, Castilla y León...). También es verdad que en algunas Comunidades Autónomas se están creando Consejerías que, al mismo tiempo, lo son de Sanidad y Asuntos Sociales (Extremadura, Castilla La Mancha).

Pero no lo es menos que en la actualidad no hay una coordinación socio-sanitaria a nivel estatal. No hay un órgano integrador que

impulse estas políticas y que optimice los recursos e infraestructuras, siempre escasos, en beneficio de todos los ciudadanos.

Con ocasión de la discusión parlamentaria de Ley de Dependencia se propuso que el Consejo Territorial, del que forman parte las Comunidades Autónomas, contara con el doble liderazgo de los Ministerios de Sanidad y de Trabajo y Asuntos Sociales (hoy Ministerio de Educación, Política Social y Deporte). Pero el Gobierno no aceptó esta propuesta.

En todo caso, hay que advertir que la coordinación sociosanitaria no es sólo una cuestión de leyes. Lo es, y de modo fundamental, de cambio de «cultura administrativa». Sin ese cambio cultural seguiremos sin conseguir los niveles de eficacia, eficiencia y calidad que, si siempre son necesarios, todavía lo son más cuando se trata de atender a personas que requieren una atención especializada y de amplio espectro.

Sin embargo no somos un caso excepcional en Europa, hasta el punto que expertos comunitarios como la Sra. Del PEREE, gerontóloga y jurista, muestran su escepticismo y sus dudas sobre si la Unión Europea algún día tendrá suficiente poder para establecer y mantener una verdadera asistencia socio-sanitaria y si ese poder lo ejercerá con capacidad de actuar con coherencia y con suficiente respaldo financiero.

Si la situación es lamentable, en España, si cabe, lo es aun más, porque en términos jurídicos, nuestro legislador ha querido ir más lejos de la coordinación y ha reconocido en diversas normas la existencia de una prestación sociosanitaria que, como es obvio, favorece, si es que no obliga a la coordinación entre las Administraciones Sanitarias y de Servicios Sociales. En efecto, nuestro legislador, a pesar de los problemas expuestos, ha sido previsor y ya en la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud, aprobada en 2005, anunció un desarrollo reglamentario de esta prestación socio-sanitaria fijando sus confines y sus contenidos.

Pero el anuncio quedó en anuncio.

Luego la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud (2003) volvió a mandar al Gobierno la articulación de esta

prestación dirigida, en principio, a crónicos y a rehabilitación funcional.

Pero pasó el tiempo y no hubo nada. En 2006, la Ley de Dependencia, pese a las enmiendas al Proyecto inicial, no dio cabida a esta regulación. Sólo en el Senado prosperó todo un texto normativo que, de haberse aprobado, habría abierto un horizonte nuevo, más despejado a los pacientes, a sus familias, a los profesionales sanitarios y a los responsables políticos en las distintas Administraciones.

El Real Decreto de octubre de 2006, por el que se aprueba la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud, actualizando la de 1995, pudo ser otra ocasión para que se cubriera este déficit asistencial, pero sorprendentemente el nuevo Real Decreto se remite al Real Decreto de 1995, que, como ya dijimos, nunca fue desarrollado.

Sorprende aún más este hecho, si tenemos en cuenta que en el Ministerio de Sanidad uno de los grupos de trabajo que prepararon el borrador del Real Decreto de 2006 tenía como cometido regular la prestación socio-sanitaria, pero dicho grupo careció de actividad y, por tanto, tampoco hubo resultados, pese a la importancia de tal prestación para mayores y discapacitados dependientes y sus familias.

No está de más recordar aquí que el Defensor del Pueblo, en el Informe Anual correspondiente a 2004, manifestaba que «la atención socio-sanitaria requiere para lograr afectividad, solucionar una serie de problemas u obstáculos; en primer lugar, las diferencias estructurales entre el Sistema Sanitario y los Servicios Sociales en lo que se refiere al derecho de acceso, a los recursos disponibles y a la imagen social».

«De manera más concreta», sigue diciendo, «se trata de potenciar los servicios sociales y de reforzar determinados servicios sanitarios dentro de un continuo asistencial». «Los servicios sociales», conforme al mencionado Informe Anual, «hoy por hoy son un sistema subsidiario del papel asistencial de la familia, lo que sucede en mucha menor medida en el sistema sanitario». «Se trata de superar los recelos que emergen de culturas profesionales diferentes». Estos obstáculos, a juicio del Defensor del Pueblo, «bajo un contexto de ausencia de una política integral, generan efectos de derivación

entre sistemas que terminan aumentando la carga de trabajo de las familias cuidadoras».

Tales consideraciones le llevan a plantear la necesidad de «crear un espacio común profesional y asistencial, con protocolos comunes para hacer frente a las necesidades nuevas de la dependencias, así como ir convalidando un estilo de trabajo asistencial interdisciplinar ya desarrollado de manera experimental durante los últimos años de esta década».

En esa misma orientación abundan también las propuestas y las reflexiones de los expertos. Recientemente, el CERMI difundía un Informe sobre esta cuestión y recogía, entre otras, las opiniones de Zabarte y Jiménez, según los cuales, «un aspecto especialmente importante es la coordinación de la atención, tanto primaria como especializada, con los centros residenciales en los que viven personas en situación de dependencia, tema en el que aunque se ha progresado, la situación sigue siendo deficitaria».

Ante este panorama tan poco alentador, no es de extrañar que las Organizaciones representativas de las Personas Mayores (CEOMA, UDP) y de las personas con discapacidad (CERMI) reclamen el desarrollo reglamentario de las leyes de Dependencia (2006) y de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud (2003), en cuanto a la prestación siciosanitaria sin conformarse con algunas iniciativas puntuales de algunas Comunidades Autónomas.

Con un encomiable sentido de crítica constructora, el CERMI hacía público en junio de 2008 un borrador de Real Decreto, cartera de servicios incluida, proponiendo una muy acertada regulación de la prestación socio-sanitaria.

Como Anexo de esta publicación hemos incluido este borrador del Real Decreto, que esperamos pueda merecer una consideración positiva por parte de los poderes públicos.

En el borrador del CERMI se definen las características básicas que ha de tener la prestación socio-sanitaria en el ámbito sanitario (priorización del enfoque preventivo, garantía de derechos de los usuarios, orientación a las necesidades individuales, primacía del mantenimiento del usuario en su entorno y enfoque integral); se

identifican las personas susceptibles de atención socio-sanitaria en el ámbito sanitario (personas que, ante un proceso patológico, requieran una atención sanitaria en la que sea importante la coordinación con los dispositivos sociales para aumentar su autonomía personal, paliar sus limitaciones, atenuar su sufrimiento y favorecer su inserción social); se establece el contenido básico de la cartera de servicios de atención socio-sanitaria en el ámbito sanitario y se detallan las actuaciones de atención socio-sanitaria que se prestarán en el ámbito de atención primaria de salud y en el de atención especializada.

Este borrador de Real Decreto hunde sus raíces en las orientaciones del Libro Blanco de la Dependencia, y lo hace con prudencia y realismo.

¿Que plantea el Libro Blanco? Creo que es útil recordarlo. En primer lugar, son principios fundamentales de la atención socio-sanitaria:

- El mantenimiento de la persona en su entorno habitual.
- La intervención conjunta de los servicios sociales y los sanitarios.
- Los cuidados a domicilio, como eje vertebrador del modelo.
- La participación de la persona como usuario y, en su caso, de su familia o del cuidador principal en el proceso de toma de decisiones y en la atención.
- La promoción y articulación de los mecanismos necesarios para proporcionar apoyo a los cuidadores.
- La valoración integral y continuada del usuario y de su entorno a lo largo de todo el proceso de atención.
- La disponibilidad de instrumentos compartidos de valoración del usuario y de su entorno, que faciliten la planificación de los cuidados y la provisión de los servicios.

También señala el Libro Blanco que es necesario garantizar la provisión integrada y no solo coordinada de estos servicios y ello debe realizarse a varios niveles:

- a) Entre los servicios sanitarios y los servicios sociales.
- b) Entre los diversos servicios de un mismo sistema.

- c) Entre los servicios profesionales, sociales y sanitarios, y el sistema de apoyo informal
- d) Entre las diferentes administraciones públicas: General del Estado, Autonómicas y locales.

El Informe de la Comisión Abril (1991) y el Acuerdo del Congreso de los Diputados para la consolidación y modernización del Sistema Nacional de Salud de 1997, insta al Gobierno a «instrumentar alternativas para la asistencia socio-sanitaria», lo que, a su vez, se tradujo en la constitución de un Grupo de Trabajo mixto Sanidad e IMSERSO.

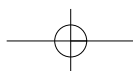
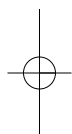
Este grupo de trabajo puso el acento en los siguientes temas:

- Usuarios socio-sanitarios.
- Prestaciones socio-sanitarias.
- Sistemas de información y clasificación de usuarios.
- Coordinación socio-sanitaria.
- Financiación de la atención socio-sanitaria.

Fue luego la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud la que se ocupó del tema en su art. 14. Como ya dijimos antes, esta Ley define la prestación socio-sanitaria como «la atención que comprende el conjunto de cuidados destinados a aquellos enfermos, generalmente crónicos, que por sus especiales características pueden beneficiarse de la actuación simultánea y sinérgica de los servicios sanitarios y sociales para aumentar su autonomía, paliar sus limitaciones o sufrimientos y facilitar su reinserción social».

Pese a lo prometedor de esta Ley, luego, según vimos, la Ley de Dependencia ha eludido considerablemente este tema. Para los mayores y discapacitados dependientes y sus familiares es motivo de decepción y para el Sistema de Atención es la Dependencia una debilidad estratégica.

En los Anexos se incluye una detallada relación de documentos internacionales y nacionales sobre atención sanitaria, que nos ayudarán a conocer mejor el problema, a dimensionarlo y a buscar entre todas las soluciones a este problema.



6. LA LEGISLACIÓN SANITARIA ESPAÑOLA Y LA LEY DE DEPENDENCIA: PUNTOS CRÍTICOS Y CUESTIONES PENDIENTES

Nadie duda de la alta calidad de nuestro Sistema Nacional de Salud, que la propia OMS ha reconocido en términos elogiosos, pero nadie puede desconocer que dicho Sistema sufre una presión asistencial cada vez mayor y su financiación se hace cada día más difícil.

A ello se une una insuficiencia notoria en cuanto a profesionales, sobre todo en determinadas especialidades, algunas de ellas de singular importancia para las personas dependientes.

En relación a este punto, en el reciente Congreso Español de Derecho Sanitario (octubre 2008), se pedían mayores esfuerzos y medidas ante la alarmante escasez de estos profesionales. Los Ministerios de Sanidad y de Educación deben aunar sus iniciativas y plantearse un verdadero «plan de choque».

Es notorio que todos los veranos, el sector de la discapacidad y la tercera edad viven momentos críticos por la falta de médicos y de enfermeras en las residencias y centros de día. Es un problema muy grave al que hasta hoy no se están poniendo soluciones efectivas.

En octubre de 2008 el Senado, sensible a este grave problema, aun mayor si cabe para la población dependiente, ha acordado constituir una Subcomisión para abordar la falta de recursos humanos en la sanidad española. Veremos cuáles son sus propuestas, pero parece evidente que se debería aumentar la capacidad de nuestro sistema formativo para generar mayor volumen de profesionales de enfermería, al igual que se deben incrementar las plazas para médi-

cos especialistas en geriatría, que actualmente son muy reducidas, sin perjuicios de afrontar las necesidades existentes en el nivel de la Atención Primaria.

Las asociaciones sanitarias y los sectores profesionales aseguran que es necesario reforzar los medios para mejorar la prevención, la atención del paciente, la coordinación entre los diferentes niveles asistenciales y atender las opiniones y necesidades de cuidadores y familiares.

En opinión de los expertos sanitarios, los cuidadores profesionales y también los familiares se enfrentan diariamente a la ausencia de información sobre los recursos disponibles, además de a factores de estrés emocional, ansiedad, soledad y falta de apoyo social.

Otras críticas a la dimensión sanitaria de la dependencia proceden de las Asociaciones de Pacientes. Señalan algunas de ellas que la Ley de Dependencia no pasa de ser «una declaración de intenciones que habrá que comprobar si está dotada económicamente de manera adecuada (muchos Consejeros autonómicos de Salud ya han afirmado que no)». También señalan que falta mucho por hacer en favor de los cuidadores; faltan mayores facilidades en todos los ámbitos de su vida laboral o familiar.

La falta de fondos para el desarrollo de la Ley de Dependencia y los inconvenientes derivados de la fragmentación y desigualdad que implica el Estado de las Autonomías, han marcado la decepción de muchas familias, que no ven llegar nunca las famosas prestaciones. Del millón largo de personas dependientes (1.125.190, según los datos del INE), a fecha de hoy tan sólo 345.000 han conseguido algún tipo de prestación; por cierto, con frecuencia ayudas económicas, pero no servicios de apoyo ni prestaciones de contenido socio-sanitario.

El grave problema de insuficiente financiación sanitaria, reconocido en la Conferencia de Presidentes Autonómicos de septiembre de 2005, sigue sin resolverse, pese a que el gasto sanitario se incrementa como consecuencia del envejecimiento de la población y el aumento en el número de población cubierta por el sistema público sanitario (seis millones de personas más).

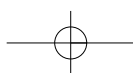
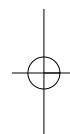
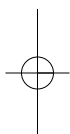
Ademas, la financiación de la dependencia y de su atención asistencial está situada muy por debajo de las previsiones iniciales, a lo que hay que añadir que el volumen de personas dependientes es mayor que lo que estimó inicialmente el Gobierno.

Asi, se prevé que los 871 millones de euros que el Gobierno aporta en el ejercicio de 2008 no seran suficientes. Desde varias Comunidades Autónomas se considera que debería ser el triple para ser completamente eficaz y cubrir todas las necesidades.

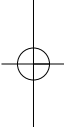
En definitiva, los pacientes que, ademas padecen dependencia, se enfrentan a nuevos retrasos y carencias.

En los Anexos se recoge información sobre el empleo profesional e informal que sería necesario crear para la atención a la dependencia, el volumen que representan cada una de las formas y modalidades de atención, las características y perfiles de los cuidadores y algunos otros datos más.

Quiza lo más relevante sea decir que los profesionales necesarios no bajaran de los 300.000, aunque hay estimaciones que se acercan a los 600.000, si bien con niveles y cualificaciones diferentes y con una distribución entre instituciones y centros sanitarios y sociosanitarios muy desigual, segun las características de la población (más o menos dispersa, urbana o rural, insular o no) y de las especialidades médicas.



7. LOS CUIDADORES PROFESIONALES Y EL CUIDADOR FAMILIAR (1)



Cuando hablamos acerca de la necesidad de cuidados de larga duración, habitualmente se ha venido poniendo el acento en las respuestas que, en forma de servicios formales, se ofrecen desde las Administraciones Públicas o desde la iniciativa social. Sin embargo, la inmensa mayoría de las personas que los necesitan reciben los cuidados a través del sistema informal de atención y, dentro de éste, de la familia, con un peso abrumador sobre las mujeres.

Poner de manera desproporcionada el énfasis en los sistemas de cuidados formales (sociales y sanitarios) no debería ni mucho menos dejar en la sombra y en la invisibilidad a los cuidadores y cuidadoras familiares, que han sido hasta hace muy poco tiempo los grandes olvidados.

Ambos cuidadores, profesionales y familiares, son indispensables y se complementan con una intensidad mayor o menor en función del desarrollo de los esquemas públicos protectores y de la existencia o no de un círculo familiar estable y con posibilidad de conciliar los cuidados con su vida profesional y personal.

El aspecto esencial es, pues, situar a los cuidadores y cuidadoras en sus dimensiones justas y defender la necesidad de que en las iniciativas políticas que se anuncian se tengan en cuenta las necesidades, todavía sin resolver, que la familia tiene para continuar ofreciendo apoyo y atención a sus miembros en situación de dependencia. Este es un objetivo de primer orden en el que insisten la OMS y Naciones Unidas.

(1) Nota: ver Anexos: cuadros 19 al 22. Gráficos 13 y 14.



Porque los cuidados que las personas necesitan durante la infancia en proceso de discapacidad, enfermedad crónica y durante la vejez, no han estado previstos en los modelos clásicos de protección social existentes en el mundo, salvo excepciones como la de los Países Escandinavos o los Países Bajos.

En la actualidad, el reparto de bienestar entre familia y Estado continúa penalizando a las mujeres, y las reformas que se han ido produciendo no tienen la dimensión que se precisaría para ajustarlas a las nuevas necesidades.

Aunque en la actualidad en los países más desarrollados se están tomando medidas para corregir esta laguna de protección, lo cierto es que continúa siendo abrumadoramente predominante el modelo que ha sido y es el tradicional en la mayor parte del mundo y, dentro de Europa, en los países mediterráneos y, por ende, también en España. Con la salvedad hecha de que en los europeos los poderes públicos garantizan de manera generalizada prestaciones sanitarias y pensiones, en todos ellos se restringe el ámbito protector relacionado con los cuidados de larga duración (asistencia social o servicios sociales) a aquellas situaciones de desamparo económico, social y relacional.

La familia en general y otros allegados, cuando aquélla no existe o se desentiende de su tarea de cuidar, han sido tradicionalmente los llamados a atender a las personas con discapacidad o a las de edad avanzada de su entorno próximo. Y sólo en los casos de personas sin familia, sin rentas y en flagrante abandono intervenían las instituciones benéficas de la Iglesia o del Estado para ofrecer una atención en residencias.

El panorama ha cambiado en España radicalmente en lo que se refiere a la situación económica de las personas mayores, pues ya no existe ninguna que no tenga derecho a una pensión pública al cumplir los sesenta y cinco años, con independencia de que haya cotizado o no suficientemente a la Seguridad Social. Otra cosa es la suficiencia de las personas y el insuficiente desarrollo producido en servicios sociales para atender a las personas que lo precisan.

Dentro de la Unión Europea, España, donde la familia es la máxima proveedora de atención y cuidados a todos sus miembros

que los precisan, es el último de los quince (composición de la UE hasta mediados de 2004) en gasto social de apoyo familiar, en porcentaje de los respectivos PIB.

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

Por eso, una de las preocupaciones más frecuentes de la intervención social en las sociedades contemporáneas, cuando trata de la atención y cuidado de las personas dependientes, es la que se refiere al denominado «apoyo informal».

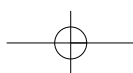
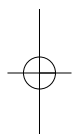
En conclusión, el sistema español de protección social en lo que atañe a los cuidados de larga duración, precisa ser perfeccionado y ampliado, porque no es que no existan medidas de apoyo a quienes los precisan, pero estas requieren una profunda reconsideración.

La legislación aplicable tiene que revisarse para contemplar mejor los cambios demográficos, culturales, laborales, familiares y sociales y ser capaz de ofrecer un modelo flexible, potente y adecuado a un fenómeno que va a ser cada día más importante y, por tanto, va a requerir un lugar muy relevante en la agenda social de los países desarrollados.

En los Anexos ofrecemos información sobre las personas que dispersan los cuidados, según el grado de parentesco o que tengan una relación profesional con la persona atendida, así como la tipología de cuidados.

Igualmente recogemos el perfil de los cuidadores, poniendo el acento en datos como el género, la edad, el estado civil, el nivel de estudios y su situación laboral.

Asimismo se ofrecen datos sobre instituciones o profesionales que colaboran con los cuidadores familiares.



8. INFRAESTRUCTURAS Y RECURSOS ECONÓMICOS Y NUEVAS TECNOLOGÍAS PARA LA ATENCIÓN EN LAS PERSONAS DEPENDIENTES (1)

1. INFRAESTRUCTURAS Y RECURSOS ECONÓMICOS

En capítulos anteriores ya nos hemos referido a algunos problemas derivados de insuficientes infraestructuras.

Para conocer mejor la situación se recogen datos básicos en los Anexos de esta publicación, tanto los correspondientes a entidades privadas (concertadas o no) como las públicas. Residencias, Centros de Día, Ayuda a Domicilio y Tele-asistencia, son las infraestructuras fundamentales.

Dimensionarlas, financiarlas y mantenerlas es un reto no exento de dificultades por insuficiencias presupuestarias y por una deficiente planificación.

Las inversiones hoy no están planificadas con carácter general ni a medio plazo. El Ministerio competente intenta incluirlas en los convenios con las Comunidades Autónomas, dedicados a financiar la dependencia, lo que merece habitualmente rechazo porque esto va en detrimento de dotaciones que tiene por objeto financiar servicios y prestaciones.

En todo caso, en España destaca, junto a otros problemas, la carencia notoria de Centros de Día, tan importantes para conciliar vida laboral y familiar. La insuficiencia de infraestructuras se está tratando de «camuflar» con prestaciones económicas que, si bien

(1) Nota: ver Anexos: cuadros 11 al 28. Gráficos 10 al 12.

son importantes para las familias, no resuelven el problema de fondo: dar servicios en centros e instituciones con calidad asistencial y en número suficiente.

Alguna Comunidad Autónoma (Andalucía) ha hecho una clara apuesta por las prestaciones económicas, lo que ha generado críticas.

A modo de recordatorio se describen los servicios relativos a atención domiciliaria, centros de atención diurna, centros residenciales, centros de especialidades y de referencia.

Servicios de atención domiciliaria

Se distinguen los siguientes:

Asistencia sanitaria en el domicilio: Es un servicio dirigido a toda la población que, desde los centros sanitarios de atención primaria, presta los cuidados de salud integrales y en su domicilio a las personas con necesidades sanitarias y a sus familias, con el propósito de promover, mantener y restaurar la salud o, en su caso, minimizar el efecto de la enfermedad o la discapacidad.

En algunas Comunidades se han formado unos denominados *equipos de apoyo de atención domiciliaria*, unas veces dependiendo de Atención Primaria y otras de diferentes entidades, pero en íntima relación con la Atención Primaria de Salud; estos equipos dan soporte en casos asistenciales complejos, sirviendo con frecuencia de enlace preferente con los recursos hospitalarios.

Dentro de este apartado debe contemplarse el servicio de *Rehabilitación de mantenimiento*, servicio que comprende un conjunto de actuaciones profesionales y no profesionales tendentes, por una parte, a evitar el deterioro funcional de la persona y, por otra, a mejorar su autonomía personal, mediante el entrenamiento de las actividades de la vida diaria.

Hospitalización a domicilio: Es un recurso que presta atención en el domicilio, desde el hospital de referencia, a determinados usuarios que requieren un cuidado sanitario que, de no existir, pre-

cisarían de una estancia hospitalaria, durante un tiempo limitado y siempre bajo la supervisión y el apoyo de profesionales sanitarios; esta modalidad de atención produce una menor distorsión en la vida del paciente y en la de su familia o cuidadores, proporcionando una atención más cercana.

Servicios y/o Centros de atención diurna

Están constituidos por centros generales y/o específicos que ofrecen una atención integral durante el día a aquellas personas que por sus discapacidades y con la finalidad de permanecer en su entorno habitual, precisan mejorar o mantener su nivel de autonomía; estos centros proporcionan al mismo tiempo un apoyo al cuidador principal; estos centros se caracterizan además por ser una estructura funcional compensatoria del hogar y una alternativa al ingreso de la persona con discapacidad en un centro residencial.

Los centros de atención diurna más significativos son el Hospital de Día del Centro de Día, el Centro Ocupacional y los Centros y Servicios de rehabilitación.

Hospital de Día: Centro exclusivamente sanitario con la funcionalidad de dar un tratamiento puntual, limitado en el tiempo, a un paciente que necesita de unos cuidados y/o supervisión con frecuencia menor a la que se presta en una unidad de internamiento hospitalario, evitando de esta manera una estancia hospitalaria de 24 horas; también suelen ser empleados como recursos de evaluación y diagnóstico.

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

Su objetivo general es favorecer unas condiciones de vida dignas entre las personas usuarias del centro y sus familiares, facilitando la continuidad en sus modos de vida y el logro de un mayor nivel de autonomía.

Significar la existencia de unidades de *estancias diurnas* en centros residenciales que ofrecen diversos servicios de atención social, de atención a la salud psicofísica y de socialización y participación.

Centro ocupacional: Este tipo de centro tiene como finalidad asegurar los servicios de terapia ocupacional y de ajuste personal y social a las personas con discapacidad y enfermos mentales cuya acusada discapacidad temporal o permanente les impida su integración en una empresa o Centro Especial de Empleo. La importancia de este tipo de centros estriba en el destacado papel que juegan en la normalización de determinadas personas con discapacidad física o intelectual, así como en enfermos mentales.

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

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

Centros Residenciales

Existen de diversa tipología por su naturaleza y finalidad:

Unidad de media estancia: También denominada *Unidad de Convalecencia y/o de Rehabilitación*, forma parte de un modelo asistencial destinado a la mejora funcional, a la prevención del deterioro o de la discapacidad y a la recuperación de los procesos derivados de una enfermedad reciente.

Estas unidades pueden estar ubicadas en hospitales de agudos o fuera de ellos y pueden dar respuesta a gran parte de las demandas que se generan en los hospitales de agudos para la provisión de cuidados continuos.

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

Centros residenciales: Son centros en los que viven de forma definitiva o temporal personas con distinto nivel de dependencia y en los que se presta una atención integral con el objetivo de mantener o mejorar la autonomía personal, atender a sus necesidades básicas de salud y facilitar su integración y participación social en el medio.

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

Los centros residenciales ofrecen con frecuencia programas de *estancia temporal*, que consisten en la permanencia de la persona en el centro durante un período de tiempo limitado en atención a circunstancias excepcionales del cuidador principal o del propio usuario.

Otros alojamientos alternativos: La prestación de alojamiento alternativo puede definirse como el conjunto de actuaciones que se realizan desde el ámbito de los servicios sociales para conseguir que una persona en situación de necesidad cuente con un marco estable para el desarrollo de la convivencia.

Presentados bajo la denominación de mini-residencias, viviendas tuteladas, viviendas protegidas o casas hogar, cumplen con la finalidad de contribuir a mantener las capacidades funcionales del usuario, proporcionando un apoyo social básico; los servicios fundamentales que ofrecen son los de alojamiento, relación y convivencia.

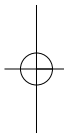
Centros de recuperación profesional: Son establecimientos que disponen de un conjunto idóneo de instalaciones y de profesionales para facilitar la integración sociolaboral de las personas con discapacidad.

Centros de Especialidades y de Referencia

Son centros que cumplen una doble misión. Por un lado son centros de atención directa a personas con un tipo específico de problemática; por otro son centros de referencia estatal para la promoción y apoyo técnico a otros recursos del sector.

En tanto que centros de referencia estatal dedicados a promocionar recursos (servicios, equipamientos, métodos y técnicas de información, etc.) suelen desarrollar servicios de información y documentación, de investigación, de formación de especialistas, de consultoría y asistencia técnica.

2. RECURSOS ECONÓMICOS



En cuanto al capítulo de recursos económicos, conviene examinar los datos sobre gastos y financiación del Sistema de Atención a la Dependencia. Los Anexos reflejan la evolución que se está produciendo, pero lo importante es señalar que, según la memoria económica de la Ley de Dependencia, serán necesarios 24.000 millones de euros para 2015, a esta cifra se llegará por tramos desde 2007 y con cofinanciación de las Comunidades Autónomas.

Los primeros pasos en la aplicación de la Ley evidencian que las previsiones se han quedado muy por debajo de la realidad (número de personas dependientes, dependencias por causas psíquicas, coste de las infraestructuras...).

Por eso la revisión de la Ley y probablemente del modelo de financiación se han convertido en demandas casi unánimes a las que el Gobierno deberá dar respuesta adecuada.

3. NUEVAS TECNOLOGÍAS Y APOYO A LA DEPENDENCIA

La demanda y utilización de tecnología en relación con personas con diversos grados de dependencia crece a un ritmo importante en consonancia con una sociedad tecnificada y global.



A este respecto, podemos distinguir tres aspectos en la tecnología:

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

1º Tecnología del mercado general con diseño para todos

El Diseño Universal o Diseño para todos implica el proceso de crear servicios, productos y sistemas que puedan ser utilizados en el mercado general por el mayor número de personas, incluyendo personas con limitaciones. Supone ampliar el concepto de «consumidor estándar» y pensar en una diversidad de potenciales usuarios con situaciones cambiantes a lo largo de la vida. Un diseño pensado para las personas que tienen mayores dificultades lleva generalmente a un diseño que es bueno y adecuado para todos. Pensemos, por ejemplo, en las ventajas de movilidad que ofrecen los autobuses de piso bajo, en cómo se nos facilita la orientación y la señalización por colores, en la comodidad al manipular un pulsador de la luz adecuadamente diseñado, en la prevención de caídas cuando existen pavimentos no deslizantes, o en un mobiliario ergonómico que facilita la posición correcta y los cambios posturales.

Un buen diseño y una accesibilidad integral son, en definitiva, elementos clave para favorecer el bienestar de todas las personas, incluyendo a quienes presentan limitaciones o situación de dependencia. Se ha definido el diseño universal como: «El diseño de productos y entornos aptos para el uso del mayor número de personas sin necesidad de adaptaciones ni de un diseño especializado» (Universidad de Carolina del Norte, EEUU).

2º Entornos adaptables

La adaptabilidad implica que, desde los procesos de fabricación o construcción, se considere la posibilidad de requerir futuras adaptaciones, y que éstas se puedan hacer con poco esfuerzo y coste reducido.

3º Tecnología de apoyo o tecnología de la rehabilitación

La tecnología específica para mejorar la calidad de vida de personas con limitaciones se denomina tecnología de la rehabilitación o de apoyo.

Existen en el mercado nacional diversidad de productos, sistemas o servicios para dar respuesta específica a personas con limitaciones sensoriales, motóricas, cognitivas o de orientación. Estos productos se conocen como ayudas técnicas y conforman la tecnología de la rehabilitación. Incluyen productos tan diversos como sillas de ruedas, grúas, adaptaciones para el baño, comunicadores, cubiertos adaptados, pastilleros, mobiliario geriátrico, etc.

La relación entre diseño para todos, adaptabilidad y ayudas técnicas es muy estrecha. Unos mercados influyen en otros, y junto con una accesibilidad integral permiten rentabilizar recursos y ofrecer mejoras en la calidad de la atención. Toda la tecnología, general, adaptable o específica, junto con el apoyo humano, puede posibilitar o al menos facilitar las tareas diarias, buscando la mejor solución posible.

Una ayuda técnica se define como «cualquier producto, instrumento, servicio o sistema técnico, utilizado por personas con discapacidad, fabricado especialmente o disponible en el mercado para prevenir, compensar, mitigar o neutralizar la deficiencia, discapacidad o minusvalía». UNE-EN ISO 999.

Esta Norma Técnica clasifica las ayudas técnicas en:

- Ayudas para la terapia y el entrenamiento.
- Órtesis y prótesis.
- Ayudas para el cuidado y la protección personal.
- Ayudas para la movilidad personal.
- Ayudas para las actividades domésticas.
- Mobiliario y adaptaciones para las viviendas otros inmuebles.
- Ayudas para la comunicación, la información y la señalización.
- Ayudas para el manejo de bienes y productos.
- Ayudas y equipos para mejorar el ambiente, maquinarias y herramientas.
- Ayudas para el ocio y tiempo libre.

Esta clasificación analítica por niveles es aceptada a escala mundial y sirve para realizar catálogos, bases de datos, investigaciones, etc.

Las ayudas técnicas se introdujeron inicialmente de la mano del personal sanitario en el campo de la rehabilitación médica. Con el desarrollo del concepto de autonomía, las ayudas técnicas se fueron adecuando a otros ambientes más cotidianos y generales: transporte, ocio, autocuidado, etc. En este sentido podemos decir que las ayudas técnicas han evolucionado en cuanto a su conceptualización:

- De equipos relacionados con la salud a herramientas para la vida.
- De productos médicos a bienes de consumo general.
- De elecciones por el profesional a elecciones por el usuario
- Del estatus de pacientes al estatus de consumidor.
- De prescripciones a recomendaciones.

Los agentes del mercado de la tecnología de la rehabilitación conforman un grupo muy heterogéneo de profesionales de distintos campos. De entre ellos podemos citar:

- Médicos: rehabilitadores, geriatras.
- Terapeutas ocupacionales.
- Fisioterapeutas.
- Logopedas.
- Ergónomos.
- Arquitectos.
- Ingenieros.
- Informáticos.
- Trabajadores sociales.
- Profesionales de ayuda a domicilio.
- Personal de enfermería.

Los usuarios finales de las ayudas técnicas son personas con limitaciones físicas, sensoriales, en el conocimiento, orientación o memoria, y con diversos grados de dependencia. Las ayudas técnicas también sirven para «ayudar a ayudar» y pueden ser utilizadas por familiares, cuidadores y personal de apoyo.

Las diferencias de actitud y de circunstancias influyen en el impacto que las ayudas técnicas tienen en la autoestima, maneras de manejar situaciones, actividades y relaciones familiares y sociales.

Las ayudas técnicas deben ser:

- Accesibles.
- Asequibles.
- Adecuadas.
- Aceptadas.
- Amigables.
- Atractivas en su diseño.

También juegan un papel importante las nuevas tecnologías que favorecen el mantenimiento de las capacidades cognitivas, ayudan en la evitación de accidentes y facilitan la localización. A este respecto es muy relevante el gran papel que puede ocupar Internet para profesionales y cuidadores, ya que el intercambio de información y las buenas prácticas en el conocimiento de tecnología útil, así como de programas de atención a personas dependientes resulta de gran utilidad. Fuera de duda están, por otra parte, las ventajas de participar en redes de información y consulta.

Como se ha mencionado, la tecnología de la rehabilitación incluye gran variedad de productos de diversas características. No es fácil conocerlos todos y, por ello, resultan muy útiles los elementos de información que facilitan el conocimiento de los productos existentes.

Aunque trasciende del objeto de esta publicación, conviene recordar la regulación insuficiente del catálogo ortoprotésico, cuya actualidad demanda de modo insistente el sector de la discapacidad.

9. REFLEXIONES FINALES

1. Es indispensable recuperar el impulso para la puesta en aplicación real de la Ley de Dependencia, frenada por problemas de financiación y organizativos. En otro caso, el derecho a la promoción de la autonomía personal y atención a las personas dependientes se convertiría en una entelequia jurídica y en una frustración para las personas mayores y discapacitadas, así como para sus familias.

2. En el tiempo transcurrido desde la entrada en vigor de la Ley de Dependencia (casi dos años) se han constatado dificultades y problemas a los que hay que dar solución, reformando en lo que sea preciso el texto legal. En realidad, la propia Ley de Dependencia prevé su revisión en 2010.

3. El despliegue de la Ley debería ser más equilibrado, de modo que la atención a la dependencia no olvide o relegue la promoción de la autonomía personal. Y ello no sólo porque lo exige la Ley, sino porque sería inaceptable una visión meramente pasiva de la dependencia.

4. Por tanto, tal y como reclama el CERMI, hay que enriquecer sustantivamente el bloque de la autonomía personal, regulando como auténticas prestaciones del Sistema de Atención a la Dependencia (SAAD), con el carácter de derecho, la accesibilidad del entorno y los apoyos personales a través de ayudas técnicas y de tecnologías asistivas.

5. Debe potenciarse la capacidad de elección de las personas dependientes y de sus familias, siempre que ello sea posible y sobre todo en cuanto al lugar y al tipo de atención o prestación.

6. Hay que conservar y establecer un modelo financiero más estable, menor complejo y más racional para garantizar la viabilidad del sistema y el acceso efectivo a las prestaciones.

7. Hay que poner a punto la regulación y criterios que permitan garantizar estándares comunes de calidad y la participación en el Sistema de las iniciativas privadas, con independencia de cuál sea su naturaleza, de modo que con su colaboración, la gestación del sistema gana en eficacia y agilidad. Así mismo habría que considerar métodos más efectivos para contar con la participación de los usuarios a través de sus Organizaciones representativas.

8. Es imprescindible priorizar recursos y programas dedicados a las políticas de formación y cualificación de los cuidadores, contemplando también el llamado apoyo informal (especialmente el de tipo familiar).

9. Las condiciones de trabajo para los cuidadores deben ser evaluados y ofrecer respuestas razonables. Hoy, además de problemas retributivos y de estabilidad laboral, se dan otros no menos que afectan a su salud laboral, hasta el punto que se habla del «síndrome del cuidador», que expresa unas situaciones de estrés muy acusadas en ocasiones.

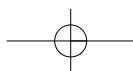
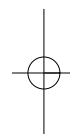
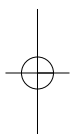
10. Hay que intensificar la coordinación entre la atención primaria y las distintas especialidades, en particular la geriatría y la enfermería geriátrica.

11. Los poderes públicos han de abordar con mayor decisión programas y medidas de apoyo a las familias cuidadoras. En particular, sería importante:

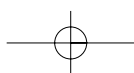
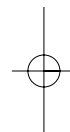
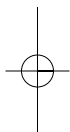
- Organización, difusión y oferta suficiente de atención a domicilio.
- Apoyos, incluidas las teorías formativas y económicas a favor de las Asociaciones de Pacientes y de familias de personas dependientes.
- Desgravaciones y esensiones fiscales, además de bonificaciones directas en cuantía significativa.

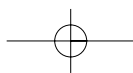
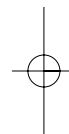
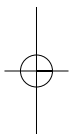
- Tele-asistencia y Centro de Día para ayudar a la conciliación de la vida familiar y laboral.
- Medidas para el descanso y respiro familiar.

12. Un marco jurídico que garantice realmente la equidad, la no discriminación y la accesibilidad a partir de una auténtica coordinación socio-sanitaria, que fomente la salud y atienda con prestaciones adecuadas su pérdida o sus deficiencias y limitaciones entre quienes más lo necesitan: las personas mayores y discapacitados dependientes.



ANEXOS





ANEXO I

Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia

JUAN CARLOS I

REY DE ESPAÑA

A todos los que la presente vieren y entendieren.

Sabed: Que las Cortes Generales han aprobado y Yo vengo en sancionar la siguiente ley.

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

1. La atención a las personas en situación de dependencia y la promoción de su autonomía personal constituye uno de los principales retos de la política social de los países desarrollados. El reto no es otro que atender las necesidades de aquellas personas que, por encontrarse en situación de especial vulnerabilidad, requieren apoyos para desarrollar las actividades esenciales de la vida diaria, alcanzar una mayor autonomía personal y poder ejercer plenamente sus derechos de ciudadanía.

En octubre de 2003 se aprobó en el Pleno del Congreso de los Diputados la Renovación del Pacto de Toledo con una Recomendación Adicional 3.^a que expresa: «resulta por tanto necesario

configurar un sistema integrado que aborde desde la perspectiva de globalidad del fenómeno de la dependencia y la Comisión considera necesaria una pronta regulación en la que se recoja la definición de dependencia, la situación actual de su cobertura, los retos previstos y las posibles alternativas para su protección».

El reconocimiento de los derechos de las personas en situación de dependencia ha sido puesto de relieve por numerosos documentos y decisiones de organizaciones internacionales, como la Organización Mundial de la Salud, el Consejo de Europa y la Unión Europea. En 2002, bajo la presidencia española, la Unión Europea decidió tres criterios que debían regir las políticas de dependencia de los Estados miembros: universalidad, alta calidad y sostenibilidad en el tiempo de los sistemas que se implanten.

Las conclusiones del Informe de la Subcomisión sobre el estudio de la situación actual de la discapacidad, de 13 de diciembre de 2003, coinciden en la necesidad de configurar un sistema integral de la dependencia desde una

perspectiva global con la participación activa de toda la sociedad.

En España, los cambios demográficos y sociales están produciendo un incremento progresivo de la población en situación de dependencia. Por una parte, es necesario considerar el importante crecimiento de la población de más de 65 años, que se ha duplicado en los últimos 30 años, para pasar de 3,3 millones de personas en 1970 (un 9,7 por ciento de la población total) a más de 6,6 millones en 2000 (16,6 por ciento). A ello hay que añadir el fenómeno demográfico denominado «envejecimiento del envejecimiento», es decir, el aumento del colectivo de población con edad superior a 80 años, que se ha duplicado en sólo veinte años.

Ambas cuestiones conforman una nueva realidad de la población mayor que conlleva problemas de dependencia en las últimas etapas de la vida para un colectivo de personas cada vez más amplio. Asimismo, diversos estudios ponen de manifiesto la clara correlación existente entre la edad y las situaciones de discapacidad, como muestra el hecho de que más del 32% de las personas mayores de 65 años tengan algún tipo de discapacidad, mientras que este porcentaje se reduce a un 5% para el resto de la población.

A esta realidad, derivada del envejecimiento, debe añadirse la dependencia por razones de enfermedad y otras causas de discapacidad o limitación, que se ha incrementado en los últimos años por los cambios producidos en las tasas de supervivencia de determinadas enfermedades crónicas y alteraciones congénitas y, también, por las consecuencias derivadas de los índices de siniestralidad vial y laboral.

Un 9% de la población española, según la Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud de 1999, presenta alguna discapacidad o limitación que le ha causado, o puede llegar a causar, una dependencia para las actividades de la vida diaria o necesidades de apoyo para su autonomía personal en igualdad de oportunidades. Para este colectivo se legisló recientemente con la Ley 51/2003, de 2 de diciembre, de Igualdad de Oportunidades, no discriminación y accesibilidad universal de las personas con discapacidad.

2. La atención a este colectivo de población se convierte, pues, en un reto ineludible para los poderes públicos, que requiere una respuesta firme, sostenida y adaptada al actual modelo de nuestra sociedad. No hay que olvidar que, hasta ahora, han sido las familias, y en especial las mujeres, las que tradicionalmente han asumido el cuidado de las personas dependientes, constituyendo lo que ha dado en llamarse el «apoyo informal». Los cambios en el modelo de familia y la incorporación progresiva de casi tres millones de mujeres, en la última década, al mercado de trabajo introducen nuevos factores en esta situación que hacen imprescindible una revisión del sistema tradicional de atención para asegurar una adecuada capacidad de prestación de cuidados a aquellas personas que los necesitan.

El propio texto constitucional, en sus artículos 49 y 50, se refiere a la atención a personas con discapacidad y personas mayores y a un sistema de servicios sociales promovido por los poderes públicos para el bienestar de los ciudadanos. Si en 1978 los elementos fundamentales de ese modelo de Estado del bienestar se centraban, para todo ciuda-

dano, en la protección sanitaria y de la Seguridad Social, el desarrollo social de nuestro país desde entonces ha venido a situar a un nivel de importancia fundamental a los servicios sociales, desarrollados fundamentalmente por las Comunidades Autónomas, con colaboración especial del tercer sector, como cuarto pilar del sistema de bienestar, para la atención a las situaciones de dependencia.

Por parte de las Administraciones Públicas, las necesidades de las personas mayores, y en general de los afectados por situaciones de dependencia, han sido atendidas hasta ahora, fundamentalmente, desde los ámbitos autonómico y local, y en el marco del Plan Concertado de Prestaciones Básicas de Servicios Sociales, en el que participa también la Administración General del Estado y dentro del ámbito estatal, los Planes de Acción para las Personas con Discapacidad y para Personas Mayores. Por otra parte, el sistema de Seguridad Social ha venido asumiendo algunos elementos de atención, tanto en la asistencia a personas mayores como en situaciones vinculadas a la discapacidad: gran invalidez, complementos de ayuda a tercera persona en la pensión no contributiva de invalidez y de la prestación familiar por hijo a cargo con discapacidad, asimismo, las prestaciones de servicios sociales en materia de reeducación y rehabilitación a personas con discapacidad y de asistencia a las personas mayores.

Es un hecho indudable que las entidades del tercer sector de acción social vienen participando desde hace años en la atención a las personas en situación de dependencia y apoyando el esfuerzo de las familias y de las corporaciones locales en este ámbito. Estas entidades

constituyen una importante malla social que previene los riesgos de exclusión de las personas afectadas.

La necesidad de garantizar a los ciudadanos, y a las propias Comunidades Autónomas, un marco estable de recursos y servicios para la atención a la dependencia y su progresiva importancia lleva ahora al Estado a intervenir en este ámbito con la regulación contenida en esta Ley, que la configura como una nueva modalidad de protección social que amplía y complementa la acción protectora del Estado y del Sistema de la Seguridad Social.

Se trata ahora de configurar un nuevo desarrollo de los servicios sociales del país que amplíe y complemente la acción protectora de este sistema, potenciando el avance del modelo de Estado social que consagra la Constitución Española, potenciando el compromiso de todos los poderes públicos en promover y dotar los recursos necesarios para hacer efectivo un sistema de servicios sociales de calidad, garantistas y plenamente universales. En este sentido, el Sistema de Atención de la Dependencia es uno de los instrumentos fundamentales para mejorar la situación de los servicios sociales en nuestro país, respondiendo a la necesidad de la atención a las situaciones de dependencia y a la promoción de la autonomía personal, la calidad de vida y la igualdad de oportunidades.

3. La presente Ley regula las condiciones básicas de promoción de la autonomía personal y de atención a las personas en situación de dependencia mediante la creación de un Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD), con la colaboración y participación de todas las Administraciones Públicas.

El Sistema tiene por finalidad principal la garantía de las condiciones básicas y la previsión de los niveles de protección a que se refiere la presente Ley. A tal efecto, sirve de cauce para la colaboración y participación de las Administraciones Públicas y para optimizar los recursos públicos y privados disponibles. De este modo, configura un derecho subjetivo que se fundamenta en los principios de universalidad, equidad y accesibilidad, desarrollando un modelo de atención integral al ciudadano, al que se reconoce como beneficiario su participación en el Sistema y que administrativamente se organiza en tres niveles.

En este sentido, la competencia exclusiva del Estado para la regulación de las condiciones básicas que garantizan la igualdad de todos los españoles en el ejercicio de los derechos y en el cumplimiento de los deberes constitucionales (artículo 149.1 CE), justifica la regulación, por parte de esta Ley, de las condiciones básicas de promoción de la autonomía personal y de atención a las personas en situación de dependencia mediante la creación de un Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia con la colaboración y participación de todas las Administraciones Públicas, y con pleno respeto de las competencias que las mismas hayan asumido en materia de asistencia social en desarrollo del artículo 148.1.20 de la Constitución.

La Ley establece un nivel mínimo de protección, definido y garantizado financieramente por la Administración General del Estado. Asimismo, como un segundo nivel de protección, la Ley contempla un régimen de cooperación y financiación entre la Administración General del Estado y las Comunidades

Autónomas mediante convenios para el desarrollo y aplicación de las demás prestaciones y servicios que se contemplan en la Ley. Finalmente, las Comunidades Autónomas podrán desarrollar, si así lo estiman oportuno, un tercer nivel adicional de protección a los ciudadanos.

La propia naturaleza del objeto de esta Ley requiere un compromiso y una actuación conjunta de todos los poderes e instituciones públicas, por lo que la coordinación y cooperación con las Comunidades Autónomas es un elemento fundamental. Por ello, la ley establece una serie de mecanismos de cooperación entre la Administración General del Estado y las Comunidades Autónomas, entre los que destaca la creación del Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia. En su seno deben desarrollarse, a través del acuerdo entre las administraciones, las funciones de acordar un marco de cooperación interadministrativa, la intensidad de los servicios del catálogo, las condiciones y cuantía de las prestaciones económicas, los criterios de participación de los beneficiarios en el coste de los servicios o el baremo para el reconocimiento de la situación de dependencia, aspectos que deben permitir el posterior despliegue del Sistema a través de los correspondientes convenios con las Comunidades Autónomas.

Se trata, pues, de desarrollar, a partir del marco competencial, un modelo innovador, integrado, basado en la cooperación interadministrativa y en el respeto a las competencias.

La financiación vendrá determinada por el número de personas en situación de dependencia y de los servicios y prestaciones previstos en esta Ley, por

lo que la misma será estable, suficiente, sostenida en el tiempo y garantizada mediante la corresponsabilidad de las Administraciones Públicas. En todo caso, la Administración General del Estado garantizará la financiación a las Comunidades Autónomas para el desarrollo del nivel mínimo de protección para las personas en situación de dependencia recogidas en esta Ley.

El Sistema atenderá de forma equitativa a todos los ciudadanos en situación de dependencia. Los beneficiarios contribuirán económicamente a la financiación de los servicios de forma progresiva en función de su capacidad económica, teniendo en cuenta para ello el tipo de servicio que se presta y el coste del mismo.

El Sistema garantizará la participación de las entidades que representan a las personas en situación de dependencia y sus familias en sus órganos consultivos.

Se reconocerá también la participación de los beneficiarios en el sistema y la complementariedad y compatibilidad entre los diferentes tipos de prestaciones, en los términos que determinen las normas de desarrollo.

4. La Ley se estructura en un título preliminar; un título primero con cinco capítulos; un título segundo con cinco capítulos; un título tercero; dieciséis disposiciones adicionales; dos disposiciones transitorias y nueve disposiciones finales.

En su título preliminar recoge las disposiciones que se refieren al objeto de la Ley y los principios que la inspiran, los derechos y obligaciones de las personas en situación de dependencia, y los titulares de esos derechos.

El título I configura el Sistema de Atención a la Dependencia, la colabora-

ción y participación de todas las Administraciones Públicas en el ejercicio de sus competencias, a través de los diversos niveles de protección en que administrativamente se organizan las prestaciones y servicios. La necesaria cooperación entre Administraciones se concreta en la creación de un Consejo Territorial del Sistema, en el que podrán participar las Corporaciones Locales y la aprobación de un marco de cooperación interadministrativa a desarrollar mediante Convenios con cada una de las Comunidades Autónomas. Asimismo, se regulan las prestaciones del Sistema y el catálogo de servicios, los grados de dependencia, los criterios básicos para su valoración, así como el procedimiento de reconocimiento del derecho a las prestaciones.

El título II regula las medidas para asegurar la calidad y la eficacia del Sistema, con elaboración de planes de calidad y sistemas de evaluación, y con especial atención a la formación y cualificación de profesionales y cuidadores. En este mismo título se regula el sistema de información de la dependencia, el Comité Consultivo del sistema en el que participarán los agentes sociales y se dota del carácter de órganos consultivos a los ya creados, Consejo Estatal de Personas Mayores y del Consejo Nacional de la Discapacidad y Consejo Estatal de Organizaciones no Gubernamentales de Acción Social.

Por último, se regulan en el título III las normas sobre infracciones y sanciones vinculadas a las condiciones básicas de garantía de los derechos de los ciudadanos en situación de dependencia.

Las disposiciones adicionales introducen los cambios necesarios en la normativa estatal que se derivan de la regulación de esta Ley. Así, se realizan

referencias en materia de Seguridad Social de los cuidadores no profesionales, en la Ley del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas, en la normativa sobre discapacidad, gran invalidez y necesidad de ayuda de tercera persona, y se prevén las modificaciones necesarias para regular la cobertura privada de las situaciones de dependencia.

La disposición transitoria primera regula la participación financiera del Estado en la puesta en marcha del Sistema en un periodo transitorio hasta el año 2015, de acuerdo con las previsiones del calendario de aplicación de la Ley que se contiene en la disposición final primera.

TÍTULO PRELIMINAR

Disposiciones generales

Artículo 1. *Objeto de la Ley.*

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

2. El Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia responderá a una acción coordinada y cooperativa de la Administración General del Esta-

do y las Comunidades Autónomas, que contemplará medidas en todas las áreas que afectan a las personas en situación de dependencia, con la participación, en su caso, de las Entidades Locales.

Artículo 2. *Definiciones.*

A efectos de la presente Ley, se entiende por:

1. Autonomía: 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.

2. Dependencia: 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.

3. Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD): las tareas más elementales de la persona, que le permiten desenvolverse con un mínimo de autonomía e independencia, tales como: el cuidado personal, las actividades domésticas básicas, la movilidad esencial, reconocer personas y objetos, orientarse, entender y ejecutar órdenes o tareas sencillas.

4. Necesidades de apoyo para la autonomía personal: las que requieren las personas que tienen discapacidad intelectual o mental para hacer efectivo un grado satisfactorio de auto-

mía personal en el seno de la comunidad.

5. Cuidados no profesionales: la atención prestada a personas en situación de dependencia en su domicilio, por personas de la familia o de su entorno, no vinculadas a un servicio de atención profesionalizada.

6. Cuidados profesionales: los prestados por una institución pública o entidad, con y sin ánimo de lucro, o profesional autónomo entre cuyas finalidades se encuentre la prestación de servicios a personas en situación de dependencia, ya sean en su hogar o en un centro.

7. Asistencia personal: servicio prestado por un asistente personal que realiza o colabora en tareas de la vida cotidiana de una persona en situación de dependencia, de cara a fomentar su vida independiente, promoviendo y potenciando su autonomía personal.

8. Tercer sector: organizaciones de carácter privado surgidas de la iniciativa ciudadana o social, bajo diferentes modalidades que responden a criterios de solidaridad, con fines de interés general y ausencia de ánimo de lucro, que impulsan el reconocimiento y el ejercicio de los derechos sociales.

Artículo 3. *Principios de la Ley.*

Esta Ley se inspira en los siguientes principios:

a) El carácter público de las prestaciones del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia.

b) La universalidad en el acceso de todas las personas en situación de dependencia, en condiciones de igualdad efectiva y no discriminación, en los términos establecidos en esta Ley.

c) La atención a las personas en situación de dependencia de forma integral e integrada.

d) La transversalidad de las políticas de atención a las personas en situación de dependencia.

e) La valoración de las necesidades de las personas, atendiendo a criterios de equidad para garantizar la igualdad real.

f) La personalización de la atención, teniendo en cuenta de manera especial la situación de quienes requieren de mayor acción positiva como consecuencia de tener mayor grado de discriminación o menor igualdad de oportunidades.

g) El establecimiento de las medidas adecuadas de prevención, rehabilitación, estímulo social y mental.

h) La promoción de las condiciones precisas para que las personas en situación de dependencia puedan llevar una vida con el mayor grado de autonomía posible.

i) La permanencia de las personas en situación de dependencia, siempre que sea posible, en el entorno en el que desarrollan su vida.

j) La calidad, sostenibilidad y accesibilidad de los servicios de atención a las personas en situación de dependencia.

k) La participación de las personas en situación de dependencia y, en su caso, de sus familias y entidades que les representen en los términos previstos en esta Ley.

l) La colaboración de los servicios sociales y sanitarios en la prestación de los servicios a los usuarios del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia que se establecen en la presente Ley y en las correspondientes normas de las Comunidades Autónomas.

mas y las aplicables a las Entidades Locales.

m) La participación de la iniciativa privada en los servicios y prestaciones de promoción de la autonomía personal y atención a la situación de dependencia.

n) La participación del tercer sector en los servicios y prestaciones de promoción de la autonomía personal y atención a la situación de dependencia.

ñ) La cooperación interadministrativa.

o) La integración de las prestaciones establecidas en esta Ley en las redes de servicios sociales de las Comunidades Autónomas, en el ámbito de las competencias que tienen asumidas, y el reconocimiento y garantía de su oferta mediante centros y servicios públicos o privados concertados.

p) La inclusión de la perspectiva de género, teniendo en cuenta las distintas necesidades de mujeres y hombres.

q) Las personas en situación de gran dependencia serán atendidas de manera preferente.

Artículo 4. *Derechos y obligaciones de las personas en situación de dependencia.*

1. Las personas en situación de dependencia tendrán derecho, con independencia del lugar del territorio del Estado español donde residan, a acceder, en condiciones de igualdad, a las prestaciones y servicios previstos en esta Ley, en los términos establecidos en la misma.

2. Asimismo, las personas en situación de dependencia disfrutarán de todos los derechos establecidos en la legislación vigente, y con carácter especial de los siguientes:

a) A disfrutar de los derechos humanos y libertades fundamentales, con pleno respeto de su dignidad e intimidad.

b) A recibir, en términos comprensibles y accesibles, información completa y continuada relacionada con su situación de dependencia.

c) A ser advertido de si los procedimientos que se le apliquen pueden ser utilizados en función de un proyecto docente o de investigación, siendo necesaria la previa autorización, expresa y por escrito, de la persona en situación de dependencia o quien la represente.

d) A que sea respetada la confidencialidad en la recogida y el tratamiento de sus datos, de acuerdo con la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

e) A participar en la formulación y aplicación de las políticas que afecten a su bienestar, ya sea a título individual o mediante asociación.

f) A decidir, cuando tenga capacidad de obrar suficiente, sobre la tutela de su persona y bienes, para el caso de pérdida de su capacidad de autogobierno.

g) A decidir libremente sobre el ingreso en centro residencial.

h) Al ejercicio pleno de sus derechos jurisdiccionales en el caso de internamientos involuntarios, garantizándose un proceso contradictorio.

i) Al ejercicio pleno de sus derechos patrimoniales.

j) A iniciar las acciones administrativas y jurisdiccionales en defensa del derecho que reconoce la presente Ley en el apartado 1 de este artículo. En el caso de los menores o personas incapacitadas judicialmente, estarán

legitimadas para actuar en su nombre quienes ejerzan la patria potestad o quienes ostenten la representación legal.

k) A la igualdad de oportunidades, no discriminación y accesibilidad universal, en cualquiera de los ámbitos de desarrollo y aplicación de esta Ley.

l) A no sufrir discriminación por razón de orientación o identidad sexual.

3. Los poderes públicos adoptarán las medidas necesarias para promover y garantizar el respeto de los derechos enumerados en el párrafo anterior, sin más limitaciones en su ejercicio que las directamente derivadas de la falta de capacidad de obrar que determina su situación de dependencia.

4. Las personas en situación de dependencia y, en su caso, familiares o quienes les representen, así como los centros de asistencia, estarán obligados a suministrar toda la información y datos que les sean requeridos por las Administraciones competentes, para la valoración de su grado y nivel de dependencia; a comunicar todo tipo de ayudas personalizadas que reciban, y a aplicar las prestaciones económicas a las finalidades para las que fueron otorgadas; o a cualquier otra obligación prevista en la legislación vigente.

Las personas en situación de dependencia y, en su caso, sus familiares o quienes les representen, no estarán obligados a aportar información, datos o documentación que obren ya en poder de la Administración Pública que los solicite o que, de acuerdo con la legislación vigente, pueda ésta obtener por sus propios medios.

Artículo 5. *Titulares de derechos.*

1. Son titulares de los derechos establecidos en la presente Ley los españoles que cumplan los siguientes requisitos:

a) Encontrarse en situación de dependencia en alguno de los grados establecidos.

b) Para los menores de 3 años se estará a lo dispuesto en la disposición adicional decimotercera.

c) Residir en territorio español y haberlo hecho durante cinco años, de los cuales dos deberán ser inmediatamente anteriores a la fecha de presentación de la solicitud. Para los menores de cinco años el periodo de residencia se exigirá a quien ejerza su guarda y custodia.

2. Las personas que, reuniendo los requisitos anteriores, carezcan de la nacionalidad española se registrarán por lo establecido en la Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social, en los tratados internacionales y en los convenios que se establezcan con el país de origen. Para los menores que carezcan de la nacionalidad española se estará a lo dispuesto en las Leyes del Menor vigentes, tanto en el ámbito estatal como en el autonómico, así como en los tratados internacionales.

3. El Gobierno podrá establecer medidas de protección a favor de los españoles no residentes en España.

4. El Gobierno establecerá, previo acuerdo del Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, las condiciones de acceso al Sistema de Atención a la Dependencia de los emigrantes españoles retornados.

TÍTULO I

El Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia

CAPÍTULO I

Configuración del Sistema

Artículo 6. *Finalidad del Sistema.*

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

2. El Sistema se configura como una red de utilización pública que integra, de forma coordinada, centros y servicios, públicos y privados.

3. La integración en el Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia de los centros y servicios a que se refiere este artículo no supondrá alteración alguna en el régimen jurídico de su titularidad, administración, gestión y dependencia orgánica.

Artículo 7. *Niveles de protección del Sistema.*

La protección de la situación de dependencia por parte del Sistema se prestará en los términos establecidos en esta Ley y de acuerdo con los siguientes niveles:

1.º El nivel de protección mínimo establecido por la Administración General del Estado en aplicación del artículo 9.

2.º El nivel de protección que se acuerde entre la Administración General del Estado y la Administración de cada una de las Comunidades Autónomas a través de los Convenios previstos en el artículo 10.

3.º El nivel adicional de protección que pueda establecer cada Comunidad Autónoma.

Artículo 8. *Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia.*

1. Se crea el Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia como instrumento de cooperación para la articulación del Sistema. El Consejo estará constituido por el titular del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, y por un representante de cada una de las Comunidades Autónomas, recayendo dicha representación en el miembro del Consejo de Gobierno respectivo que tenga a su cargo las competencias en la materia. Integrarán igualmente el Consejo un número de representantes de los diferentes Departamentos ministeriales. En la composición tendrán mayoría los representantes de las Comunidades Autónomas.

2. Sin perjuicio de las competencias de cada una de las Administraciones Públicas integrantes, corresponde al Consejo, además de las funciones que expresamente le atribuye esta Ley, ejercer las siguientes:

a) Acordar el Marco de cooperación interadministrativa para el desarrollo de la Ley previsto en el artículo 10.

b) Establecer los criterios para determinar la intensidad de protección de los servicios previstos de acuerdo con los artículos 10.3 y 15.

c) Acordar las condiciones y cuantía de las prestaciones económicas previstas en el artículo 20 y en la disposición adicional primera.

d) Adoptar los criterios de participación del beneficiario en el coste de los servicios.

e) Acordar el baremo a que se refiere el artículo 27, con los criterios básicos del procedimiento de valoración y de las características de los órganos de valoración.

f) Acordar, en su caso, planes, proyectos y programas conjuntos.

g) Adoptar criterios comunes de actuación y de evaluación del Sistema.

h) Facilitar la puesta a disposición de documentos, datos y estadísticas comunes.

i) Establecer los mecanismos de coordinación para el caso de las personas desplazadas en situación de dependencia.

j) Informar la normativa estatal de desarrollo en materia de dependencia y en especial las normas previstas en el artículo 9.1.

k) Servir de cauce de cooperación, comunicación e información entre las Administraciones Públicas.

El Consejo Territorial del Sistema, una vez constituido, acordará sus normas en cuanto a funcionamiento y Presidencia.

Artículo 9. *Participación de la Administración General del Estado.*

1. El Gobierno, oído el Consejo Territorial del Sistema para la Autono-

mía y Atención a la Dependencia, determinará el nivel mínimo de protección garantizado para cada uno de los beneficiarios del Sistema, según el grado y nivel de su dependencia, como condición básica de garantía del derecho a la promoción de la autonomía personal y atención a la situación de dependencia.

2. La financiación pública de este nivel de protección correrá a cuenta de la Administración General del Estado que fijará anualmente los recursos económicos en la Ley de Presupuestos Generales del Estado de acuerdo con los criterios establecidos en el artículo 32.

Artículo 10. *Cooperación entre la Administración General del Estado y las Comunidades Autónomas.*

1. En el seno del Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, la Administración General del Estado y las Comunidades Autónomas acordarán el marco de cooperación interadministrativa que se desarrollará mediante los correspondientes Convenios entre la Administración General del Estado y cada una de las Comunidades Autónomas.

2. A través de los Convenios a los que se refiere el apartado anterior, la Administración General del Estado y las Comunidades Autónomas acordarán los objetivos, medios y recursos para la aplicación de los servicios y prestaciones recogidos en el Capítulo II del presente Título, incrementando el nivel mínimo de protección fijado por el Estado de acuerdo con el artículo 9.

3. En aplicación de lo previsto en el apartado anterior, el Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Aten-

ción a la Dependencia establecerá los criterios para determinar la intensidad de protección de cada uno de los servicios previstos en el Catálogo, y la compatibilidad e incompatibilidad entre los mismos, para su aprobación por el Gobierno mediante Real Decreto.

4. Los Convenios establecerán la financiación que corresponda a cada Administración para este nivel de prestación, en los términos establecidos en el artículo 32 y en la disposición transitoria primera de esta Ley, así como los términos y condiciones para su revisión. Igualmente, los Convenios recogerán las aportaciones del Estado derivadas de la garantía del nivel de protección definido en el artículo 9.

Artículo 11. *Participación de las Comunidades Autónomas en el Sistema.*

1. En el marco del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, corresponden a las Comunidades Autónomas, sin perjuicio de las competencias que les son propias según la Constitución Española, los Estatutos de Autonomía y la legislación vigente, las siguientes funciones:

a) Planificar, ordenar, coordinar y dirigir, en el ámbito de su territorio, los servicios de promoción de la autonomía personal y de atención a las personas en situación de dependencia.

b) Gestionar, en su ámbito territorial, los servicios y recursos necesarios para la valoración y atención de la dependencia.

c) Establecer los procedimientos de coordinación sociosanitaria, creando, en su caso, los órganos de coordinación que procedan para garantizar una efectiva atención.

d) Crear y actualizar el Registro de Centros y Servicios, facilitando la debida acreditación que garantice el cumplimiento de los requisitos y los estándares de calidad.

e) Asegurar la elaboración de los correspondientes Programas Individuales de Atención.

f) Inspeccionar y, en su caso, sancionar los incumplimientos sobre requisitos y estándares de calidad de los centros y servicios y respecto de los derechos de los beneficiarios.

g) Evaluar periódicamente el funcionamiento del Sistema en su territorio respectivo.

h) Aportar a la Administración General del Estado la información necesaria para la aplicación de los criterios de financiación previstos en el artículo 32.

2. En todo caso, las Comunidades Autónomas, de conformidad con lo establecido en el artículo 7 podrán definir, con cargo a sus presupuestos, niveles de protección adicionales al fijado por la Administración General del Estado en aplicación del artículo 9 y al acordado, en su caso, conforme al artículo 10, para los cuales podrán adoptar las normas de acceso y disfrute que consideren más adecuadas.

Artículo 12. *Participación de las Entidades Locales.*

1. Las Entidades Locales participarán en la gestión de los servicios de atención a las personas en situación de dependencia, de acuerdo con la normativa de sus respectivas Comunidades Autónomas y dentro de las competencias que la legislación vigente les atribuye.

2. Las Entidades Locales podrán participar en el Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia en la forma y condiciones que el propio Consejo disponga.

CAPÍTULO II

Prestaciones y Catálogo de servicios de atención del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia

SECCIÓN 1.^a PRESTACIONES DEL SISTEMA

Artículo 13. Objetivos de las prestaciones de dependencia.

La atención a las personas en situación de dependencia y la promoción de su autonomía personal deberán orientarse a la consecución de una mejor calidad de vida y autonomía personal, en un marco de efectiva igualdad de oportunidades, de acuerdo con los siguientes objetivos:

- a) Facilitar una existencia autónoma en su medio habitual, todo el tiempo que desee y sea posible.
- b) Proporcionar un trato digno en todos los ámbitos de su vida personal, familiar y social, facilitando su incorporación activa en la vida de la comunidad.

Artículo 14. Prestaciones de atención a la dependencia.

1. Las prestaciones de atención a la dependencia podrán tener la naturaleza de servicios y de prestaciones económicas e irán destinadas, por una parte, a la promoción de la autonomía personal y, por otra, a atender las necesida-

des de las personas con dificultades para la realización de las actividades básicas de la vida diaria.

2. Los servicios del Catálogo del artículo 15 tendrán carácter prioritario y se prestarán a través de la oferta pública de la Red de Servicios Sociales por las respectivas Comunidades Autónomas mediante centros y servicios públicos o privados concertados debidamente acreditados.

3. De no ser posible la atención mediante alguno de estos servicios, en los Convenios a que se refiere el artículo 10 se incorporará la prestación económica vinculada establecida en el artículo 17. Esta prestación irá destinada a la cobertura de los gastos del servicio previsto en el Programa Individual de Atención al que se refiere el artículo 29, debiendo ser prestado por una entidad o centro acreditado para la atención a la dependencia.

4. El beneficiario podrá, excepcionalmente, recibir una prestación económica para ser atendido por cuidadores no profesionales, siempre que se den condiciones adecuadas de convivencia y de habitabilidad de la vivienda y así lo establezca su Programa Individual de Atención.

5. Las personas en situación de dependencia podrán recibir una prestación económica de asistencia personal en los términos del artículo 19.

6. La prioridad en el acceso a los servicios vendrá determinada por el grado y nivel de dependencia y, a igual grado y nivel, por la capacidad económica del solicitante. Hasta que la red de servicios esté totalmente implantada, las personas en situación de dependencia que no puedan acceder a los servicios por aplicación del régimen de prioridad señalado, tendrán derecho a la

prestación económica prevista en el artículo 17 de esta Ley.

7. A los efectos de esta Ley, la capacidad económica se determinará, en la forma que reglamentariamente se establezca, a propuesta del Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, en atención a la renta y el patrimonio del solicitante. En la consideración del patrimonio se tendrán en cuenta la edad del beneficiario y el tipo de servicio que se presta.

Artículo 15. *Catálogo de servicios.*

1. El Catálogo de servicios comprende los servicios sociales de promoción de la autonomía personal y de atención a la dependencia, en los términos que se especifican en este capítulo:

- a) Los servicios de prevención de las situaciones de dependencia y los de promoción de la autonomía personal.
- b) Servicio de Teleasistencia.
- c) Servicio de Ayuda a domicilio:
 - (i) Atención de las necesidades del hogar.
 - (ii) Cuidados personales.
- d) Servicio de Centro de Día y de Noche:
 - (i) Centro de Día para mayores.
 - (ii) Centro de Día para menores de 65 años.
 - (iii) Centro de Día de atención especializada.
 - (iv) Centro de Noche.
- e) Servicio de Atención Residencial:
 - (i) Residencia de personas mayores en situación de dependencia.
 - (ii) Centro de atención a personas en situación de dependencia, en razón de los distintos tipos de discapacidad.

2. Los servicios establecidos en el apartado 1 se regulan sin perjuicio de lo previsto en el artículo 14 de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud.

Artículo 16. *Red de servicios del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia.*

1. Las prestaciones y servicios establecidos en esta Ley se integran en la Red de Servicios Sociales de las respectivas Comunidades Autónomas en el ámbito de las competencias que las mismas tienen asumidas. La red de centros estará formada por los centros públicos de las Comunidades Autónomas, de las Entidades Locales, los centros de referencia estatal para la promoción de la autonomía personal y para la atención y cuidado de situaciones de dependencia, así como los privados concertados debidamente acreditados.

2. Las Comunidades Autónomas establecerán el régimen jurídico y las condiciones de actuación de los centros privados concertados. En su incorporación a la red se tendrá en cuenta de manera especial los correspondientes al tercer sector.

3. Los centros y servicios privados no concertados que presten servicios para personas en situación de dependencia deberán contar con la debida acreditación de la Comunidad Autónoma correspondiente.

4. Los poderes públicos promoverán la colaboración solidaria de los ciudadanos con las personas en situación de dependencia, a través de la participación de las organizaciones de voluntarios y de las entidades del tercer sector.

SECCIÓN 2.^a PRESTACIONES ECONÓMICAS

Artículo 17. *Prestación económica vinculada al servicio.*

1. La prestación económica, que tendrá carácter periódico, se reconocerá, en los términos que se establezca, únicamente cuando no sea posible el acceso a un servicio público o concertado de atención y cuidado, en función del grado y nivel de dependencia y de la capacidad económica del beneficiario, de acuerdo con lo previsto en el convenio celebrado entre la Administración General del Estado y la correspondiente Comunidad Autónoma.

2. Esta prestación económica de carácter personal estará, en todo caso, vinculada a la adquisición de un servicio.

3. Las Administraciones Públicas competentes supervisarán, en todo caso, el destino y utilización de estas prestaciones al cumplimiento de la finalidad para la que fueron concedidas.

Artículo 18. *Prestación económica para cuidados en el entorno familiar y apoyo a cuidadores no profesionales.*

1. Excepcionalmente, cuando el beneficiario esté siendo atendido por su entorno familiar, y se reúnan las condiciones establecidas en el artículo 14.4, se reconocerá una prestación económica para cuidados familiares.

2. Previo acuerdo del Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, se establecerán las condiciones de acceso a esta prestación, en función del grado y

nivel reconocido a la persona en situación de dependencia y de su capacidad económica.

3. El cuidador deberá ajustarse a las normas sobre afiliación, alta y cotización a la Seguridad Social que se determinen reglamentariamente.

4. El Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia promoverá acciones de apoyo a los cuidadores no profesionales que incorporarán programas de formación, información y medidas para atender los periodos de descanso.

Artículo 19. *Prestación económica de asistencia personal.*

La prestación económica de asistencia personal tiene como finalidad la promoción de la autonomía de las personas con gran dependencia. Su objetivo es contribuir a la contratación de una asistencia personal, durante un número de horas, que facilite al beneficiario el acceso a la educación y al trabajo, así como una vida más autónoma en el ejercicio de las actividades básicas de la vida diaria. Previo acuerdo del Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, se establecerán las condiciones específicas de acceso a esta prestación.

Artículo 20. *Cuantía de las prestaciones económicas.*

La cuantía de las prestaciones económicas reguladas en los artículos de esta Sección se acordará por el Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, para su aprobación posterior por el Gobierno mediante Real Decreto.

SECCIÓN 3.^a SERVICIOS DE PROMOCIÓN
DE LA AUTONOMÍA PERSONAL Y DE
ATENCIÓN Y CUIDADO

Artículo 21. *Prevención de las situaciones de dependencia.*

Tiene por finalidad prevenir la aparición o el agravamiento de enfermedades o discapacidades y de sus secuelas, mediante el desarrollo coordinado, entre los servicios sociales y de salud, de actuaciones de promoción de condiciones de vida saludables, programas específicos de carácter preventivo y de rehabilitación dirigidos a las personas mayores y personas con discapacidad y a quienes se ven afectados por procesos de hospitalización complejos. Con este fin, el Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia acordará criterios, recomendaciones y condiciones mínimas que deberían cumplir los Planes de Prevención de las Situaciones de Dependencia que elaboren las Comunidades Autónomas, con especial consideración de los riesgos y actuaciones para las personas mayores.

Artículo 22. *Servicio de Teleasistencia.*

1. El servicio de Teleasistencia facilita asistencia a los beneficiarios mediante el uso de tecnologías de la comunicación y de la información, con apoyo de los medios personales necesarios, en respuesta inmediata ante situaciones de emergencia, o de inseguridad, soledad y aislamiento. Puede ser un servicio independiente o complementario al de ayuda a domicilio.

2. Este servicio se prestará a las personas que no reciban servicios de atención residencial y así lo establezca su Programa Individual de Atención.

Artículo 23. *Servicio de Ayuda a Domicilio.*

El servicio de ayuda a domicilio lo constituye el conjunto de actuaciones llevadas a cabo en el domicilio de las personas en situación de dependencia con el fin de atender sus necesidades de la vida diaria, prestadas por entidades o empresas, acreditadas para esta función:

a) Servicios relacionados con la atención de las necesidades domésticas o del hogar: limpieza, lavado, cocina u otros.

b) Servicios relacionados con la atención personal, en la realización de las actividades de la vida diaria.

Artículo 24. *Servicio de Centro de Día y de Noche.*

1. El servicio de Centro de Día o de Noche ofrece una atención integral durante el periodo diurno o nocturno a las personas en situación de dependencia, con el objetivo de mejorar o mantener el mejor nivel posible de autonomía personal y apoyar a las familias o cuidadores. En particular, cubre, desde un enfoque biopsicosocial, las necesidades de asesoramiento, prevención, rehabilitación, orientación para la promoción de la autonomía, habilitación o atención asistencial y personal.

2. La tipología de centros incluirá Centros de Día para menores de 65 años, Centros de Día para mayores, Centros de Día de atención especializada por la especificidad de los cuidados que ofrecen y Centros de Noche, que se adecuarán a las peculiaridades y edades de las personas en situación de dependencia.

Artículo 25. *Servicio de Atención residencial.*

1. El servicio de atención residencial ofrece, desde un enfoque biopsicosocial, servicios continuados de carácter personal y sanitario.

2. Este servicio se prestará en los centros residenciales habilitados al efecto según el tipo de dependencia, grado de la misma e intensidad de cuidados que precise la persona.

3. La prestación de este servicio puede tener carácter permanente, cuando el centro residencial se convierta en la residencia habitual de la persona, o temporal, cuando se atiendan estancias temporales de convalecencia o durante vacaciones, fines de semana y enfermedades o periodos de descanso de los cuidadores no profesionales.

4. El servicio de atención residencial será prestado por las Administraciones Públicas en centros propios y concertados.

vida diaria dos o tres veces al día, pero no quiere el apoyo permanente de un cuidador o tiene necesidades de apoyo extenso para su autonomía personal.

c) Grado III. Gran dependencia: cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria varias veces al día y, por su pérdida total de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, necesita el apoyo indispensable y continuo de otra persona o tiene necesidades de apoyo generalizado para su autonomía personal.

2. Cada uno de los grados de dependencia establecidos en el apartado anterior se clasificarán en dos niveles, en función de la autonomía de las personas y de la intensidad del cuidado que requiere.

3. Los intervalos para la determinación de los grados y niveles se establecerán en el baremo al que se refiere el artículo siguiente.

CAPÍTULO III

La dependencia y su valoración

Artículo 26. *Grados de dependencia.*

1. La situación de dependencia se clasificará en los siguientes grados:

a) Grado I. Dependencia moderada: cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria, al menos una vez al día o tiene necesidades de apoyo intermitente o limitado para su autonomía personal.

b) Grado II. Dependencia severa: cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la

Artículo 27. *Valoración de la situación de dependencia.*

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

2. El grado y niveles de dependencia, a efectos de su valoración, se determinarán mediante la aplicación del baremo que se acuerde en el Consejo

Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia para su posterior aprobación por el Gobierno mediante Real Decreto. Dicho baremo tendrá entre sus referentes la Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud (CIF), adoptada por la Organización Mundial de la Salud.

3. El baremo establecerá los criterios objetivos de valoración del grado de autonomía de la persona, de su capacidad para realizar las distintas actividades de la vida diaria, los intervalos de puntuación para cada uno de los grados y niveles de dependencia, y el protocolo con los procedimientos y técnicas a seguir para la valoración de las aptitudes observadas, en su caso.

4. El baremo valorará la capacidad de la persona para llevar a cabo por sí misma las actividades básicas de la vida diaria, así como la necesidad de apoyo y supervisión para su realización por personas con discapacidad intelectual o con enfermedad mental.

5. La valoración se realizará teniendo en cuenta los correspondientes informes sobre la salud de la persona y sobre el entorno en el que viva, y considerando, en su caso, las ayudas técnicas, órtesis y prótesis que le hayan sido prescritas.

CAPÍTULO IV

Reconocimiento del derecho

Artículo 28. Procedimiento para el reconocimiento de la situación de dependencia y del derecho a las prestaciones del Sistema.

1. El procedimiento se iniciará a instancia de la persona que pueda

estar afectada por algún grado de dependencia o de quien ostente su representación, y su tramitación se ajustará a las previsiones establecidas en la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común, con las especificidades que resulten de la presente Ley.

2. El reconocimiento de la situación de dependencia se efectuará mediante resolución expedida por la Administración Autonómica correspondiente a la residencia del solicitante y tendrá validez en todo el territorio del Estado.

3. La resolución a la que se refiere el apartado anterior determinará los servicios o prestaciones que corresponden al solicitante según el grado y nivel de dependencia.

4. En el supuesto de cambio de residencia, la Comunidad Autónoma de destino determinará, en función de su red de servicios y prestaciones, los que correspondan a la persona en situación de dependencia.

5. Los criterios básicos de procedimiento para el reconocimiento de la situación de dependencia y las características comunes del órgano y profesionales que procedan al reconocimiento serán acordados por el Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia.

6. Los servicios de valoración de la situación de dependencia, la prescripción de servicios y prestaciones y la gestión de las prestaciones económicas previstas en la presente Ley, se efectuarán directamente por las Administraciones Públicas no pudiendo ser objeto de delegación, contratación o concierto con entidades privadas.

Artículo 29. *Programa Individual de Atención.*

1. En el marco del procedimiento de reconocimiento de la situación de dependencia y las prestaciones correspondientes, los servicios sociales correspondientes del sistema público establecerán un Programa Individual de Atención en el que se determinarán las modalidades de intervención más adecuadas a sus necesidades de entre los servicios y prestaciones económicas previstos en la resolución para su grado y nivel, con la participación previa consulta y, en su caso, elección entre las alternativas propuestas del beneficiario y, en su caso, de su familia o entidades tutelares que le represente.

2. El programa individual de atención será revisado:

- a) A instancia del interesado y de sus representantes legales.
- b) De oficio, en la forma que determine y con la periodicidad que prevea la normativa de las Comunidades Autónomas.
- c) Con motivo del cambio de residencia a otra Comunidad Autónoma.

Artículo 30. *Revisión del grado o nivel de dependencia y de la prestación reconocida.*

1. El grado o nivel de dependencia será revisable, a instancia del interesado, de sus representantes o de oficio por las Administraciones Públicas competentes, por alguna de las siguientes causas:

- a) Mejoría o empeoramiento de la situación de dependencia.
- b) Error de diagnóstico o en la aplicación del correspondiente baremo.

2. Las prestaciones podrán ser modificadas o extinguidas en función de la situación personal del beneficiario, cuando se produzca una variación de cualquiera de los requisitos establecidos para su reconocimiento, o por incumplimiento de las obligaciones reguladas en la presente Ley.

Artículo 31. *Prestaciones de análoga naturaleza y finalidad.*

La percepción de una de las prestaciones económicas previstas en esta Ley deducirá de su cuantía cualquier otra prestación de análoga naturaleza y finalidad establecida en los regímenes públicos de protección social. En particular, se deducirán el complemento de gran invalidez regulado en el artículo 139.4 de la Ley General de la Seguridad Social, Texto Refundido aprobado por Real Decreto legislativo 1/1994, de 20 de junio, el complemento de la asignación económica por hijo a cargo mayor de 18 años con un grado de minusvalía igual o superior al 75%, el de necesidad de otra persona de la pensión de invalidez no contributiva, y el subsidio de ayuda a tercera persona de la Ley 13/1982, de 7 de abril, de Integración Social de los Minusválidos (LISMI).

CAPÍTULO V

Financiación del Sistema y aportación de los beneficiarios

Artículo 32. *Financiación del Sistema por las Administraciones Públicas.*

1. La financiación del Sistema será la suficiente para garantizar el cumplimiento de las obligaciones que correspondan a las Administraciones Públi-

cas competentes y se determinará anualmente en los correspondientes Presupuestos.

2. La Administración General del Estado asumirá íntegramente el coste derivado de lo previsto en el artículo 9.

3. En el marco de cooperación interadministrativa previsto en el artículo 10, los Convenios que se suscriban entre la Administración General del Estado y cada una de las administraciones de las Comunidades Autónomas determinarán las obligaciones asumidas por cada una de las partes para la financiación de los servicios y prestaciones del Sistema. Dichos Convenios, que podrán ser anuales o plurianuales, recogerán criterios de reparto teniendo en cuenta la población dependiente, la dispersión geográfica, la insularidad, emigrantes retornados y otros factores, y podrán ser revisados por las partes.

La aportación de la Comunidad Autónoma será, para cada año, al menos igual a la de la Administración General del Estado como consecuencia de lo previsto en este apartado y en el anterior.

Artículo 33. *La participación de los beneficiarios en el coste de las prestaciones.*

1. Los beneficiarios de las prestaciones de dependencia participarán en la financiación de las mismas, según el tipo y coste del servicio y su capacidad económica personal.

2. La capacidad económica del beneficiario se tendrá también en cuenta para la determinación de la cuantía de las prestaciones económicas.

3. El Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia fijará los criterios para la aplicación de lo previsto en este artículo,

lo, que serán desarrollados en los Convenios a que se refiere el artículo 10.

Para fijar la participación del beneficiario, se tendrá en cuenta la distinción entre servicios asistenciales y de manutención y hoteleros.

4. Ningún ciudadano quedará fuera de la cobertura del Sistema por no disponer de recursos económicos.

TÍTULO II

La calidad y eficacia del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia

CAPÍTULO I

Medidas para garantizar la calidad del Sistema

Artículo 34. *Calidad en el Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia.*

1. El Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia fomentará la calidad de la atención a la dependencia con el fin de asegurar la eficacia de las prestaciones y servicios.

2. Sin perjuicio de las competencias de cada una de las Comunidades Autónomas y de la Administración General del Estado, se establecerán, en el ámbito del Consejo Territorial, la fijación de criterios comunes de acreditación de centros y planes de calidad del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, dentro del marco general de calidad de la Administración General del Estado.

3. Asimismo, sin perjuicio de las competencias de las Comunidades Autónomas y de la Administración General del Estado, el Consejo Territorial acordará:

a) Criterios de calidad y seguridad para los centros y servicios.

b) Indicadores de calidad para la evaluación, la mejora continua y el análisis comparado de los centros y servicios del Sistema.

c) Guías de buenas prácticas.

d) Cartas de servicios, adaptadas a las condiciones específicas de las personas dependientes, bajo los principios de no discriminación y accesibilidad.

Artículo 35. *Calidad en la prestación de los servicios.*

1. Se establecerán estándares esenciales de calidad para cada uno de los servicios que conforman el Catálogo regulado en la presente Ley, previo acuerdo del Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia.

2. Los centros residenciales para personas en situación de dependencia habrán de disponer de un reglamento de régimen interior, que regule su organización y funcionamiento, que incluya un sistema de gestión de calidad y que establezca la participación de los usuarios, en la forma que determine la Administración competente.

3. Se atenderá, de manera específica, a la calidad en el empleo así como a promover la profesionalidad y potenciar la formación en aquellas entidades que aspiren a gestionar prestaciones o servicios del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia.

CAPÍTULO II

Formación en materia de dependencia

Artículo 36. *Formación y cualificación de profesionales y cuidadores.*

1. Se atenderá a la formación básica y permanente de los profesionales y cuidadores que atiendan a las personas en situación de dependencia. Para ello, los poderes públicos determinarán las cualificaciones profesionales idóneas para el ejercicio de las funciones que se correspondan con el Catálogo de servicios regulado en el artículo 15.

2. Los poderes públicos promoverán los programas y las acciones formativas que sean necesarios para la implantación de los servicios que establece la Ley.

3. Con el objetivo de garantizar la calidad del Sistema, se fomentará la colaboración entre las distintas Administraciones Públicas competentes en materia educativa, sanitaria, laboral y de asuntos sociales, así como de éstas con las universidades, sociedades científicas y organizaciones profesionales y sindicales, patronales y del tercer sector.

CAPÍTULO III

Sistema de información

Artículo 37. *Sistema de información del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia.*

1. El Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, a través del organismo competente, establecerá un sistema de información del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia que garantice la disponibilidad de la información y la comunicación recíproca entre las Administraciones Públicas, así como la compatibilidad y articulación entre los distintos sistemas. Para ello, en el seno del Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención

a la Dependencia se acordarán los objetivos y contenidos de la información.

2. El sistema contendrá información sobre el Catálogo de servicios e incorporará, como datos esenciales, los relativos a población protegida, recursos humanos, infraestructuras de la red, resultados obtenidos y calidad en la prestación de los servicios.

3. El sistema de información contemplará específicamente la realización de estadísticas para fines estatales en materia de dependencia, así como las de interés general supracomunitario y las que se deriven de compromisos con organizaciones supranacionales e internacionales.

Artículo 38. *Red de comunicaciones.*

1. El Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, a través de la utilización preferente de las infraestructuras comunes de comunicaciones y servicios telemáticos de las Administraciones Públicas, pondrá a disposición del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia una red de comunicaciones que facilite y dé garantías de protección al intercambio de información entre sus integrantes.

2. El uso y transmisión de la información en esta red estará sometido al cumplimiento de lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, y a los requerimientos de certificación electrónica, firma electrónica y cifrado, de acuerdo con la legislación vigente.

3. A través de dicha red de comunicaciones se intercambiará información sobre las infraestructuras del sistema, la situación, grado y nivel de dependencia de los beneficiarios de las prestaciones,

así como cualquier otra derivada de las necesidades de información en el Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia.

CAPÍTULO IV

Actuación contra el fraude

Artículo 39. *Acción administrativa contra el fraude.*

Las Administraciones Públicas velarán por la correcta aplicación de los fondos públicos destinados al Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, evitando la obtención o disfrute fraudulento de sus prestaciones y de otros beneficios o ayudas económicas que puedan recibir los sujetos que participen en el Sistema o sean beneficiarios del mismo. Igualmente establecerán medidas de control destinadas a detectar y perseguir tales situaciones.

A tales efectos, las Administraciones Públicas desarrollarán actuaciones de vigilancia del cumplimiento de esta Ley y ejercerán las potestades sancionadoras conforme a lo previsto en el Título III de la misma, haciendo uso, en su caso, de las fórmulas de cooperación interadministrativa contenidas en esta Ley.

CAPÍTULO V

Órganos consultivos del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia

Artículo 40. *Comité Consultivo.*

1. Se crea el Comité Consultivo del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia como órgano asesor, adscrito al Ministerio de Trabajo y

Asuntos Sociales, mediante el cual se hace efectiva, de manera permanente, la participación social en el Sistema y se ejerce la participación institucional de las organizaciones sindicales y empresariales en el mismo.

2. Sus funciones serán las de informar, asesorar y formular propuestas sobre materias que resulten de especial interés para el funcionamiento de dicho Sistema.

3. La composición del Comité tendrá carácter tripartito, en tanto que integrado por las Administraciones públicas, las organizaciones empresariales y las organizaciones sindicales, y paritario entre Administraciones Públicas por una parte y organizaciones sindicales y empresariales por otra, en los términos establecidos en el siguiente apartado. Los acuerdos del Comité se adoptarán por mayoría de los votos emitidos en cada una de las partes, requiriendo así la mayoría de los votos de las Administraciones Públicas y la mayoría de los votos de las organizaciones sindicales y empresariales.

4. El Comité Consultivo estará presidido por el representante de la Administración General del Estado que designe el titular del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Su funcionamiento se regulará por su reglamento interno. Estará integrado por los siguientes miembros, nombrados en los términos que se establezcan reglamentariamente:

a) Seis representantes de la Administración General del Estado.

b) Seis representantes de las administraciones de las Comunidades Autónomas.

c) Seis representantes de las Entidades locales.

d) Nueve representantes de las organizaciones empresariales más representativas.

e) Nueve representantes de las organizaciones sindicales más representativas.

Artículo 41. *Órganos consultivos.*

1. Serán órganos consultivos de participación institucional del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia los siguientes:

El Comité Consultivo del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia.

El Consejo Estatal de Personas Mayores.

El Consejo Nacional de la Discapacidad.

El Consejo Estatal de Organizaciones no Gubernamentales de Acción Social.

2. Las funciones de dichos órganos serán las de informar, asesorar y formular propuestas sobre materias que resulten de especial interés para el funcionamiento del Sistema.

TÍTULO III

Infracciones y sanciones

Artículo 42. *Responsables.*

1. Sólo podrán ser sancionadas por hechos constitutivos de infracción administrativa las personas físicas o jurídicas que resulten responsables de los mismos.

2. Se consideran autores de las infracciones tipificadas por esta Ley quienes realicen los hechos por sí mis-

mos, conjuntamente o a través de persona interpuesta.

3. Tendrán también la consideración de autores quienes cooperen en su ejecución mediante una acción u omisión sin la cual la infracción no hubiese podido llevarse a cabo.

Artículo 43. *Infracciones.*

Constituirá infracción:

- a) Dificultar o impedir el ejercicio de cualesquiera de los derechos reconocidos en esta Ley.
- b) Obstruir la acción de los servicios de inspección.
- c) Negar el suministro de información o proporcionar datos falsos.
- d) Aplicar las prestaciones económicas a finalidades distintas a aquellas para las que se otorgan, y recibir ayudas, en especie o económicas, incompatibles con las prestaciones establecidas en la presente Ley.
- e) Incumplir las normas relativas a la autorización de apertura y funcionamiento y de acreditación de centros de servicios de atención a personas en situación de dependencia.
- f) Tratar discriminatoriamente a las personas en situación de dependencia.
- g) Conculcar la dignidad de las personas en situación de dependencia.
- h) Generar daños o situaciones de riesgo para la integridad física o psíquica.
- i) Incumplir los requerimientos específicos que formulen las Administraciones Públicas competentes.

Artículo 44. *Clasificación de las infracciones.*

1. Las infracciones se clasificarán en leves, graves y muy graves, de

acuerdo con criterios de riesgo para la salud, gravedad de la alteración social producida por los hechos, cuantía del beneficio obtenido, intencionalidad, número de afectados y reincidencia.

2. Se calificarán como leves las infracciones tipificadas de acuerdo con el artículo 43 cuando se hayan cometido por imprudencia o simple negligencia, y no comporten un perjuicio directo para las personas en situación de dependencia.

3. Se calificarán como infracciones graves las tipificadas de acuerdo con el artículo 43 cuando comporten un perjuicio para las personas, o se hayan cometido con dolo o negligencia grave. También tendrán la consideración de graves, aquellas que comporten cualesquiera de las siguientes circunstancias:

- a) Reincidencia de falta leve.
- b) Negativa absoluta a facilitar información o a prestar colaboración a los servicios de inspección, así como el falseamiento de la información proporcionada a la Administración.
- c) Coacciones, amenazas, represalias o cualquier otra forma de presión ejercitada sobre las personas en situación de dependencia o sus familias.

4. Se calificarán como infracciones muy graves todas las definidas como graves siempre que concurran alguna de las siguientes circunstancias:

- a) Que atenten gravemente contra los derechos fundamentales de la persona.
- b) Que se genere un grave perjuicio para las personas en situación de dependencia o para la Administración.
- c) Que supongan reincidencia de falta grave.

5. Se produce reincidencia cuando, al cometer la infracción, el sujeto hubiera sido ya sancionado por esa misma falta, o por otra de gravedad igual o mayor o por dos o más infracciones de gravedad inferior, durante los dos últimos años.

Artículo 45. Sanciones.

1. Las infracciones a la presente Ley serán sancionadas por las administraciones competentes con pérdida de las prestaciones y subvenciones para las personas beneficiarias; con multa para los cuidadores no profesionales; y con multa y, en su caso, pérdida de subvenciones, cese temporal de la actividad o cierre del establecimiento, local o empresa para las empresas proveedoras de servicios. En todo caso, la sanción implicará el reintegro de las cantidades indebidamente percibidas.

2. La graduación de las sanciones será proporcional a la infracción cometida y se establecerá ponderándose según los siguientes criterios:

- a) Gravedad de la infracción.
- b) Gravedad de la alteración social y perjuicios causados.
- c) Riesgo para la salud.
- d) Número de afectados.
- e) Beneficio obtenido.
- f) Grado de intencionalidad y reiteración.

3. La graduación de las multas se ajustará a lo siguiente:

- a) Por infracción leve, multa de hasta 300 euros a los cuidadores y hasta treinta mil euros a los proveedores de servicios.
- b) Por infracción grave, multa de trescientos a tres mil euros a los cuida-

dores; y de treinta mil uno a noventa mil euros a los proveedores de servicios.

c) Por infracción muy grave, multa de tres mil uno a seis mil euros a los cuidadores; y de noventa mil uno hasta un máximo de un millón euros a los proveedores de servicios.

4. En los supuestos en los que se acuerde la suspensión de prestaciones o subvenciones, ésta se graduará entre uno y seis meses según la gravedad de la infracción.

5. Además, en los casos de especial gravedad, reincidencia de la infracción o trascendencia notoria y grave, las infracciones muy graves se sancionarán con la suspensión temporal de la actividad por un máximo de cinco años o, en su caso, con el cierre de la empresa o la clausura del servicio o establecimiento.

6. Durante la sustanciación del procedimiento sancionador, la Administración competente podrá acordar, como medida cautelar, la suspensión de cualquier tipo de ayudas o subvención de carácter financiero que el particular o la entidad infractora haya obtenido o solicitado de dicha Administración Pública.

7. Durante la sustanciación del procedimiento por infracciones graves o muy graves, y ante la posibilidad de causar perjuicios de difícil o imposible reparación, la Administración competente podrá acordar, como medida cautelar, el cierre del centro o la suspensión de la actividad.

Artículo 46. Prescripción.

1. Las infracciones a que se refiere la presente Ley prescribirán:

- a) Al año, las leves.
- b) A los tres años, las graves.

c) A los cuatro años, las muy graves.

2. El plazo de prescripción comenzará a contarse a partir del día que se haya cometido la infracción y se interrumpirá por la iniciación, con conocimiento del interesado, del procedimiento sancionador.

3. Las sanciones impuestas por faltas muy graves prescribirán a los cinco años, por faltas graves a los cuatro años y por faltas leves al año.

Artículo 47. Competencias.

1. Las Comunidades Autónomas desarrollarán el cuadro de infracciones y sanciones previstas en la presente Ley.

2. La incoación e instrucción de los expedientes sancionadores, así como la imposición de las correspondientes sanciones, corresponderá a cada Administración Pública en el ámbito de sus respectivas competencias.

3. En el ámbito de la Administración General del Estado será órgano competente para imponer las sanciones por conductas previstas como infracciones en el artículo 43:

a) El titular de la Dirección General del Instituto de Mayores y Servicios Sociales, cuando se trate de sanciones por la comisión de infracciones leves.

b) El titular de la Secretaría de Estado de Servicios Sociales, Familias y Discapacidad, cuando se trate de sanciones por la comisión de infracciones graves.

c) El titular del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, cuando se trate de sanciones por la comisión de infracciones muy graves, si bien se requerirá el acuerdo previo del Conse-

jo de Ministros cuando las sanciones sean de cuantía superior a 300.000 euros o en los supuestos de cierre de la empresa o clausura del servicio o establecimiento.

Disposición adicional primera. Financiación de las prestaciones y servicios garantizados por la Administración General del Estado.

La Ley de Presupuestos Generales del Estado de cada ejercicio determinará la cuantía y la forma de abono a las Comunidades Autónomas de las cantidades necesarias para la financiación de los servicios y prestaciones previstos en el artículo 9 de esta Ley.

Disposición adicional segunda. Régimen aplicable a los sistemas de Concierto y Convenio.

La financiación de los servicios y prestaciones del Sistema en la Comunidad Autónoma del País Vasco y en la Comunidad Foral de Navarra que corresponda, según lo previsto en el artículo 32 de esta Ley, a la Administración General del Estado con cargo a su presupuesto de gastos se tendrá en cuenta en el cálculo del cupo vasco y de la aportación navarra, de conformidad con el Concierto Económico entre el Estado y la Comunidad del País Vasco y con el Convenio Económico entre el Estado y la Comunidad Foral de Navarra, respectivamente.

Disposición adicional tercera. Ayudas económicas para facilitar la autonomía personal.

La Administración General del Estado y las administraciones de las Comu-

nidades Autónomas podrán, de conformidad con sus disponibilidades presupuestarias, establecer acuerdos específicos para la concesión de ayudas económicas con el fin de facilitar la autonomía personal. Estas ayudas tendrán la condición de subvención e irán destinadas:

- a) A apoyar a la persona con ayudas técnicas o instrumentos necesarios para el normal desenvolvimiento de su vida ordinaria.
- b) A facilitar la accesibilidad y adaptaciones en el hogar que contribuyan a mejorar su capacidad de desplazamiento en la vivienda.

Disposición adicional cuarta. *Seguridad Social de los cuidadores no profesionales.*

Reglamentariamente el Gobierno determinará la incorporación a la Seguridad Social de los cuidadores no profesionales en el Régimen que les corresponda, así como los requisitos y procedimiento de afiliación, alta y cotización.

Disposición adicional quinta. *Registro de Prestaciones Sociales Públicas.*

La prestación económica vinculada al servicio, la prestación económica para cuidados en el entorno familiar y la prestación económica de asistencia personalizada, reguladas en esta ley, quedan integradas en el Registro de Prestaciones Sociales Públicas. Con tal fin, las entidades y organismos que gestionen dichas prestaciones vendrán obligados a suministrar los datos que, referentes a las que se hubiesen concedido, se establezcan en las normas de desarrollo de esta Ley.

Disposición adicional sexta. *Modificación del Real Decreto Legislativo 3/2004, de 5 de marzo, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas.*

Se añade un nuevo apartado al artículo 7 del texto refundido de la Ley del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas, aprobado por Real Decreto Legislativo 3/2004, de 5 de marzo, con el siguiente texto:

«v) Las prestaciones económicas públicas vinculadas al servicio para cuidados en el entorno familiar y de asistencia personalizada que se derivan de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y de Atención a las personas en situación de dependencia.»

Disposición adicional séptima. *Instrumentos privados para la cobertura de la dependencia.*

1. El Gobierno, en el plazo de seis meses, promoverá las modificaciones legislativas que procedan, para regular la cobertura privada de las situaciones de dependencia.

2. Con el fin de facilitar la cofinanciación por los beneficiarios de los servicios que se establecen en la presente Ley, se promoverá la regulación del tratamiento fiscal de los instrumentos privados de cobertura de la dependencia.

Disposición adicional octava. *Terminología.*

Las referencias que en los textos normativos se efectúan a «minusválidos» y a «personas con minusvalía», se entenderán realizadas a «personas con discapacidad».

A partir de la entrada en vigor de la presente Ley, las disposiciones normativas elaboradas por las Administraciones Públicas utilizarán los términos «persona con discapacidad» o «personas con discapacidad» para denominarlas.

Disposición adicional novena. *Efectividad del reconocimiento de las situaciones vigentes de gran invalidez y de necesidad de ayuda de tercera persona.*

Quienes tengan reconocida la pensión de gran invalidez o la necesidad de asistencia de tercera persona según el Real Decreto 1971/1999, de 23 de diciembre, de Procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación del grado de minusvalía, tendrán reconocido el requisito de encontrarse en situación de dependencia, en el grado y nivel que se disponga en el desarrollo reglamentario de esta Ley.

Disposición adicional décima. *Investigación y desarrollo.*

1. Los poderes públicos fomentarán la innovación en todos los aspectos relacionados con la calidad de vida y la atención de las personas en situación de dependencia. Para ello, promoverán la investigación en las áreas relacionadas con la dependencia en los planes de I+D+I.

2. Las Administraciones Públicas facilitarán y apoyarán el desarrollo de normativa técnica, de forma que asegure la no discriminación en procesos, diseños y desarrollos de tecnologías, productos y servicios, en colaboración con las organizaciones de normalización y todos los agentes implicados.

Disposición adicional undécima. *Ciudades de Ceuta y Melilla.*

El Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales suscribirá acuerdos con las Ciudades de Ceuta y Melilla sobre centros y servicios de atención a la dependencia en ambas Ciudades, pudiendo participar en el Consejo Territorial del Sistema en la forma que éste determine.

Disposición adicional duodécima. *Diputaciones Forales, Cabildos y Consejos Insulares.*

En la participación de las entidades territoriales en el Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia se tendrán en cuenta las especificidades reconocidas a las Diputaciones Forales en el caso de la Comunidad Autónoma del País Vasco, a los Cabildos en el caso de la Comunidad Autónoma de Canarias y a los Consejos Insulares en el caso de la Comunidad Autónoma de Illes Balears.

Disposición adicional decimotercera. *Protección de los menores de 3 años.*

1. Sin perjuicio de los servicios establecidos en los ámbitos educativo y sanitario, el Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia atenderá las necesidades de ayuda a domicilio y, en su caso, prestaciones económicas vinculadas y para cuidados en el entorno familiar a favor de los menores de 3 años acreditados en situación de dependencia. El instrumento de valoración previsto en el artículo 27 de esta Ley incorporará a estos efectos una escala de valoración específica.

2. La atención a los menores de 3 años, de acuerdo con lo dispuesto en el

apartado anterior, se integrará en los diversos niveles de protección establecidos en el artículo 7 de esta Ley y sus formas de financiación.

3. En el seno del Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia se promoverá la adopción de un plan integral de atención para estos menores de 3 años en situación de dependencia, en el que se contemplen las medidas a adoptar por las Administraciones Públicas, sin perjuicio de sus competencias, para facilitar atención temprana y rehabilitación de sus capacidades físicas, mentales e intelectuales.

Disposición adicional decimocuarta.

Fomento del empleo de las personas con discapacidad.

Las entidades privadas que aspiren a gestionar por vía de concierto prestaciones o servicios del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia deberán acreditar con carácter previo, en el caso de que vinieran obligadas a ello, el cumplimiento de la cuota de reserva para personas con discapacidad o, en su defecto, las medidas de carácter excepcional establecidas en el artículo 38 de la Ley 13/1982, de 7 de abril, de Integración Social de los Minusválidos, y reguladas en el Real Decreto 364/2005, de 8 de abril.

Disposición adicional decimoquinta.

Garantía de accesibilidad y supresión de barreras.

Las Administraciones Públicas, en el ámbito de sus respectivas competencias, garantizarán las condiciones de accesibilidad en los entornos, procesos y procedimientos del Sistema para la

Autonomía y Atención a la Dependencia, en los términos previstos en la Ley de igualdad de oportunidades, no discriminación y accesibilidad universal de las personas con discapacidad.

Disposición adicional decimosexta.

Pensiones no contributivas.

Se modifica el apartado 2 del artículo 145 del Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social, aprobado por Real Decreto legislativo 1/1994, de 20 de junio, en los siguientes términos:

Las cuantías resultantes de lo establecido en el apartado anterior de este artículo, calculadas en cómputo anual, son compatibles con las rentas o ingresos anuales de que, en su caso, disponga cada beneficiario, siempre que los mismos no excedan del 25 por 100 del importe, en cómputo anual, de la pensión no contributiva. En caso contrario, se deducirá del importe de la pensión no contributiva la cuantía de las rentas o ingresos que excedan de dicho porcentaje, salvo lo dispuesto en el artículo 147.

Disposición transitoria primera. *Participación en la financiación de las Administraciones Públicas.*

Durante el período comprendido entre el 1 de enero de 2007 y el 31 de diciembre de 2015, y para favorecer la implantación progresiva del Sistema, la Administración General del Estado establecerá anualmente en sus Presupuestos créditos para la celebración de los convenios con las administraciones de las Comunidades Autónomas de acuerdo con el artículo 10 de esta Ley.

Disposición transitoria segunda.

Durante un periodo máximo de seis meses desde la fecha de inicio para la presentación de solicitudes de reconocimiento de la situación de dependencia, quedará en suspenso lo previsto en el artículo 28.6 sobre delegación, contratación o concierto.

Disposición final primera. *Aplicación progresiva de la Ley.*

1. La efectividad del derecho a las prestaciones de dependencia incluidas en la presente Ley se ejercerá progresivamente, de modo gradual y se realizará de acuerdo con el siguiente calendario a partir del 1 de enero de 2007:

El primer año a quienes sean valorados en el Grado III de Gran Dependencia, niveles 2 y 1. En el segundo y tercer año a quienes sean valorados en el Grado II de Dependencia Severa, nivel 2. En el tercero y cuarto año a quienes sean valorados en el Grado II de Dependencia Severa, nivel 1. El quinto y sexto año a quienes sean valorados en el Grado I de Dependencia Moderada, nivel 2. El séptimo y octavo año a quienes sean valorados en el Grado I de Dependencia Moderada, nivel 1.

2. El reconocimiento del derecho contenido en las resoluciones de las administraciones públicas competentes generará el derecho de acceso a los servicios y prestaciones correspondientes, previstos en los artículos 17 a 25 de esta Ley, a partir del inicio de su año de implantación de acuerdo con el calendario del apartado 1 de esta disposición o desde el momento de su solicitud de reconocimiento por el interesado, si ésta es posterior a esa fecha.

3. Transcurridos los primeros tres años de aplicación progresiva de la Ley,

el Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia realizará una evaluación de los resultados de la misma, proponiendo las modificaciones en la implantación del Sistema que, en su caso, estime procedentes.

4. En la evaluación de los resultados a que se refiere el apartado anterior se efectuará informe de impacto de género sobre el desarrollo de la Ley.

Disposición final segunda. *Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia.*

En el plazo máximo de tres meses desde la entrada en vigor de la presente Ley, deberá constituirse el Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia regulado en el artículo 8.

Disposición final tercera. *Comité Consultivo.*

En el plazo máximo de tres meses desde la entrada en vigor de la presente Ley, deberá constituirse el Comité Consultivo del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia regulado en el artículo 40.

Disposición final cuarta. *Marco de cooperación interadministrativa para el desarrollo de la Ley.*

En el plazo máximo de tres meses desde su constitución, el Consejo Territorial del Sistema acordará el marco de cooperación interadministrativa para el desarrollo de la Ley previsto en el artículo 10, así como el calendario para el desarrollo de las previsiones contenidas en la presente Ley.

Disposición final quinta. *Desarrollo reglamentario.*

En el plazo máximo de tres meses tras la constitución del Consejo y de conformidad con los correspondientes acuerdos del Consejo Territorial del Sistema, se aprobará la intensidad de protección de los servicios previstos de acuerdo con los artículos 10.3 y 15, así como el baremo para la valoración del grado y niveles de dependencia previstos en los artículos 26 y 27.

Disposición final sexta. *Informe anual.*

1. El Gobierno deberá informar a las Cortes anualmente de la ejecución de las previsiones contenidas en la presente Ley.

2. Dicho informe incorporará la memoria del Consejo Territorial y el dictamen de los Órganos Consultivos.

Disposición final séptima. *Habilitación normativa.*

Se faculta al Gobierno para dictar cuantas disposiciones sean necesarias para el desarrollo y ejecución de la presente Ley.

Disposición final octava. *Fundamento constitucional.*

Esta Ley se dicta al amparo de la competencia exclusiva del Estado para regular las condiciones básicas que garanticen la igualdad de todos los españoles en el ejercicio de los derechos y el cumplimiento de los deberes constitucionales, conforme al artículo 149.1.1.^a de la Constitución.

Disposición final novena. *Entrada en vigor.*

La presente Ley entrará en vigor el primer día del mes siguiente al de su publicación en el «Boletín Oficial del Estado».

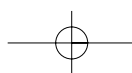
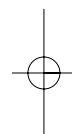
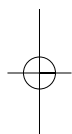
Por tanto,

Mando a todos los españoles, particulares y autoridades, que guarden y hagan guardar esta ley.

Madrid, 14 de diciembre de 2006.

JUAN CARLOS R.

El Presidente del Gobierno,
JOSÉ LUIS RODRÍGUEZ ZAPATERO



ANEXO II

Borrador de Real Decreto por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud correspondiente a la prestación de atención sociosanitaria (*)

La Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, define en su artículo 7 el catálogo de prestaciones del Sistema Nacional de Salud. Dicho catálogo tiene por objeto, según el precepto legal, garantizar las condiciones básicas y comunes para una atención integral, continuada y en el nivel adecuado de atención y comprende, entre otras, la prestación de atención sociosanitaria. El artículo 14 de la misma Ley regula dicha prestación. El apartado 1 del precepto legal define la prestación como el conjunto de cuidados destinados a aquellos enfermos, generalmente crónicos, que por sus especiales características pueden beneficiarse de la actuación simultánea y sinérgica de los servicios sanitarios y sociales para aumentar su autonomía, paliar sus limitaciones o sufrimientos y facilitar su reinserción social. El apartado 2, relativo a los niveles de atención que, en el ámbito sanitario, tendrá la atención sociosanitaria, exige, tras salvaguardar la competencia de las comunidades autónomas para determinar tales niveles de atención, que dicha prestación comprenda con carácter básico los cuidados sanitarios de larga duración, la atención sanitaria a la convalecencia y la rehabilitación en pacientes con déficit funcional recuperable. Por último, el apartado 3 dispone que la continuidad de dicho servicio se garantice por los servicios sanitarios y sociales a través de la adecuada coordinación entre las administraciones públicas correspondientes.

(*) Fuente: CERMI.

A su vez, el artículo 8 de la citada Ley 16/2003, de 28 de mayo, establece que las prestaciones sanitarias incluidas en el catálogo se harán efectivas mediante la cartera de servicios acordada en el seno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. En el artículo 20 se regula dicha cartera de servicios definiéndola como el conjunto de técnicas, tecnologías o procedimientos mediante los que se hacen efectivas las prestaciones sanitarias incluidas en el catálogo de prestaciones del Sistema Nacional de Salud; a tales efectos, entiende por técnicas, tecnologías o procedimientos, cada uno de los métodos, actividades y recursos basados en el conocimiento y experimentación científica. Establece, asimismo, que la cartera de servicios se aprobará mediante Real Decreto y autoriza a las comunidades autónomas a aprobar, en el ámbito de sus competencias, sus respectivas carteras de servicios, que incluirán cuando menos la cartera de servicios del mencionado Sistema.

El Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, viene a complementar las previsiones legales, estableciendo la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización, de modo que, por un lado y conforme establece la ley, quede asegurada la efectividad de las prestaciones sanitarias incluidas en el correspondiente catálogo y, por otro, pueda adecuarse dicha cartera a los avances tecnológicos y a las necesidades cambiantes de la población cubierta por el Sistema. No obstante, el citado reglamento no incluye en la cartera de servicios comunes los correspondientes a la prestación de atención sociosanitaria, pese a estar la misma incorporada en el catálogo de prestaciones del Sistema Nacional de Salud. En consecuencia, dicha prestación no encuentra, en la actualidad, la debida correspondencia en la cartera de servicios que configura el mínimo común que han de incluir las comunidades autónomas en sus respectivas carteras, con el riesgo consiguiente de incumplimiento del mandato de igualdad efectiva contenido tanto en el artículo 3.2 de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, como en el artículo 23 de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud.

Por otra parte, la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de

dependencia, regula en el artículo 15 el catálogo de servicios del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, que comprende los servicios sociales de promoción de la autonomía personal y de atención a la dependencia. El apartado 2 de dicho artículo dispone que tales servicios se regulan sin perjuicio de lo previsto en el artículo 14 de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. Por tanto, la citada Ley 39/2006, de 14 de diciembre, no viene a sustituir las previsiones de las leyes sanitarias, sino que toma como punto de partida de su planificación asistencial la debida observancia de cuanto se contiene en dichas leyes sanitarias.

Por ello, con el fin de garantizar el completo y adecuado cumplimiento de los citados preceptos legales y al objeto de que la cartera de servicios que aprueben las comunidades autónomas responda a criterios unitarios que aseguren a los ciudadanos, con independencia del lugar en el que residan, procedimientos, técnicas y tecnologías comunes para hacer efectivas, en condiciones de igualdad, las prestaciones sanitarias, se hace necesario regular los aspectos que se encuentran pendientes del debido desarrollo por vía reglamentaria. Concretamente, resulta preciso regular la cartera de servicios comunes correspondientes a la prestación de atención sociosanitaria de manera que, a través de los métodos, actividades y recursos establecidos, se haga efectiva, en condiciones de igualdad en el ámbito del Sistema Nacional de Salud, la citada prestación.

La cartera de servicios contenida en este Real Decreto cuenta con el acuerdo previo del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.

Asimismo, han sido consultados el Consejo Nacional de la Discapacidad y el Consejo Estatal de Mayores.

En su virtud, a propuesta del Ministro de Sanidad y Consumo, de acuerdo con el Consejo de Estado y previa deliberación del Consejo de Ministros en su reunión del día...

DISPONGO:

Artículo 1. *Objeto de la norma*

El objeto del presente Real Decreto es regular el contenido de la cartera de servicios comunes correspondiente a la prestación de atención sociosanitaria contenida en el catálogo de prestaciones del Sistema Nacional de Salud.

En lo relativo a las características generales de la cartera de servicios comunes, al personal y centros autorizados para facilitarla, al procedimiento para la actualización de la misma, a la cartera de servicios complementaria de las comunidades autónomas, al sistema de información sobre cartera de servicios y a los servicios de información a los usuarios, a la cartera de servicios de las mutualidades de funcionarios y, en general, en cuanto no esté previsto por la presente norma, será de aplicación lo dispuesto por el Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización, así como por las normas que lo desarrollan.

Artículo 2. *Contenido de la cartera de servicios comunes correspondiente a la prestación de atención sociosanitaria*

El contenido de la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud correspondiente a la prestación de atención sociosanitaria se recoge en el anexo a la presente norma.

Por orden del Ministerio de Sanidad y Consumo, previo acuerdo del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, podrá concretarse y detallarse el contenido de los diferentes apartados de la cartera de servicios comunes correspondiente a la prestación de atención sociosanitaria recogida en este anexo.

Artículo 3. *Cartera de servicios complementaria de las comunidades autónomas*

Las comunidades autónomas en el ámbito de sus competencias podrán aprobar sus respectivas carteras de servicios correspondien-

tes a la prestación de atención sociosanitaria que incluirán, cuando menos, la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud correspondiente a la prestación de atención sociosanitaria, que debe garantizarse a todos los usuarios de dicho Sistema.

Disposición final primera. *Título competencial*

Este Real Decreto se dicta al amparo de lo previsto en el artículo 149.1.1^a, 16.^a y 17.^a de la Constitución española.

Disposición final segunda. *Habilitación normativa*

Se habilita al Ministro de Sanidad y Consumo para dictar cuantas disposiciones requiera la definición, aplicación y desarrollo de lo establecido en este Real Decreto.

Disposición final tercera. *Entrada en vigor*

El presente Real Decreto entrará en vigor el día siguiente al de su publicación en el «Boletín Oficial del Estado».

ANEXO II bis)

Cartera de servicios comunes de atención sociosanitaria

En el ámbito del Sistema Nacional de Salud se suministran, a través de la prestación de atención sociosanitaria, cuidados y servicios sanitarios orientados a mejorar el estado de salud y de autonomía personal del usuario, facilitando la permanencia, en la medida de lo posible, en su domicilio o entorno social, contribuyendo a mejorar la calidad de vida tanto del paciente como del cuidador o asistente y respetando tanto sus estilos de vida como sus preferencias.

1. *Características de la atención sociosanitaria*

Las características básicas de la prestación de atención sociosanitaria en el ámbito sanitario son:

- 1.1. La priorización del enfoque preventivo, basado en la atención durante todo el ciclo de vida de las personas, mediante programas de promoción de la salud y de prevención de la enfermedad de la discapacidad y de la dependencia dirigidos al conjunto de la población, a grupos de riesgo o a los individuos.
- 1.2. La garantía de los derechos de los usuarios en relación a la seguridad, calidad, accesibilidad, movilidad y tiempo en el acceso a este tipo de atención.
- 1.3. La orientación de la atención a las necesidades individuales de las personas, teniendo en cuenta su historia de vida, sus opciones y preferencias y su entorno familiar y social.
- 1.4. La primacía del mantenimiento del usuario en su entorno frente a la institucionalización.

(*) Fuente: CERMI.

- 1.5. Un enfoque integral, que garantice la coordinación del conjunto de niveles y dispositivos asistenciales.

2. *Personas susceptibles de atención sociosanitaria*

En el ámbito sanitario la atención sociosanitaria se prestará preferentemente a las personas que, ante un proceso patológico, requieran una atención sanitaria en la que sea importante la coordinación con los dispositivos sociales para aumentar su autonomía personal, paliar sus limitaciones, atenuar su sufrimiento y favorecer su inserción social.

Pueden ser calificadas como personas susceptibles de esta atención, previa valoración, las siguientes:

- 2.1. Pacientes inmovilizados.
- 2.2. Enfermos terminales.
- 2.3. Enfermos convalecientes postquirúrgicos o convalecientes de procesos agudos.
- 2.4. Personas con trastornos mentales, conductuales y adictivos severos.
- 2.5. Personas con déficit funcional, sensorial o intelectual severo.
- 2.6. Pacientes con demencias y otras enfermedades neurodegenerativas.
- 2.7. Pacientes con otras enfermedades crónicas progresivas en situación de dependencia funcional.
- 2.8. Ancianos de riesgo: mayores de ochenta años; personas mayores que viven solas o con personas en condiciones similares o más desfavorables que las suyas; personas mayores con antecedentes de caídas; personas mayores con ingresos hospitalarios frecuentes; personas mayores con polimedicación o pluripatología; personas mayores con incontinencia; personas mayores con trastornos visuales y/o auditivos.

3. *Contenido de la cartera de servicios de atención sociosanitaria*

En el ámbito sanitario, la atención sociosanitaria comprenderá:

- 3.1. Programas de promoción de la salud y de prevención de la enfermedad, de la discapacidad y de la dependencia orientados al conjunto de la población y/o a grupos de pobla-

- ción específicos para afrontar situaciones de riesgo de dependencia.
- 3.2. Programas de promoción de la salud y de prevención de la enfermedad, de la discapacidad y de la dependencia orientados a una persona en particular y realizados en consultas, médicas y de enfermería, o en el domicilio del paciente. A tales efectos, se considerará «domicilio del paciente» tanto el particular como el de la institución en la que se encuentre internado.
 - 3.3. Programas de rehabilitación de pacientes con déficit funcional recuperable orientados a la recuperación de la autonomía perdida y a la prevención de situaciones de discapacidad y dependencia.
 - 3.4. Programas de rehabilitación orientados al mantenimiento y potenciación de las capacidades residuales de los enfermos crónicos.
 - 3.5. Programas de atención a la convalecencia orientados a personas que, tras sufrir un proceso agudo de enfermedad o accidente, o un episodio intercurrente en casos de enfermedad crónica o de discapacidad, presenten limitaciones en su autonomía y requieran atención y cuidados durante un período de tiempo limitado.
 - 3.6. Programas de cuidados sanitarios de larga duración y de complejidad reducida que pueden proporcionarse en el domicilio del paciente o requerir su internamiento en un centro hospitalario. A tales efectos, se considerará «domicilio del paciente» tanto el particular como el de la institución en la que se encuentre internado.
 - 3.7. Programas de primera noticia y de atención temprana orientados a personas con discapacidad.

La atención sociosanitaria se prestará en función de las necesidades de cada paciente.

4. *La atención sociosanitaria en los ámbitos de atención primaria y de atención especializada*

La atención sociosanitaria se prestará tanto en el ámbito de atención primaria de salud como en el ámbito de asistencia especializada.

4.1. En el ámbito de la atención primaria de salud:

- 4.1.1. Se desarrollarán los programas de promoción de la salud, de consejo genético, de atención temprana y de prevención de la enfermedad, de la discapacidad y de la dependencia, y se prestará atención domiciliaria a pacientes inmovilizados, así como atención sanitaria a los ancianos.
- 4.1.2. Se prestará atención paliativa a enfermos terminales.
- 4.1.3. Se prestará atención a la salud mental en coordinación con el ámbito especializado.
- 4.1.4. Se prestarán servicios de rehabilitación en coordinación con el ámbito especializado. Estos servicios de rehabilitación incluirán a pacientes con enfermedades neurodegenerativas, con el objeto de mejorar y potenciar sus capacidades residuales.
- 4.1.5. Se establecerán unidades de gestión de casos de composición mixta (con profesionales del sector sanitario y del sector social) encargadas de la evaluación de necesidades, el establecimiento de un plan de cuidados y la asignación de los recursos pertinentes para llevarlo a cabo.

4.2. En el ámbito de la atención especializada de salud:

- 4.2.1. Se prestará asistencia especializada en consultas, en hospital de día, en régimen de internamiento en hospital de agudos y en unidades de media y larga estancia y de convalecencia.
- 4.2.2. Se prestará atención paliativa a enfermos terminales.
- 4.2.3. Se prestará atención a la salud mental en coordinación con el ámbito de atención primaria.
- 4.2.4. Se prestarán servicios de rehabilitación en coordinación con el ámbito de atención primaria.
- 4.2.5. Se establecerán protocolos de atención consensuados con los equipos de atención primaria que garanticen la continuidad de los cuidados una vez

producida el alta hospitalaria. Estos protocolos son especialmente importantes en el caso de las enfermedades raras, pues debido a su baja incidencia existe un alto riesgo de desconocimiento de las características de la enfermedad por los servicios de atención primaria.

- 4.2.6. Se implantará un protocolo de primera noticia para aquellos casos de dependencia y discapacidad en el nacimiento.

ANEXO III

CONCLUSIONES DE LA ENCUESTA EDDDES (1)

1. Prevalencia de las discapacidades

- De las 39.247.010 personas que constituían la población española en el momento de la encuesta, 3.528.222 declaran algún tipo de discapacidad o limitación, es decir, un 9,0 por 100 de la población.
- La discapacidad está asociada estrechamente con la edad y también con el género. Las personas mayores suponen un 58,8 por 100 de todos los que declaran encontrarse en situación de discapacidad. Y el 58,3 por 100 de las personas con discapacidad son mujeres.
- En las edades infantiles y juveniles las tasas de discapacidad se sitúan en torno al 2 por 100 de la población; crecen algo entre los/as adultos/as, jóvenes de 20-44 años (3,1 por 100). Y alcanzan el 9,4 por 100 en las edades maduras. En el conjunto de mayores, la discapacidad afecta ya a casi uno/a de cada tres (32,2 por 100), y dos de cada tres entre las personas de ochenta y cinco y más años (63,6 por 100).
- Con anterioridad a los cincuenta años, las mujeres tienen menos probabilidad que los hombres de tener discapacidad. En las edades superiores las tasas femeninas superan ampliamente a las masculinas, de forma que a los ochenta y cinco y más años el 65,7 por 100 de las mujeres tienen alguna discapacidad, frente al 59,2 por 100 de los hombres.

(1) Encuesta sobre discapacidades.

- En la etapa escolar (hasta los dieciseis años), las tasas entre niños son más altas que entre las niñas, quizá como consecuencia de comportamientos «más activos» y de mayor riesgo.
- En la edad madura, los cambios en las condiciones biológicas de las mujeres y otras razones hacen aumentar en mayor medida entre ellas las situaciones de discapacidad. Los hombres a estas edades maduras sufren una mayor incidencia de problemas de salud más letales, razón que puede explicar también las menores tasas masculinas
- El envejecimiento de la vejez, tiene un fuerte impacto en la prevalencia de la discapacidad.

2. La discapacidad en la población

Los tipos de discapacidad

- Las discapacidades más frecuentes entre la población española son las referidas a la movilidad.
- La mujeres sufren en mayor medida que los hombres este tipo de problemas de movilidad. Y casi dos de cada tres individuos con esta discapacidad son personas de edad.
- Las discapacidades de movilidad doméstica o extra-doméstica impiden a las personas un pleno acceso o beneficio de las ventajas de vivir en sociedad.
- Los problemas para el cuidado del hogar son la discapacidad con un mayor sesgo por género.
- Los problemas relativos a las funciones visuales y auditivas se presentan fundamentalmente entre los mayores: más del 69 por 100 de todos los españoles con este tipo de problemas.
- Cuando un individuo tiene dificultades para cuidar de sí mismo (777.058), a la ayuda de una tercera persona se hace imprescindible. Casi todos los afectados de esta categoría son personas de edad; es la discapacidad que presenta un perfil más envejecido de todos los tipos de discapacidad.

La entrada en discapacidad

- La mayor probabilidad de entrar en discapacidad para toda la población se concentra entre los ochenta y ochenta y cinco años.
- Los riesgos de comenzar a sufrir una discapacidad aumentan de forma muy suave hasta los cuarenta y cinco años; el ascenso se convierte en moderado desde esa edad hasta los sesenta y cinco años; sufre un fuerte incremento hasta los ochenta y cinco años, y se ralentiza ya en edades posteriores.
- A los cincuenta años, el 9 por 100 de las personas que acabarán con discapacidad ya ha entrado en ella; a los sesenta y cinco, el 23 por 100; a los ochenta y cinco años, la mitad de la población ya ha iniciado alguna discapacidad.
- Las actividades de movilidad son las primeras en las que las personas sufren dificultades.
- La aparición de problemas de auto-cuidados corresponde con el momento de máximo deterioro: se pierden las habilidades que permiten mantener la autonomía e independencia personal. Es el último estudio de la fragilidad, en el que se presentan las discapacidades que generan una mayor dependencia.
- Cuanto mayor es la edad, mayor es el riesgo de aparición de una discapacidad cognitiva.
- Existen dos patrones básicos respecto a la aparición de un proceso de discapacidad: el progresivo y el catastrófico. El primero se establece paulatinamente añadiendo discapacidades según van pasando los años; es más frecuente entre la población de edad. El segundo se instaura de forma rápida y se produce en mayor medida entre los más jóvenes o recién nacidos.

3. La discapacidad a lo largo de la vida

- La experiencia de la discapacidad tiene un diferente sentido según la edad a la que el individuo se ve afectado.
- Entre niños/as y jóvenes, las diferencias con sus compañeros de generación, que además marcan los estándares, medios de lo que se considera normal, son notables.

- Entre seis y diecinueve años es el momento del curso de vida en el que se inician menos discapacidades. Los factores endógenos de la discapacidad (por ejemplo, genéticos) aún predominan sobre los exógenos (accidentes, enfermedades contráctas, etc.).
- Los verdaderos riesgos comienzan tras la adolescencia, entre veinte y cuarenta y cuatro años.
- Los problemas de movilidad son los más importantes entre adultos/as, en su mayoría como consecuencia de traumatismos y lesiones ocasionados por accidentes, comportamientos más violentos, condiciones de trabajo y otras causas externas evitables.
- Entre las mujeres de edad intermedia comienzan a aparecer los problemas osteo-articulares en las extremidades inferiores y superiores, motivados normalmente por enfermedad común (artritis, reuma), que se traducen en problemas de movilidad dentro y fuera del hogar, y para la realización de tareas domésticas.
- Por cada cuatro personas que acaban su vida con discapacidad, una la había adquirido con anterioridad a los sesenta y cinco años, mientras las tres restantes se encontraron con la discapacidad en su recorrido a lo largo de la vejez.
- La entrada en discapacidad entre los mayores es diferente según género. Las mujeres presentan tasas de entrada en discapacidad más elevadas que los hombres, lo que unido a una mayor supervivencia, motiva unas tasas de prevalencia más elevadas en general, y en cada uno de los tipos de discapacidad.
- Las discapacidades sensoriales (visuales y auditivas) y de movilidad exterior son las que comienzan de forma más temprana. Las que más aumentan durante el periodo de la vejez son las relativas a las funciones cognitivas, y las de comunicación y relación en muchos casos asociadas a las primeras.
- De forma general, se puede afirmar que se entra primero en discapacidad en las actividades más complejas, las que requieren tomas de decisión e interacciones más difíciles con el medio, incluyendo las tareas de manejo y administración

del hogar y de la propiedad. Posteriormente, se va perdiendo la habilidad para las actividades básicas o fundamentales, aquellas que permiten la autonomía personal.

4. Variación geográfica de la discapacidad

- La discapacidad no se distribuye aleatoriamente en el territorio, sino que está más presente en unas zonas que en otras, traduciendo diferencias en la estructura demográfica (zonas más envejecidas) o en las condiciones de salud de su población, reflejo esto a su vez de factores de tipo socioeconómicos, sanitario y de políticas aplicadas.
- La discapacidad afecta a más del 10 por 100 de la población de seis y más años en Castilla y León, Murcia, Galicia y Andalucía, mientras que está por debajo del 8 por 100 en Navarra, Baleares, País Vasco, Madrid, Canarias y La Rioja, comunidad que ostenta la tasa más baja de España.
- La distribución territorial de la discapacidad, eliminado el efecto de la estructura por edad (envejecimiento), dibuja de forma muy gráfica dos áreas, trazando una diagonal noroeste-sureste; de forma que en la zona occidental y meridional se presentan las tasas más elevadas de discapacidad.
- La España meridional, además, muestra una mayor severidad en los casos de discapacidad.
- Las zonas rurales (municipios de menos de 10.000 habitantes) presentan tasas de discapacidad algo más elevadas que las urbanas, y además situaciones de mayor severidad.

5. La severidad

- Discapacidad y severidad aumentan con la edad. Por ello, el mayor número de casos graves se encuentran entre los octogenarios.
- Hasta los 40/44 años, las tasas de discapacidad son más altas entre los hombres, la gravedad es también mayor entre éstos. A partir de esa edad, las mujeres comienzan a sufrir situaciones más graves.

- El nivel de severidad es muy alto en todas las discapacidades relacionadas con funciones mentales. Más del 90 por 100 de las personas que sufren alguna discapacidad de este tipo muestran un nivel de severidad grave o máximo.
- Cuanto más joven es una persona al caer en discapacidad, mayor porcentaje de su vida sufrirá dicha situación, pues su pronóstico evolutivo suele ser primordialmente el mantenimiento de la situación actual o el deterioro progresivo.
- El panorama de la evolución de las discapacidades en su conjunto no es muy positivo. Para la mayor parte de ellas, se prevé un empeoramiento (53,4 por 100) y un 34,8 por 100 están estabilizadas sin perspectivas de mejora.
- La percepción negativa del pronóstico evolutivo vienen también condicionada por el hecho de que entre la población de edad las situaciones de gravedad son más acusadas que en el resto del colectivo de personas con discapacidad.
- Entre los grupos de adultos y edad intermedia se concentra el mayor número de casos de rehabilitación.
- Son muchos los afectados por una discapacidad que entienden que su situación ya no puede empeorar más, desde la posición del que ya no puede realizar la actividad. Por ello, las discapacidades que en mayor medida presentan severidades máximas, no muestran las perspectivas más negativas, sino que aparecen como estables.
- Las dificultades de visión y comunicación son las que presentan mejores perspectivas de recuperación o mejora, a juicio del entrevistado.

La codiscapacidad

- Las discapacidades de movilidad son las que presentan un mayor nivel de codiscapacidad.
- Las discapacidades de movilidad se asocian con especial intensidad con limitaciones visuales y problemas cognitivos.
- Los problemas cognitivos, en el origen de muchas otras discapacidades, suelen mostrar un alto nivel de codiscapacidad. Son además el grupo de discapacidades que muestra una

mayor combinación de discapacidades ya en el inicio del proceso, lo que demuestra la gravedad del mismo.

- Las discapacidades de relación están muy asociadas a las cognitivas, y muestran las dificultades que sufren las personas con discapacidad para su inclusión social.

6. Causas de la discapacidad

- Las deficiencias de origen de la discapacidad, que afectan a un mayor número de personas y a edades más tempranas, son las de tipo osteoarticular. Se presentan en mayor medida entre las mujeres y aumentan con la edad.
- La situación de dos de cada tres personas con problemas cognitivos, tiene su origen en una demencia y en otros trastornos mentales (enfermedades psicóticas, trastornos orgánicos, etc.). La demencia es la deficiencia mental más importante entre los mayores, origen de la disminución de relación social, de problemas de comprensión, orientación y movilidad exterior.

El origen de las deficiencias. Los problemas

- La mayor parte de las deficiencias o anomalías han sido ocasionadas por la enfermedad común (61,1 por 100), especialmente entre las personas mayores, donde la cronicidad de la enfermedad es una manifestación más de sus condiciones de salud.
- Los problemas etiquetados como otras causas de deficiencias (normalmente procesos degenerativos inespecíficos, asociados a la edad), le siguen en importancia y originan el 18,2 por 100 de las deficiencias.
- Entre los niños de cero a cinco años, el principal problema causante de deficiencia es el congénito, hereditario y gestacional. Los accidentes de tráfico tienen un impacto mayor en los adultos jóvenes de veinte a cuarenta y cuatro años. Entre el grupo de mayores, la enfermedad común es el origen más importante de las deficiencias.

- Los problemas congénitos provocan, sobre todo, deficiencias mentales (retraso mental moderado y otros trastornos mentales) y deficiencias sensoriales. Los problemas de parto concentran sus consecuencias en las deficiencias mentales (los diferentes tipos de retraso mental) y en las del sistema nervioso.
- Los accidentes ocasionan ante todo deficiencias osteoarticulares. Éstas están más concentradas en las extremidades inferiores en los accidentes de tráfico y ocio, y con mayores repercusiones en las extremidades superiores, y problemas de visión, en los accidentes laborales.
- Las enfermedades profesionales provocan igualmente deficiencias osteoarticulares y problemas de audición. La enfermedad común origina problemas osteoarticulares, sensoriales, viscerales y mentales, siendo la principal causa de deficiencia y discapacidad.
- Otras causas estrechamente relacionadas con el envejecimiento, y difíciles de precisar, originan deficiencias múltiples y sensoriales.

Enfermedad diagnosticada

- Las personas con discapacidad muestran un modelo dominado por enfermedades osteoarticulares, como la artritis reumatoide, sufrida por 773.909 personas, tres veces más mujeres que hombres.
- Los accidentes cerebrovasculares, principal causa de muerte en España, habían afectado a 175.282 personas supervivientes a los mismos. Los supervivientes tienen un alto riesgo de padecer secuelas discapacitantes.

7. Las limitaciones cognitivas

- Aproximadamente dos de cada tres personas que sufren limitaciones cognitivas son personas de edad, una proporción más elevada que en otras discapacidades.
- Por regla general, las personas con demencia o Alzheimer (así como las que han sufrido parálisis cerebral o un acciden-

te cerebrovascular) presentan, en primer término, problemas para reconocer y orientarse, después problemas de memoria y finalmente problemas de comprensión.

- En los casos de síndrome de Down, las más presentes son las dificultades graves o importantes para reconocer la naturaleza de los problemas, entenderlos, elegir alternativas y toma de decisiones. En segundo lugar, refieren dificultades para orientarse y reconocer personas, problemas de memoria, y finalmente dificultad para entender y asimilar información y para el aprendizaje.

8. Los riesgos de discapacidad. Los factores personales

- La edad es el factor demográfico más determinante de padecer alguna discapacidad.
- Parece demostrarse que las mujeres mayores y viudas tienen tasas más elevadas de discapacidad más por ser mayores o viudas que por ser mujeres.
- Los/as solteros/as y viudos/as tienen más probabilidad de sufrir discapacidad que los/as casados/as. Pero este patrón es diferente entre la población joven y adulta, entre la que la viudez muestra una menor asociación con la discapacidad. Entre la población de edad, la relación entre la soledad y la discapacidad es más estrecha.
- El nivel de instrucción es uno de los factores más determinantes del bienestar y el estado de salud de los individuos. El riesgo de discapacidad aumenta según desciende el nivel educativo. Un mayor nivel de instrucción es garantía de mayores oportunidades en la vida, de disfrutar de mejores posiciones sociales, etc.
- La influencia de los ingresos, aunque menos discriminante que la del nivel de instrucción, se deja sentir en el calendario de inicio de la discapacidad. El patrón de discapacidad de las personas que viven en hogares de mayores ingresos muestra un retraso de diez/quince años en la aparición de la discapacidad.
- Las personas con mayores recursos culturales, de formación y de ingresos, tienen mayor probabilidad de participar

en actividades, y mostrar hábitos de vida y costumbres saludables.

- En igualdad de condiciones, una persona tiene seis veces más probabilidad de ser discapacitada si percibe muy mal su estado de salud, que si lo percibe muy bien.
- El sedentarismo aumenta más de dos veces el riesgo de acabar sufriendo alguna discapacidad. Esta tendencia a estilos de vida sedentarios, que parece mantenerse en el futuro, seguirá pesando como factor de predisposición hacia la discapacidad.
- Las personas con escasos estudios o analfabetas, con bajos ingresos, con unas condiciones de salud malas y con actividades sedentarias, multiplican sus riesgos de sufrir alguna discapacidad. Y estos atributos son más frecuentes entre las personas de edad.

ANEXO IV (*)

Documentos Internacionales sobre atención Sociosanitaria

- Consejo de Ministros de la Unión Europea (1993). Refleja la conveniencia de «promover una coordinación de los diferentes servicios sanitarios y sociales» y la «necesidad de estimular prestaciones cualificadas y diferenciadas, con el fin de responder a las nuevas demandas».
- Recomendación núm. R (98) 11. Del Comité de Ministros a los Estados miembros de la Unión Europea sobre la organización de la atención sanitaria para los enfermos crónicos. Septiembre de 1998.
- Recomendación núm. R (98) del Comité de Ministros a los Estados miembros relativa a la dependencia.
- Informe de la Royal Commission on Long Term Care. Reino Unido 1998.
- Sexta Conferencia de los Ministros Europeos de Sanidad. El envejecimiento en el siglo XXI: necesidad de un enfoque equilibrado para un envejecimiento con buena salud. Atenas, abril 1999.
- Mantener la prosperidad en una sociedad que envejece. Recomendaciones de la OCDE para España. Junio 2001.
- OCDE. A disease base comparison of Health Systems (2003).
- OMS. Salud y Envejecimiento: un marco político (2002).
- OMS. Key Policy Issues in Long-Term care. (2003).
- Leyes de protección a la dependencia en Alemania (1995), Luxemburgo (1998), Austria (1993) y Francia (1997, revisión 2001, 2002 y 2004).

(*) Fuente: Libro Blanco de la Dependencia.

Documentos sobre atención Sociosanitaria en el ámbito del Estado

- Plan Gerontológico Nacional (1993), en sus Áreas 2 y 3, Salud y asistencia sanitaria y Servicios Sociales, establece las primeras bases de coordinación socio-sanitaria.
- Acuerdo Marco para la coordinación Socio-sanitaria entre los Ministerios de Asuntos Sociales y Sanidad, en 1993. Bases para la ordenación de servicios de atención sanitaria a las personas mayores. Ministerio de Sanidad y Consumo. INSALUD, 1994.
- Criterios de Ordenación de Servicios para la Atención Sanitaria a las personas mayores. Ministerio de Sanidad y Consumo. INSALUD, 1996.
- Acuerdo Parlamentario de 18 de diciembre de 1997 sobre Consolidación y Modernización del Sistema Nacional de Salud, en el que su apartado núm. 3 se dedica a «instrumentar alternativas para la asistencia socio-sanitaria».
- Informe de la Ponencia especial, constituida en el seno de la Comisión de Sanidad y Asuntos Sociales del Senado, para el estudio de la problemática del envejecimiento de la población española (diciembre de 1999).
- Informe del Defensor del Pueblo sobre «La atención Sociosanitaria en España: Perspectiva Gerontológica y otros aspectos conexos». Recomendaciones del Defensor del Pueblos a las Administraciones públicas implicadas e informes de la SEGG y de la AMG (2000).

ANEXO V

Cuadros

CUADRO 1
LA DISCAPACIDAD EN ESPAÑA
SEGÚN GÉNERO Y EDAD, 1999

Edad	Personas con discapacidad			Población total nacional			Tasas discapacidad (5)		
	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total
0-5	24.723	24.854	49.577	1.138.577	1.070.927	2.209.504	2,2	2,3	2,2
6-9 años	15.363	14.421	29.784	812.44	764.412	1.576.852	1,9	1,9	1,9
10-14	17.748	13.806	31.554	1.090.329	1.049.470	2.139.799	1,6	1,3	1,5
15-19	31.008	20.229	51.237	1.400.342	1.321.433	2.721.775	2,2	1,5	1,9
20-24	36.384	22.664	59.048	1.626.740	1.558.323	3.185.063	2,2	1,5	1,9
25-29	48.579	29.696	78.275	1.685.752	1.623.553	3.309.305	2,9	1,8	2,4
30-34	64.515	43.117	107.632	1.631.645	1.591.769	3.223.414	4,0	2,7	3,3
35-39	60.030	55.141	115.171	1.517.630	1.507.378	3.025.008	4,0	3,7	3,8
40-44	61.161	53.918	115.079	1.355.342	1.360.610	2.715.952	4,5	4,0	4,2
45-49	66.311	68.763	135.074	1.212.631	1.222.990	2.435.621	5,5	5,6	5,5
50-54	74.872	95.962	170.834	1.147.573	1.178.808	2.326.381	6,5	8,1	7,3
55-59	96.640	114.324	210.964	968.793	1.014.074	1.982.867	10,0	11,3	10,6
60-64	141.829	159.512	301.341	931.893	1.029.054	1.960.947	15,2	15,5	15,4
65-69	161.083	225.255	386.338	942.198	1.086.712	2.028.910	17,1	20,7	19,0
70-74	168.643	288.626	457.269	768.251	964.027	1.732.278	22,0	29,9	26,4
75-79	172.670	304.257	476.927	531.038	762.259	1.293.297	32,5	39,9	36,9
80-84	120.382	250.319	370.701	280.653	499.910	780.563	42,9	50,1	47,5
85 y más	111.031	270.386	381.417	187.667	411.807	599.474	59,2	65,7	63,6
Total	1.472.972	2.055.250	3.528.222	19.229.494	20.017.516	39.247.010	7,7	10,3	9,0
Total 6+	1.448.249	2.030.396	3.478.645	18.090.917	18.946.589	37.037.506	8,0	10,7	9,4
65+	733.809	1.338.843	2.072.652	2.709.807	3.724.715	6.434.522	27,1	35,9	32,2

Fuente: INE: Encuesta sobre discapacidades, deficiencias y estado de salud, 1999, microdatos.

CUADRO 2

TIPOS DE DISCAPACIDAD

	Total 6+		Edad									
	6-19		20-44		45-64		65-79		80+			
	Total	%	Total	%	Total	%	Total	%	Total	%		
Ver	1.002.289	27,1	22.621	3,5	98.625	6,4	183.265	21,1	418.808	82,9	278.970	202,1
Recibir cualquier imagen	59.541	1,6	3.156	0,5	4.767	0,3	9.984	1,1	17.376	3,4	24.258	17,6
Tareas visuales de conjunto	531.220	14,3	11.520	1,8	58.290	3,8	98.643	11,3	218.624	43,3	144.143	104,4
Tareas visuales de detalle	625.385	16,9	9.056	1,4	47.437	3,1	107.038	12,3	274.641	54,3	187.213	135,7
Otros problemas de visión	275.395	7,4	6.597	1,0	32.182	2,1	49.746	5,7	118.163	23,4	68.707	49,8
Oír	961.489	26,0	22.102	3,4	90.913	5,9	182.853	21,0	391.001	77,4	274.620	199,0
Discapacidad para recibir cualquier sonido	102.394	2,8	4.103	0,6	17.138	1,1	25.711	3,0	33.102	6,5	22.340	16,2
Discapacidad para la audición de sonidos fuertes	230.736	6,2	4.948	0,8	24.088	1,6	36.870	4,2	92.788	18,4	72.042	52,2
Discapacidad para escuchar el habla	815.639	22,0	17.584	2,7	67.993	4,4	148.317	17,0	341.169	67,5	240.576	174,3
Comunicarse	504.813	13,6	48.068	7,5	116.360	7,5	80.118	9,2	121.909	24,1	138.358	100,3
Comunicarse a través del habla	173.449	4,7	11.686	1,8	24.466	1,6	34.989	4,0	53.733	10,6	48.575	35,2
Comunicarse a través de lenguajes alternativos	88.642	2,4	14.013	2,2	27.672	1,8	9.128	1,0	16.321	3,2	21.508	15,6
Comunicarse a través de gestos no signados	69.765	1,9	8.590	1,3	18.679	1,2	6.470	0,7	15.346	3,0	20.680	15,0
Comunicarse a través de la escritura-lectura convencional	414.981	11,2	38.908	6,0	99.553	6,4	53.425	6,1	95.669	18,9	127.426	92,3
Aprender, aplicar conocimientos y desarroll. tareas	571.706	15,4	42.458	6,6	117.066	7,6	77.621	8,9	161.403	31,9	173.158	125,5
Reconocer personas, objetos y orientarse en el espacio y en el tiempo	235.201	6,4	11.698	1,8	35.041	2,3	22.954	2,6	66.385	13,1	99.123	71,8
Recordar informaciones o episodios recientes y / o pasados	426.778	11,5	20.341	3,2	58.000	3,8	56.461	6,5	140.548	27,8	151.428	109,7

(continúa)

CUADRO 2 (continuación)

	Total 6+		Edad							
			6-19		20-44		45-64		65-79	
	Total	%	Total	%	Total	%	Total	%	Total	%
Entender y ejecutar órdenes sencillas y/o realizar tareas sencillas	191.999	5,2	11.409	1,8	37.449	2,4	18.043	2,1	48.199	9,5
Entender y ejecutar órdenes complejas y/o realizar tareas complejas	394.568	10,7	39.561	6,1	104.109	6,7	48.793	5,6	84.280	16,7
Desplazarse	1.225.144	33,1	19.341	3,0	115.617	7,5	280.653	32,2	477.456	94,5
Cambios y mantenimiento de las diversas posiciones del cuerpo	680.359	18,4	12.361	1,9	71.745	4,6	160.442	18,4	254.699	50,4
Levantarse, acostarse, permanecer de pie o sentado	1.017.440	27,5	16.793	2,6	98.711	6,4	238.301	27,4	391.175	77,4
Desplazarse dentro del hogar	762.519	20,6	14.868	2,3	62.990	4,1	123.021	14,1	292.924	58,0
Utilizar brazos y manos	1.092.518	29,5	27.959	4,3	124.350	8,0	295.676	34,0	389.518	77,1
Trasladar-transportar objetos no muy pesados	880.487	23,8	16.892	2,6	92.554	6,0	239.790	27,5	320.706	63,4
Utilizar utensilios y herramientas	681.518	18,4	20.806	3,2	84.829	5,5	172.383	19,8	221.464	43,8
Manipular objetos pequeños con manos y dedos	581.671	15,7	20.045	3,1	73.640	4,8	130.721	15,0	193.358	38,3
Desplazarse fuera del hogar	2.088.902	56,4	52.061	8,1	268.865	17,4	417.148	47,9	798.833	158,0
Deambular sin medio de transporte	1.530.093	41,3	32.173	5,0	136.186	8,8	264.254	30,4	613.788	121,4
Desplazarse en transportes públicos	1.666.586	45,0	45.867	7,1	171.418	11,1	267.611	30,7	650.475	128,7
Conducir vehículo propio	927.041	25,0	13.545	2,1	234.127	15,1	310.452	35,7	368.917	73,0
Cuidar de sí mismo	777.058	21,0	30.169	4,7	77.521	5,0	107.539	12,4	245.293	48,5
Asearse solo: lavarse y cuidarse de su aspecto	679.171	18,3	25.465	4,0	68.140	4,4	83.109	9,5	209.272	41,4
Control de las necesidades y utilizar sólo el servicio	332.326	9,0	15.509	2,4	36.435	2,4	29.606	3,4	90.047	17,8

(continúa)

CUADRO 2 (continuación)

	Total 6+		Edad									
	Total	%	6-19		20-44		45-64		65-79		80+	
	Total	%	Total	%	Total	%	Total	%	Total	%	Total	%
Vestirse, divertirse, arreglarse	585.698	15,8	25.517	4,0	60.400	3,9	80.027	9,2	177.198	35,1	242.556	175,8
Comer y beber	215.465	5,8	12.710	2,0	26.905	1,7	22.105	2,5	54.763	10,8	98.982	71,7
Realizar las tareas del hogar	1.568.598	42,4	47.336	7,4	194.808	12,6	277.343	31,9	559.040	110,6	490.071	355,1
Cuidarse de las compras y del control de los suministros y servicios	1.207.166	32,6	36.196	5,6	136.690	8,8	182.807	21,0	419.778	83,1	431.695	312,8
Cuidarse de las comidas	833.398	22,5	25.806	4,0	104.311	6,7	102.237	11,7	251.556	49,8	349.488	253,2
Cuidarse de la limpieza y el cuidado de la ropa	1.016.724	27,5	23.587	3,7	112.423	7,3	149.747	17,2	340.088	67,3	390.879	283,2
Cuidarse de la limpieza y el mantenimiento de la casa	1.253.861	33,9	25.098	3,9	130.013	8,4	211.884	24,3	450.673	89,2	436.193	316,1
Cuidarse del bienestar de los demás miembros de la familia	814.393	22,0	26.618	4,1	109.908	7,1	109.216	12,5	246.003	48,7	322.648	233,8
Relacionarse con otras personas	566.751	15,3	35.278	5,5	113.193	7,3	80.751	9,3	163.756	32,4	173.773	125,9
Mantener relaciones de cariño con familiares próximos	145.493	3,9	8.496	1,3	40.939	2,6	17.809	2,0	30.808	6,1	47.441	34,4
Hacer amigos y mantener la amistad	393.318	10,6	29.604	4,6	94.389	6,1	50.506	5,8	94.295	18,7	124.524	90,2
Relacionarse con compañeros, jefes y subordinados	537.719	14,5	31.323	4,9	101.309	6,6	75.802	8,7	158.819	31,4	170.466	123,5
Total población con discapacidad	3.478.645	93,9	112.575	17,5	475.205	30,7	818.213	94,0	1.320.534	261,3	752.118	545,0
Total población	37.037.506		6.438.426		15.458.742		8.705.816		5.054.485		1.380.037	

CUADRO 3
PERSONAS CON DISCAPACIDAD SEGÚN EL TIPO DE DEFICIENCIA Y LA EDAD

	6-19		20-44		45-64		65-79		80+		Total 6+	
	Total	%	Total	%	Total	%	Total	%	Total	%	Total	%
Deficiencias mentales	49.013	7,6	153.830	10,0	84.198	9,7	122.366	24,2	104.662	75,8	514.069	13,9
Retraso madurativo	6.808	1,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	6.808	0,2
Retraso mental profundo y severo	5.015	0,8	21.566	1,4	4.784	0,5	1.163	0,2	78	0,1	32.606	0,9
Retraso mental moderado	11.521	1,8	39.788	2,6	10.699	1,2	1.632	0,3	404	0,3	64.044	1,7
Retraso mental leve y límite	12.837	2,0	23.681	1,5	4.742	0,5	2.113	0,4	0	0,0	43.373	1,2
Demencias	813	0,1	1.412	0,1	4.901	0,6	50.789	10,0	76.471	55,4	134.386	3,6
Otros trastornos mentales	12.017	1,9	68.403	4,4	59.283	6,8	67.023	13,3	27.956	20,3	234.682	6,3
Deficiencias visuales	21.029	3,3	90.131	5,8	154.822	17,8	353.609	70,0	220.126	159,5	839.717	22,7
Ceguera total	2.419	0,4	4.767	0,3	8.302	1,0	13.870	2,7	18.941	13,7	48.299	1,3
Mala visión	18.610	2,9	85.363	5,5	146.520	16,8	339.739	67,2	201.185	145,8	791.417	21,4
Deficiencias del oído	18.739	2,9	88.617	5,7	171.903	19,7	348.523	69,0	199.578	144,6	827.360	22,3
Sordera prelocutiva	3.166	0,5	10.131	0,7	10.773	1,2	1.876	0,4	292	0,2	26.238	0,7
Sordera postlocutiva	549	0,1	7.078	0,5	13.210	1,5	25.104	5,0	15.312	11,1	61.253	1,7
Mala audición	15.024	2,3	70.489	4,6	144.542	16,6	318.040	62,9	183.329	132,8	731.424	19,7
Trastornos del equilibrio	0	0,0	1.317	0,1	4.586	0,5	6.673	1,3	1.698	1,2	14.274	0,4
Deficiencias del lenguaje, habla y voz	4.994	0,8	5.359	0,3	9.910	1,1	20.266	4,0	10.992	8,0	51.521	1,4
Mudez (no por sordera)	672	0,1	535	0,0	810	0,1	1.994	0,4	597	0,4	4.608	0,1
Habla dificultosa o incomprensible	4.321	0,7	4.825	0,3	9.100	1,0	18.272	3,6	10.394	7,5	46.912	1,3
Deficiencias osteoarticulares	13.547	2,1	119.983	7,8	364.553	41,9	528.238	104,5	229.523	166,3	1.255.844	33,9
Cabeza	102	0,0	510	0,0	387	0,0	1.369	0,3	0	0,0	2.368	0,1
Columna vertebral	4.471	0,7	46.177	3,0	178.316	20,5	207.014	41,0	68.938	50,0	504.916	13,6
Extremidades superiores	5.861	0,9	37.353	2,4	110.790	12,7	123.846	24,5	48.196	34,9	326.046	8,8
Extremidades inferiores	4.834	0,8	47.495	3,1	130.202	15,0	295.439	58,5	156.622	113,5	634.592	17,1
Deficiencias del sistema nervioso	13.265	2,1	50.587	3,3	67.513	7,8	108.364	21,4	59.845	43,4	299.574	8,1
Parálisis de una extremidad superior	903	0,1	2.248	0,1	5.573	0,6	6.108	1,2	2.676	1,9	17.508	0,5

(continúa)

CUADRO 3 (continuación)

	6-19		20-44		45-64		65-79		80+		Total 6+	
	Total	%	Total	%	Total	%	Total	%	Total	%	Total	%
Parálisis de una extremidad inferior	95	0,0	2.728	0,2	5.815	0,7	8.333	1,6	4.369	3,2	21.340	0,6
Paraplejía	1.084	0,2	3.637	0,2	3.862	0,4	5.212	1,0	3.792	2,7	17.587	0,5
Tetraplejía	785	0,1	4.197	0,3	2.956	0,3	3.144	0,6	2.231	1,6	13.313	0,4
Trastornos de la coordinación de movimientos	7.419	1,2	24.509	1,6	30.589	3,5	52.161	10,3	31.572	22,9	146.250	3,9
Otras deficiencias del sistema nervioso	3.741	0,6	15.627	1,0	23.213	2,7	39.537	7,8	20.209	14,6	102.327	2,8
Deficiencias viscerales	2.577	0,4	21.342	1,4	92.388	10,6	154.081	30,5	54.756	39,7	325.144	8,8
Aparato respiratorio	1.009	0,2	3.276	0,2	14.953	1,7	31.273	6,2	7.989	5,8	58.500	1,6
Aparato cardiovascular	487	0,1	4.519	0,3	43.038	4,9	70.946	14,0	25.724	18,6	144.714	3,9
Aparato digestivo	351	0,1	2.564	0,2	6.636	0,8	6.879	1,4	4.509	3,3	20.939	0,6
Aparato genitourinario	411	0,1	2.784	0,2	6.540	0,8	11.815	2,3	8.811	6,4	30.361	0,8
Sistema endocrino-metabólico y sistema hematopoyético	271	0,0	3.939	0,3	18.657	2,1	34.732	6,9	10.423	7,6	68.022	1,8
Sistema inmunitario	133	0,0	5.359	0,3	5.300	0,6	3.305	0,7	1.087	0,8	15.184	0,4

CUADRO 4

PERSONAS CON DISCAPACIDAD SEGÚN GRUPO DE DEFICIENCIA DE GÉNERO

	Hombre		Mujer	
	Total	Tasa (‰)	Total	Tasa (‰)
Deficiencias mentales	245.344	12,8	268.724	13,4
Deficiencias visuales	340.570	17,7	499.147	24,9
Deficiencias del oído	371.292	19,3	456.068	22,8
Deficiencias del lenguaje, habla y voz	30.865	1,6	20.656	1,0
Deficiencias osteoarticulares	425.980	22,2	829.862	41,5
Deficiencias del sistema nervioso	147.080	7,6	152.492	7,6
Deficiencias viscerales	150.902	7,8	174.242	8,7
Otras deficiencias	142.626	7,4	378.963	18,9

CUADRO 5
PERSONAS CON DISCAPACIDAD SEGÚN EL TIPO DE DEFICIENCIA Y LA EDAD

	6-19		20-44		45-64		65-79		80+		Total 6+	
	Total	%	Total	%	Total	%	Total	%	Total	%	Total	%
Otras deficiencias	3.616	0,6	6.835	0,4	36.514	4,2	188.623	37,3	285.999	207,2	521.587	14,1
Piel	150	0,0	1.327	0,1	753	0,1	1.219	0,2	553	0,4	4.002	0,1
Deficiencias múltiples	790	0,1	2.071	0,1	22.087	2,5	176.659	34,9	279.717	202,7	481.324	13,0
Deficiencias no clasificadas	2.821	0,4	3.437	0,2	14.072	1,6	11.808	2,3	6.563	4,8	38.701	1,0
Población con discapacidad	112.575	17,5	475.205	30,7	818.213	94,0	1.320.534	261,3	752.118	545,0	3.478.645	93,9

CUADRO 6

PROBLEMAS QUE CAUSAN DEFICIENCIAS

Problema de origen de edad	Edad					Total	Total deficiencias
	6-19	20-44	45-64	65-79	80+		
Congénito	45,6	26,2	7,3	2,6	1,0	7,0	342.170
Problemas en el parto	15,2	7,0	1,1	0,1	0,0	1,5	72.376
Accidente de tráfico	2,0	5,8	2,7	1,3	0,5	1,9	93.351
Accidente doméstico	1,8	1,5	1,7	1,8	2,2	1,9	91.157
Accidente de ocio	0,4	1,9	1,4	0,7	0,4	0,9	44.051
Accidente laboral	0,0	5,2	6,3	2,3	0,8	3,0	149.036
Otro tipo de accidente	1,1	3,4	1,8	1,7	1,8	1,9	94.811
Enfermedad común	19,0	35,2	60,3	69,2	64,0	60,8	2.973.802
Enfermedad profesional	0,1	1,7	5,1	2,3	0,9	2,4	118.447
Otras causas	13,2	11,8	12,3	17,6	27,8	18,2	891.478
ns/nc	1,6	0,3	0,1	0,3	0,6	0,4	17.649
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	4.888.328

CUADRO 7

PROBLEMAS QUE CAUSAN DEFICIENCIAS SEGÚN GRUPO DE DEFICIENCIA

	Deficiencias								Total
	Mentales	Visuales	Del oído	Del lenguaje, habla y voz	Osteo-articulares	Del sistema nervioso	Visce- rales	Otras	
Congénito	30,4	23,8	18,9	0,3	13,6	6,9	4,4	1,7	342.170
Problemas en el parto	54,8	7,9	7,6	0,9	10,3	15,7	1,7	1,0	72.376
Accidente de tráfico	10,4	8,8	6,1	2,3	55,1	14,2	2,0	1,2	93.351
Accidente doméstico	2,9	15,2	4,8	0,6	69,5	3,5	1,1	2,5	91.157
Accidente de ocio	2,5	27,9	12,8	0,8	51,7	3,0	0,0	1,4	44.051
Accidente laboral	2,1	19,7	9,7	0,6	60,0	5,0	1,9	1,0	149.036
Otro tipo de accidente	5,5	15,9	20,9	1,2	46,6	6,4	2,2	1,3	94.811
Enfermedad común	8,8	17,8	16,3	1,1	31,8	7,1	9,3	7,8	2.973.802
Enfermedad profesional	1,5	7,4	36,1	0,4	46,5	1,3	5,3	1,6	118.447
Otras causas	9,8	14,2	20,2	1,1	15,9	4,4	3,3	31,1	891.478
ns/nc	6,6	48,1	33,4	0,0	2,4	4,6	3,2	1,6	17.649
Total	10,6	17,2	17,0	1,1	30,0	6,5	6,9	10,7	4.888.328

Nota: % horizontales.

CUADRO 8

PROYECCIONES DE POBLACIÓN DEPENDIENTE EN 2007

	Total	< 65 años	65-79 años	80 y + años
Total	1.173.764	306.557	373.929	493.278
Grado III	205.915	31.500	47.730	126.585
Grado III (nivel 2)	73.093	11.181	16.943	44.969
Grado III (nivel 3)	132.821	20.318	30.787	81.716

Fuente: Observatorio de personas mayores-IMSERSO, 2007. Elaboración propia.

CUADRO 9

POBLACIÓN DEPENDIENTE (Estimación 2007)

	< 65 años	65-79 años	80 y + años	Total
Andalucía	60.139	67.165	74.844	202.147
Aragón	7.446	11.358	19.099	37.147
Asturias	7.845	11.557	16.928	36.330
Baleares	7.753	6.641	9.238	23.632
Canarias	13.805	12.959	13.174	39.938
Cantabria	3.441	5.225	8.029	16.695
Castilla y León	15.087	25.578	43.352	84.017
Castilla-La Mancha	13.223	18.534	26.103	57.860
Cataluña	48.215	55.603	77.799	181.617
C. Valenciana	32.819	40.336	45.980	119.135
Extremadura	7.505	11.303	14.884	33.692
Galicia	18.774	29.164	43.305	91.243
Madrid	40.285	41.282	52.128	133.695
Murcia	10.091	10.999	12.154	33.245
Navarra	3.790	4.694	7.784	16.269
País Vasco	13.052	17.990	23.501	54.544
Rioja	2.183	2.667	4.191	9.041
Ceuta	527	460	428	1.416
Melilla	576	414	356	13.461
Total	306.557	373.929	493.278	493.278

Fuente: Observatorio de personas mayores-IMSERSO, 2007. Elaboración propia.

CUADRO 10

ENFERMEDADES DIAGNOSTICADAS A PERSONAS CON DISCAPACIDAD

	Hombre	Mujer	Total
Espina bífida/Hidrocefalia	11.522	8.194	19.716
Síndrome de Down	15.415	14.686	30.101
Autismo	4.581	725	5.306
Hemofilia	1.273	955	2.228
Parálisis cerebral	32.590	25.177	57.767
Traumatismo craneoencefálico	26.610	14.419	41.029
Enfermedad mental	93.330	83.708	177.038
Sida	4.809	675	5.484
Retinosis pigmentaria	9.218	12.968	22.186
Artritis reumatoide	197.160	576.749	773.909
Distrofia muscular	56.482	89.366	145.848
Esclerosis lateral o múltiple	20.596	38.822	59.418
Infarto de miocardio. Cardiopatía isquémica	128.410	133.814	262.224
Accidentes cerebrovasculares	82.255	93.027	175.282
Demencia/ Alzheimer	41.811	95.055	136.866
Parkinson	34.567	44.510	79.077

CUADRO 11
CENTROS DE DÍA PARA PERSONAS DEPENDIENTES EN ESPAÑA
NÚMERO TOTAL DE CENTROS Y PLAZAS
(Enero 2006)

Ámbito territorial	Población >65 01/01/2006	Núm. de centros Total	Núm. de plazas Total	Índice de Cobertura (1)
Andalucía *	1.171.494	180	4.265	0,36
Aragón	261.446	21	1.494	0,57
Asturias	236.471	41	1.041	0,44
Baleares	138.277	30	657	0,48
Canarias	246.089	49	1.036	0,42
Cantabria	106.112	25	545	0,51
Castilla y León	570.061	127	2.709	0,48
Castilla-La Mancha	363.046	62	1.370	0,38
Cataluña	1.173.849	646	11.133	0,95
C. Valenciana	780.213	141	5.838	0,75
Extremadura	208.724	61	1.166	0,56
Galicia	594.506	66	2.279	0,38
Madrid	868.361	254	9.525	1,10
Murcia	188.945	33	1.034	0,55
Navarra	104.941	11	288	0,27
País Vasco	393.194	109	2.891	0,74
La Rioja	56.328	13	279	0,50
Ceuta	8.388	1	25	0,30
Melilla	7.316	2	49	0,67
España	7.477.761	1.872	47.624	0,64

Fuente: Comunidades Autónomas, Ciudades Autónomas y Diputaciones Forales. INE (2006). *Datos de Población. Padrón Municipal 01/01/2006*. Elaboración propia.

(1) Índice de Cobertura: (núm. plazas/población >65) x 100.

* Andalucía: dato referido a enero 2005.

CUADRO 12

FUENTES DE AYUDA UTILIZADAS POR LAS PERSONAS MAYORES DEPENDIENTES: ESPAÑA, 2004

	Pob. dependiente		Pob. dependiente ABVD		Pob. dependiente AIVD	
	N	%	N	%	N	%
Sólo AI	1.923.273	74,4	567.773	64,8	1.355.500	79,3
Sólo SAD privado	103.039	4,0	54.882	6,3	48.157	2,8
Sólo SAD público	25.447	1,0	3.209	0,4	22.238	1,3
AI y SAD privado	160.716	6,2	88.927	10,2	71.789	4,2
AI y SAD público	107.464	4,2	41.601	4,8	65.863	3,9
Residencia privada	152.656	5,9	67.201	7,7	67.463	4,0
Residencia pública	113.894	4,4	52.881	6,0	78.278	4,6
Total	2.586.489	100	876.474	100	1.709.288	100

AI: Apoyo informal.

SAD: Servicios de ayuda a domicilio.

ABVD: Actividades Básicas de la Vida Diaria.

AIVD: Actividades Instrumentales de la Vida Diaria.

Fuente: Elaboración propia a partir de la ECV.

CUADRO 13

PRESTACIONES ECONÓMICAS Y SERVICIOS PARA LA PROTECCIÓN SOCIAL DE LA DEPENDENCIA

Servicios sociales	Prestaciones económicas de la Seguridad Social y CCAA	Desgravaciones Fiscales. Ley 40/1998, IRPF	Conciliación de la Vida Familiar y el Trabajo Ley 39/1999
• Servicio de Ayuda a Domicilio (SAD) • Teleasistencia • Centros de Día • Residencias Asistidas • Pisos protegidos	• Ayuda de Tercera Persona por Gran Invalidez • Complemento por invalidez no contributivo 75% discapacidad • SATP (LISMI) • Prestación por hijo a cargo con grado de discapacidad superior al 65% • Ayudas puntuales de las CCAA y Ayuntamientos	• Mínimo Personal: Desgravaciones fiscales en función del grado de discapacidad e ingresos • Mínimo Familiar: Desgravaciones fiscales en función del grado de discapacidad e ingresos	• Reducción de jornada • Excedencia por cuidados hasta un año

CUADRO 13 bis

OFERTA PÚBLICA DE SERVICIOS A LA DEPENDENCIA

	De 6-64 años	De 65 y más
Residencias	19.679	74.323
Centros de día	13.340	14.475
Ayuda a domicilio	9.022	114.406
Teleasistencia	7.445	64.913
Estancias temporales		2.640
Rehab. Psico-social	3.911	

Fuente: Informe 2004. Observatorio de mayores y encuesta a CCAA.

CUADRO 14
NÚMERO DE USUARIOS S.º SOCIALES, POR CCAA
(2004)

Ámbito territorial	SAD	Teleasistencia	Centros Día	Servicios Residenciales	Total
Andalucía	39.266	20.242	3.721	32.094	95.323
Aragón	8.064	6.989	905	11.695	27.653
Asturias	7.750	4.188	884	9.664	22.486
Baleares*	2.784	2.527	322	3.789	9.422
Canarias	6.135	1.422	514	6.599	14.670
Cantabria	2.025	500	372	4.223	7.120
Castilla y León	17.805	14.468	1.978	34.883	69.134
Castilla-La Mancha	17.460	14.078	849	18.135	50.522
Cataluña	44.472	9.105	10.929	50.190	114.696
C. Valenciana	12.363	13.837	1.868	18.646	46.714
Extremadura	15.415	2.789	910	7.646	26.760
Galicia	11.220	3.944	1.036	12.171	28.371
Madrid	28.024	37.931	5.842	37.886	109.683
Murcia	3.153	2.425	755	4.023	10.356
Navarra	3.675	4.833	392	5.492	14.392
País Vasco	6.793	8.677	2.113	14.957	32.540
La Rioja	1.894	697	269	2.620	5.480
Ceuta	283	35	25	137	480
Melilla	231	218	25	199	673
Total	228.812	148.905	33.709	275.049	686.475

Fuente: Comunidades Autónomas, Ciudades Autónomas y Diputaciones Forales. Elaboración propia.

* Enero 2003.

CUADRO 15
ÍNDICE DE COBERTURA DE ALGUNOS SERVICIOS SOCIALES
PARA PERSONAS MAYORES EN ESPAÑA
(ENERO 2004)

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

Fuente: Comunidades Autónomas, Ciudades Autónomas y Diputaciones Forales. INE (2004) Datos de Población. Padrón Municipal de 01/01/2003. Elaboración propia.

* Enero 2003.

CUADRO 16
SERVICIO PÚBLICO DE AYUDA A DOMICILIO EN ESPAÑA.
NÚMERO DE HORAS DISPENSADAS E INTENSIDAD HORARIA.
(ENERO 2004)

Ámbito territorial	N.º de horas dispensadas	Intensidad horaria (1)
Andalucía	3.500.000	8,00
Aragón	942.672	10,00
Asturias	9.464	13,00
Baleares*	—	12,80
Canarias	749.160	10,00
Cantabria	499.031	20,53
Castilla y León	3.332.656	19,00
Castilla-La Mancha	2.777.430	19,24
Cataluña	4.218.681	14,00
C. Valenciana	—	10,81
Extremadura	3.325.751	22,00
Galicia	3.880.166	29,00
Madrid	4.182.248	16,85
Murcia	681.705	17,00
Navarra	—	8,76
País Vasco	1.469.061	25,00
La Rioja	304.652	13,00
Ceuta	103.123	22,00
Melilla	64.145	21,20
España		16,43

Fuente: Elaboración propia.

(1) Intensidad horaria: número de horas de atención al mes por usuario.

* Enero 2003.

CUADRO 17
SERVICIO PÚBLICO DE TELEASISTENCIA EN ESPAÑA.
NÚMERO DE USUARIOS ATENDIDOS Y SOLICITANTES
E ÍNDICE DE COBERTURA (1)
(ENERO 2004)

Ámbito territorial	Población > 65 01/01/03	N.º usuarios atendidos	Índice de cobertura (1)
Andalucía	1.128.535	20.242	1,79
Aragón	262.460	6.989	2,66
Asturias	238.075	4.188	1,76
Baleares	133.383	2.627	1,89
Canarias	228.142	1.422	0,62
Cantabria*	105.213	500	0,48
Castilla y León	569.834	14.468	2,54
Castilla-La Mancha	358.564	14.078	3,93
Cataluña	1.149.771	9.105	0,79
C. Valenciana	740.781	13.837	1,87
Extremadura	207.973	2.789	1,34
Galicia	585.977	3.944	0,67
Madrid	830.839	37.931	4,57
Murcia	178.983	2.425	1,35
Navarra	103.200	4.833	4,68
País Vasco	383.761	8.677	2,26
La Rioja	55.578	697	1,25
Ceuta	8.222	35	0,43
Melilla	7.329	218	2,97
España	7.276.620	148.905	2,05

Fuente: Comunidades Autónomas, Ciudades Autónomas y Diputaciones Forales. INE (2004) Datos de Población. Padrón Municipal 01/01/2003. Elaboración propia.

(1) Índice de cobertura: (usuarios/población > 65) × 100.

* Enero 2003.

CUADRO 18
CENTROS RESIDENCIALES PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD
EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA.
ESTADO ESPAÑOL

TIPOLOGÍA	PÚBLICOS			CONCERTADOS			SUBVENCIONADOS			TOTAL		
	Número	Plazas	Usuarios	Coste total	Número	Plazas	Usuarios	Coste total	Número	Plazas	Usuarios	Coste total
Centros Residenciales PCD												
en situación de dependencia	144	6.642	4.299	167.705.561	275	8.027	6.554	122.410.743	142	4.583	2.874	52.815.414
Discapacidad Física	14	1.002	283	32.626.778	34	724	519	12.216.041	36	879	617	6.522.394
Discapacidad Intelectual	65	4.071	3.647	91.850.845	218	6.628	5.728	99.515.986	73	3.108	1.894	38.803.579
Discapacidad Sensorial	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Discapacidad por Enfermedad Mental	42	303	365	13.410.347	2	52	52	760.546	2	70	75	213.097
Pluridiscapacidad	3	203	0	9.844.671	5	78	38	1.580.913	1	14	19	140.857
Varias Deficiencias	4	76	4	1.956.167	12	288	0	3.403.396	18	440	269	6.287.121
Otras Discapacidades	9	449	0	11.260.090	4	92	52	3.104.642	12	72	0	848.366

Nota aclaratoria

No se dispone de información de la Comunidad Autónoma de Illes Balears y de la Ciudad Autónoma de Ceuta.
Debe significarse que los resultados aquí recogidos se encuentran condicionados por la imposibilidad por parte de alguno de los Órganos Gestores correspondientes de facilitar alguno de los datos solicitados o, en su caso, su correcta desagregación. Esta circunstancia deberá tenerse presente pues condiciona sobremanera el resultado de los distintos sumatorios.

CUADRO 19
PERSONA QUE DISPENSA LOS CUIDADOS
SEGÚN TIPO DE ACTIVIDAD
(Porcentajes horizontales)

	Cónyuge	Hija	Hijo	Empleado/a de hogar	Otros	Nadie, necesita ayuda pero no la tiene	N.C.
Ponerse los zapatos	24,9	41,6	5,0	11,8	12,9	0,3	3,4
Vestirse/desvestirse	26,6	38,3	5,5	14,2	10,3	0,5	4,5
Bañarse/ ducharse	24,1	40,1	5,6	9,8	15,1	0,9	4,3
Asearse/arreglarse	19,4	43,3	5,9	13,8	12,4	0,5	4,6
Comer	21,3	44,5	6,2	15,7	7,6	0,0	4,6
Utilizar el WC	20,7	44,4	6,4	12,2	9,5	0,7	6,2
Andar por la casa	23,4	41,3	6,7	11,9	7,8	0,7	8,1
Levantarse/acostarse	27,1	37,8	7,1	12,4	10,3	0,7	4,6
Hacer otras tareas domésticas	17,3	31,4	7,2	21,6	16,3	1,4	4,8
Utilizar el teléfono	21,4	41,0	8,4	5,8	11,7	1,0	10,7
Tomar medicación (control)	25,4	41,7	8,7	10,9	9,3	0,7	3,3
Preparar comidas	20,6	36,1	9,5	12,9	12,1	0,6	8,3
Salir a la calle/desplazarse por la calle	24,1	35,6	9,7	8,0	12,7	1,5	8,5
Hacer compras	24,6	36,2	11,4	7,6	11,9	1,1	7,2
Utilizar el transporte público	22,1	35,3	11,4	3,9	10,1	2,5	14,8
Ir al médico	21,4	42,4	12,9	5,7	11,7	0,7	5,1
Administrar el dinero	23,6	38,1	16,9	3,7	6,8	0,1	10,9
Hacer gestiones	17,9	39,2	20,2	3,6	8,9	0,8	9,4

Fuente: IMSERSO-CIS, Encuesta sobre Condiciones de Vida de las Personas Mayores, septiembre 2006.

CUADRO 20

SEXO Y EDAD DE LAS PERSONAS CUIDADORAS

	Cuidadores (A)*	Población 2004 (B)**	Diferencia (A-B)
GÉNERO			
Hombre	16,4	49,1	-32,7
Mujer	83,6	50,9	32,7
EDAD			
Menos de 20	1,2	4,9	-3,7
De 20 a 29	3,6	18,3	-14,7
De 30 a 39	11,9	20	-8,1
De 40 a 49	23,8	16,9	6,9
De 50 a 59	28,7	13,9	14,8
De 60 a 69	15,9	11,8	4,1
Más de 69	14,9	14,2	0,7
Edad Media	52,9	46,2	6,7
ESTADO CIVIL			
Soltero/a	14,8	30,1	-15,3
Casado/a	76,2	58,3	17,9
Viudo/a	5,1	8,1	-3
Separado/a	2,1	2,2	-0,1
Divorciado/a	1,5	1,3	0,2
No consta	0,3		
NIVEL DE ESTUDIOS			
Sin estudios + Analfabetos	17,1	15,9	1,2
Primarios	43	23,3	19,7
Segundo Grado	32,6	46,8	-14,2
Tercer Grado	7,0	14,0	-7
No sabe	0,3		
SITUACIÓN LABORAL			
OCUPADO	26,0	48,7	-22,7
NO OCUPADO	73,1	51,3	21,8
Jubilado/pensionista	20,2	21,1	-0,9
Parado habiendo trabajado	7,0	6,4	0,6
Parado buscando 1.º empleo	0,3	1,5	-1,2
Tareas del hogar	44,2	14,5	29,7
Estudiante	1,4	6,2	-4,8
No contesta	0,9		

(*) Fuente: IMSERSO/GfK-Emer (2004): Encuesta de Apoyo Informal a los mayores en España (ésta es la fuente de información para todos los gráficos y cuadros, salvo indicación expresa).

(**) INE (2004): Censo de Población y Viviendas 2001.

CUADRO 21
ESTIMACIÓN DEL POTENCIAL DE GENERACIÓN BRUTA
DE EMPLEO DEL SISTEMA NACIONAL DE DEPENDENCIA
(EMPLEOS EQUIVALENTES A JORNADA COMPLETA).
ESPAÑA, 2010

	Hasta 64 años	65 a 79 años	80 años y más	Total
GRAN DEPENDENCIA				
Recursos formales	18.436	23.411	70.510	112.357
Residencia	8.823	20.253	67.750	96.827
Centro de Día	1.867	917	1.160	3.944
Ayuda a Domicilio	665	2.168	1.514	4.347
Asistente personal para la autonomía	6.912			6.912
Teleasistencia	169	71	86	327
DEPENDENCIA SEVERA				
Recursos formales	29.910	40.389	92.650	162.948
Residencia	4.071	14.021	57.200	75.293
Centro de Día	9.856	9.578	7.532	26.966
Ayuda a Domicilio	11.519	15.961	26.796	54.276
Asistente personal para la autonomía	3.702			3.702
Teleasistencia	762	828	1.121	2.711
DEPENDENCIA MODERADA				
Recursos formales	23.435	27.341	26.155	76.930
Residencia				
Centro de Día				
Ayuda a Domicilio	21.434	25.202	24.267	70.904
Asistente personal para la autonomía				
Teleasistencia	2.001	2.138	1.887	6.026
TODOS LOS GRADOS DE DEPENDENCIA				
Recursos formales	71.780	91.140	189.315	352.235
Residencia	12.895	34.275	124.950	172.120
Centro de Día	11.722	10.496	8.692	30.911
Ayuda a Domicilio	33.618	43.332	52.577	129.527
Asistente personal para la autonomía	10.614			10.614
Teleasistencia	2.932	3.038	3.095	9.065

CUADRO 22
PREVISIÓN DE GENERACIÓN NETA DE EMPLEO DEL SISTEMA
NACIONAL DE DEPENDENCIA (PUESTOS DE TRABAJO).
ESPAÑA, 2005-2010

Año	Previsión de generación de puestos de trabajo a jornada completa	Previsión de generación de puestos de trabajo a tiempo parcial	Previsión de generación neta de puestos de trabajo
2005	7.870	5.463	13.333
2006	41.231	28.622	69.853
2007	77.604	53.871	131.475
2008	125.987	87.458	213.445
2009	168.759	117.150	285.909
2010	195.039	135.393	330.432

CUADRO 23
GASTO ACTUAL EN SERVICIOS
PARA PERSONAS DEPENDIENTES

Tipo de Servicios	Indicador	Precio (euros/mes)	Gasto anual (miles euros)
Residencias	74.323 plazas	1.296	1.155.871
Centros de día	14.475 plazas	643,5	102.461
Ayuda a domicilio	114.406 usuarios	172,0	236.134
Teleasistencia	64.913 usuarios	21,13	16.459
Estancias temporales	2.640 usuarios	1.296,0	3.421
Total mayores 65 años			1.514.346
Tipo de Servicios	Indicador	Precio (euros/mes)	Gasto anual (miles euros)
Residencias	19.679 plazas	1.377,0	325.176
Centros de día	13.340 plazas	643,5	94.427
Ayuda a domicilio	9.022 usuarios	344,0	37.243
Teleasistencia	7.445 usuarios	21,13	1.888
Rehab. Psico-social	3.911 usuarios	241.18	11.319
Total menores de 65 años			470.053
TOTAL miles de euros			1.984.399

Fuente: Elaboración propia.

Datos base 2003.

CUADRO 24
DATOS PRESUPUESTARIOS REFERIDOS A RECURSOS DE CENTROS
Y SERVICIOS DESTINADOS A LA ATENCIÓN DE SITUACIONES
DE DEPENDENCIA POR COLECTIVOS DE POBLACIÓN (2004)

(en miles de € y %)

	Residencias		Centros día		Ayuda domicilio		Teleasistencia		Otros		TOTAL	
	Cuantía	%	Cuantía	%	Cuantía	%	Cuantía	%	Cuantía	%	Cuantía	%
Mayores	1.223.335	73,2	124.184	7,4	168.836	10,1	30.739	1,8	125.232	7,5	1.672.326	100,0
Discapacitados	409.590	57,8	149.516	21,1	14.151	2,0	1.306	0,2	134.446	19,0	709.009	100,0
Totales	1.632.925	68,6	273.700	11,5	182.987	7,7	32.045	1,3	259.678	10,9	2.381.335	100,0

Fuente: Administraciones competentes. Elaboración propia.

CUADRO 25
DATOS PRESUPUESTARIOS REFERIDOS A RECURSOS DE CENTROS DESTINADOS
A LA ATENCIÓN DE SITUACIONES DE DEPENDENCIA POR CENTROS DE GASTO (2004)
(en miles de €)

TIPOLOGÍA	MAYORES						DISCAPACITADOS						TOTAL
	Plazas Res.	Centros D.	Ayuda D.	Teleasisten.	Otros	Total	Plazas Res.	Centros D.	Ayuda D.	Teleasisten.	Otros	Total	
Andalucía	147.479	15.365	17.746	1.944	1.914	184.448	40.216	9.961	2.217	397	42.582	95.373	279.821
Aragón	45.782	2.596	Sin datos	Sin datos	Sin datos	48.378	17.556	1.529	Sin datos	Sin datos	Sin datos	19.085	67.463
Asturias	33.659	9.851	12.330	Sin datos	Sin datos	55.840	9.030	1.827	904	Sin datos	Sin datos	11.761	67.601
Canarias	9.569	900	6.115	113	8.416	25.113	7.657	1.096	996	20	3.482	13.251	38.364
Cantabria	24.504	4.597	2.997	300	3.891	36.289	7.806	4.617	59	Sin datos	2.246	14.728	51.017
Castilla y León	95.050	24.440	25.327	569	7.788	153.174	46.399	35.975	1.367	Sin datos	9.596	93.337	246.511
Castilla-La Mancha	93.918	6.999	24.303	3.898	4.234	133.352	30.277	14.195	Sin datos	Sin datos	3.060	47.532	180.884
Cataluña	219.344	18.685	15.680	386	73.644	327.739	87.825	47.504	Sin datos	Sin datos	28.819	164.148	491.887
Extremadura	54.689	1.705	6.757	Sin datos	622	63.773	10.845	2.453	Sin datos	Sin datos	Sin datos	13.298	77.071
Galicia	Sin datos	Sin datos	Sin datos	Sin datos	Sin datos	Sin datos	16.710	2.772	965	18	Sin datos	20.465	20.465
La Rioja	8.163	436	1.568	39	Sin datos	10.206	3.772	786	251	6	24	4.839	15.045
Madrid	238.415	10.973	24.800	4.724	4.249	283.161	Sin datos	Sin datos	1.060	63	Sin datos	1.123	284.284
Murcia	20.866	6.107	3.079	Sin datos	2.074	32.126	18.394	8	310	Sin datos	8.801	27.513	59.639
Navarra	15.528	5.176	6.843	1.095	2.307	30.949	16.301	5.434	437	Sin datos	3.135	25.307	56.256
Valencia	93.320	3.027	2.944	800	6.929	107.020	26.606	9.175	2.944	800	23.089	62.614	169.634
DF de Álava	36.253	4.406	11.334	60	998	53.051	9.011	2.225	1.094	2	7.084	19.416	72.467
DF de Guipúzcoa	37.957	4.050	7.825	445	2.698	52.975	15.921	3.678	128	Sin datos	2.503	22.230	75.205
DF de Vizcaya	35.651	3.388	154	606	4.569	44.368	2.463	6.011	Sin datos	Sin datos	Sin datos	8.474	52.842
Melilla	260	26	1.406	59	40	1.791	405	270	Sin datos	Sin datos	25	700	2.491
IM/ERSO	12.928	186	1.177	15.701	Sin datos	29.992	42.396	Sin datos	Sin datos	Sin datos	Sin datos	42.396	72.388
TOTAL	1.223.335	122.913	172.385	30.739	124.373	1.673.745	409.590	149.516	12.732	1.306	124.446	707.589	2.381.335

Fuente: Administraciones competentes. Elaboración propia.

CUADRO 26

EVOLUCIÓN DEL GASTO PÚBLICO EN PROTECCIÓN SOCIAL A LA DEPENDENCIA (1995-2003)

(millones de €)

Años	Prestaciones Monetarias (gasto corriente)	Prestaciones Monetarias (base 1995)	Servicios Sociales (gasto corriente)	Servicios Sociales (base 1995)	Total Gasto en Dependencia (gasto corriente)	Total Gasto en Dependencia (base 1995)	%/PIB	%/Gasto Protección Social
1995	232,0	232,0	782,6	782,6	1.014,6	1.014,6	0,23	1,10
1996	247,0	239,8	879,1	850,8	1.125,3	1.089,0	0,24	1,14
1997	258,2	243,6	987,6	924,9	1.248,7	1.169,6	0,25	1,22
1998	278,9	258,2	1.109,4	1.005,4	1.386,5	1.256,7	0,26	1,27
1999	291,5	262,6	1.246,2	1.093,0	1.540,2	1.351,1	0,27	1,35
2000	309,8	269,4	1.399,9	1.188,2	1.711,8	1.453,3	0,28	1,39
2001	331,2	276,0	1.572,6	1.291,7	1.903,5	1.563,9	0,29	1,45
2002	348,3	278,6	1.766,5	1.404,2	2.117,7	1.683,8	0,30	1,50
2003	372,5	286,5	1.984,4	1.526,5	2.357,0	1.813,6	0,32	1,57
% Incremento Interanual	6,1	2,7	12,3	8,7	11,1	7,6		

Fuente: Elaboración propia en base a Anuario de Estadísticas Laborales y de Asuntos Sociales del MTAS, IMSERSO y estimación propia del gasto en servicios.

CUADRO 27

COMPARACIÓN DE LAS RATIOS DE COBERTURA EN RESIDENCIAS Y SAD EN ALGUNOS PAÍSES DE EUROPA

	Plazas en Residencias	Servicios domiciliarios
Francia (*)	6,7	12,5
Holanda (*)	9	20
Alemania (*)	4,1	8,6
Dinamarca (**)	13	31
España (***)	3,77	3,12

Fuentes: (*) Elaboración propia según datos recogidos en los países mencionados, 2004.

(**) PACOLET, 1999.

(***) Observatorio de Mayores, IMSERSO, 2004.

ANEXO VI

Gráficos

GRÁFICO 1
POBLACIÓN SEGÚN SEXO Y EDAD, 2005 Y 2050

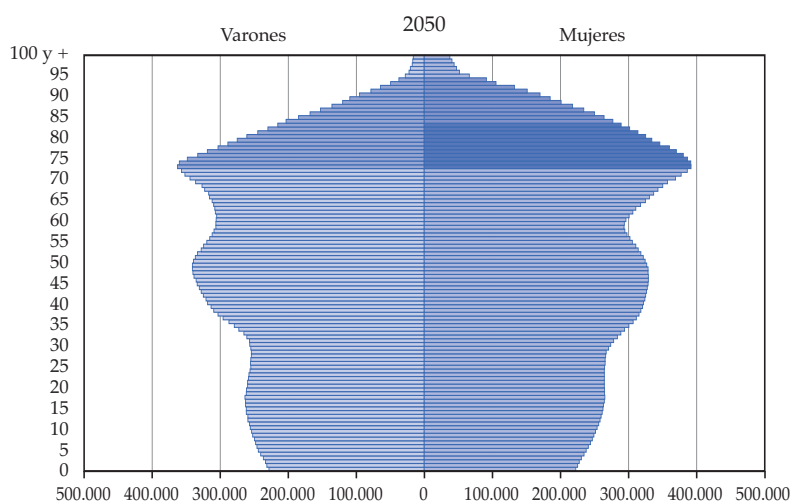
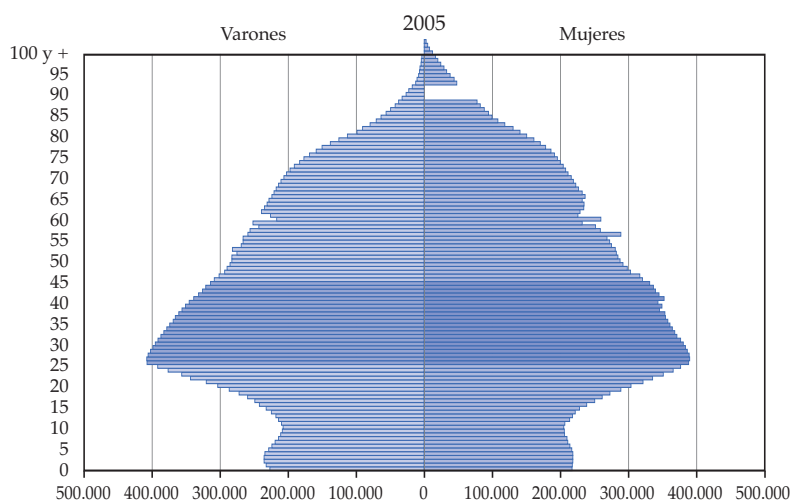
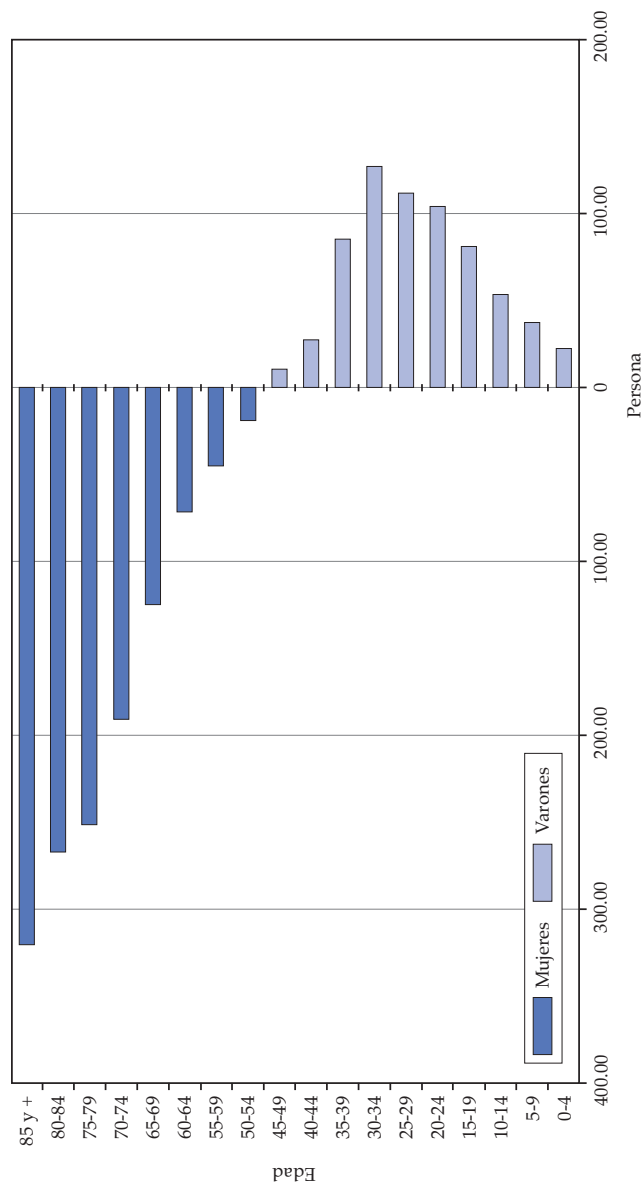
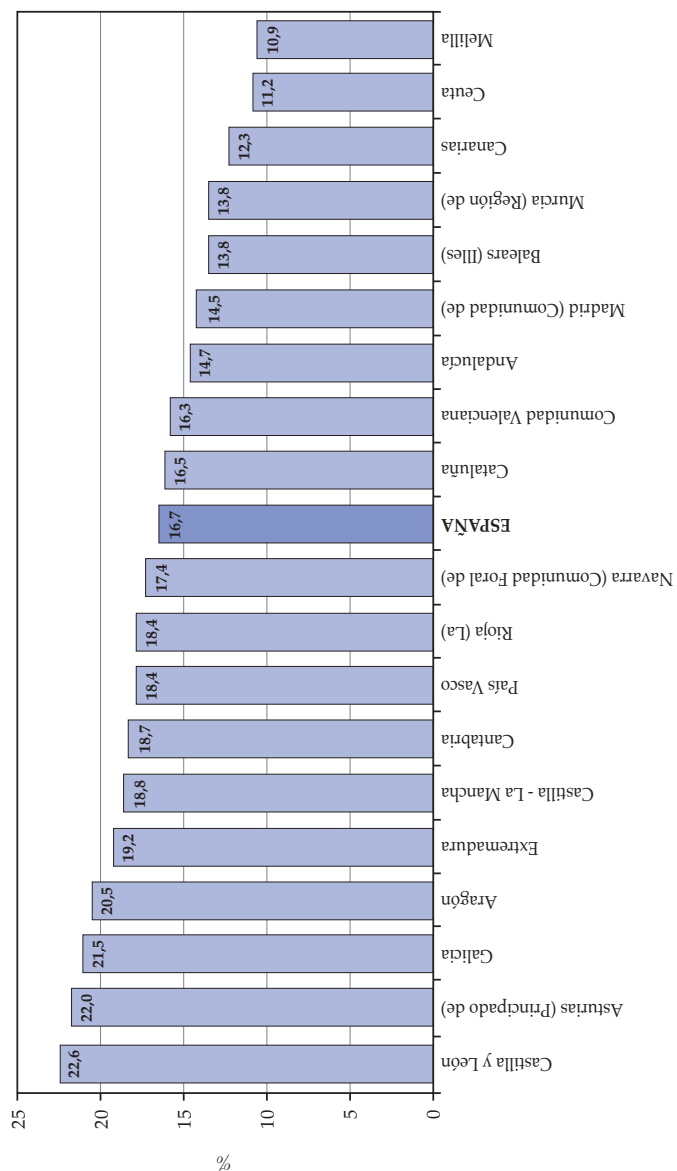


GRÁFICO 2
DIFERENCIA ENTRE MUJERES Y HOMBRES POR GRUPOS DE EDAD, 2005



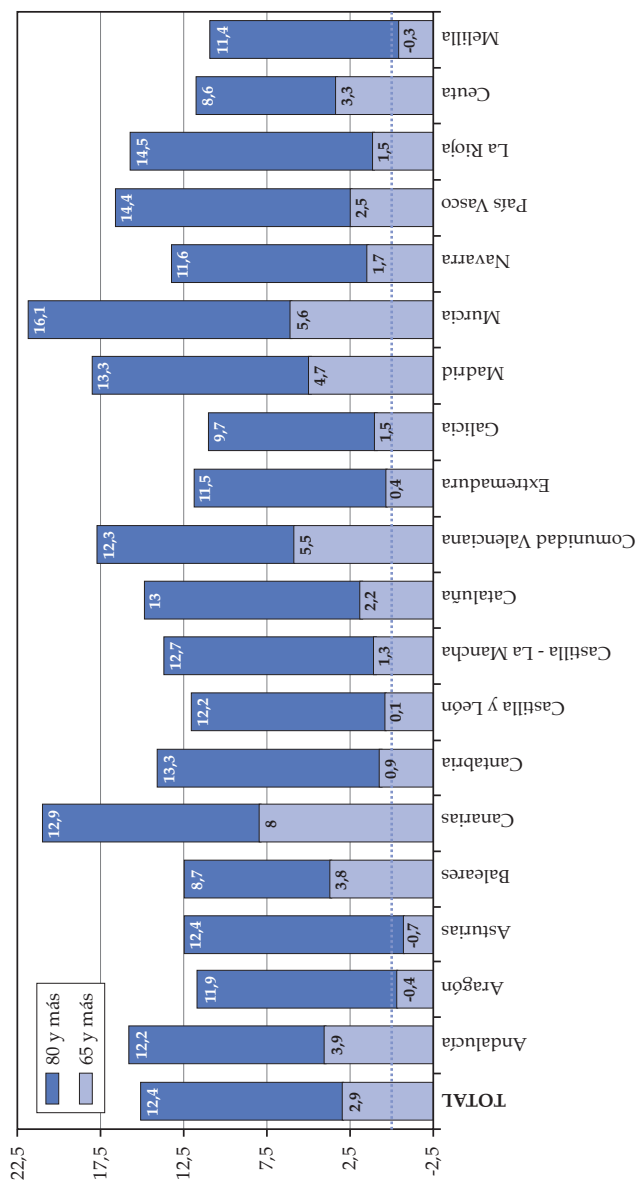
Fuente: INE: Revisión del Padrón Municipal de Habitantes a 1 de enero de 2005.

GRÁFICO 3
PORCENTAJE DE PERSONAS MAYORES. COMUNIDADES AUTÓNOMAS, 2006



Fuente: INE: INEBASE: Revisión del Padrón Municipal de Habitantes a 1 de enero de 2005. INE 2006.

GRÁFICO 4
INCREMENTO DE LA POBLACIÓN MAYOR 2003-2006 DE 65 Y DE 80 AÑOS
SEGÚN COMUNIDAD AUTÓNOMA



Fuente: INE: Padrón Municipal de Habitantes a 1 de enero de 2003 y 1 de enero de 2006.

GRÁFICO 5

LA DISCAPACIDAD EN ESPAÑA

Una persona de cada diez sufre discapacidad; más de la mitad son mujeres
España 1999

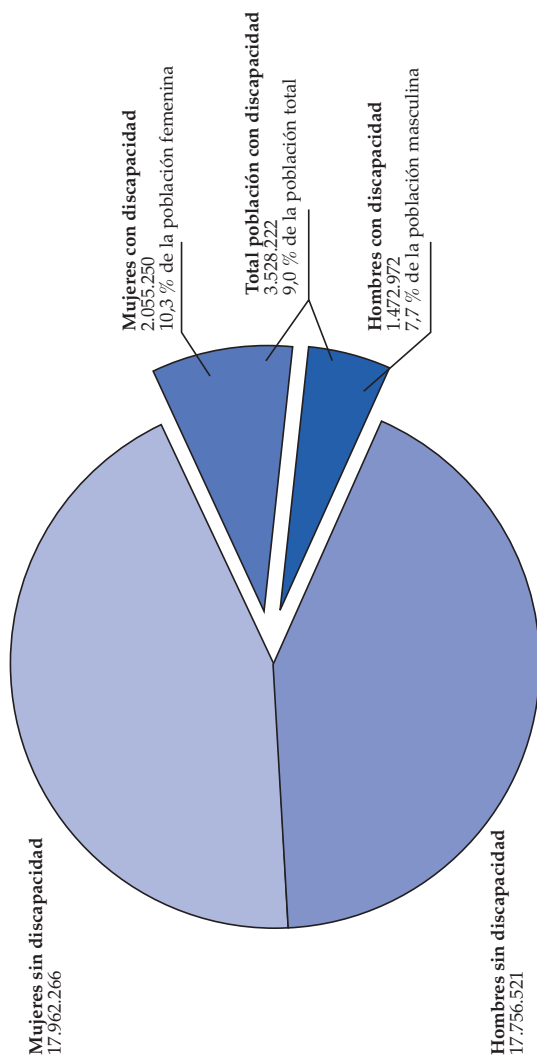
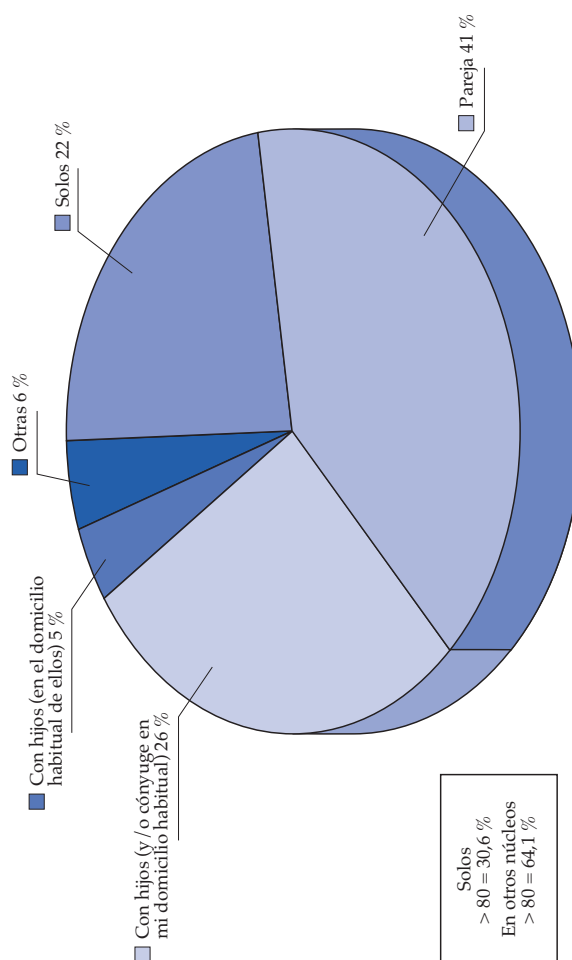
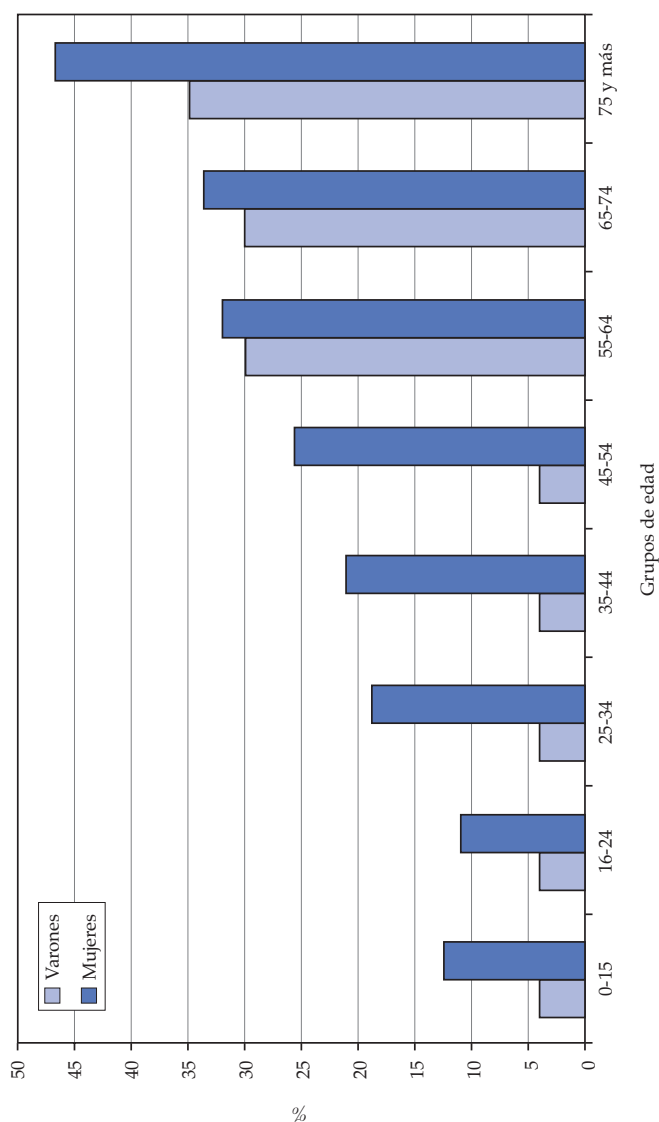


GRÁFICO 6
FORMAS DE CONVIVENCIA DE LAS PERSONAS MAYORES



Fuente: Observatorio de personas mayores-INERSO, Encuesta de Condiciones de Vida de los Mayores.

GRÁFICO 7
ENFERMEDAD DECLARADA EN CADA GRUPO DE EDAD Y SEXO (%), 2003

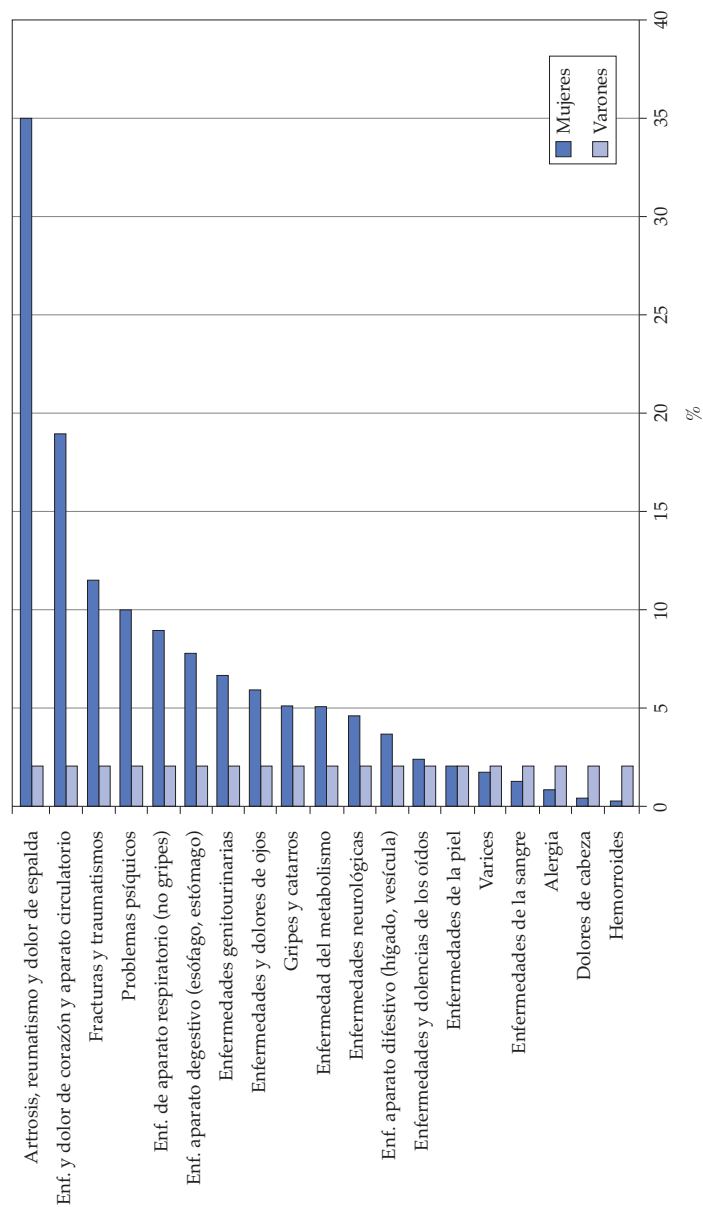


Nota: En los últimos 12 meses.

1) Se recogen las dolencias o enfermedades que hayan limitado la actividad habitual durante más de 10 días seguidos.

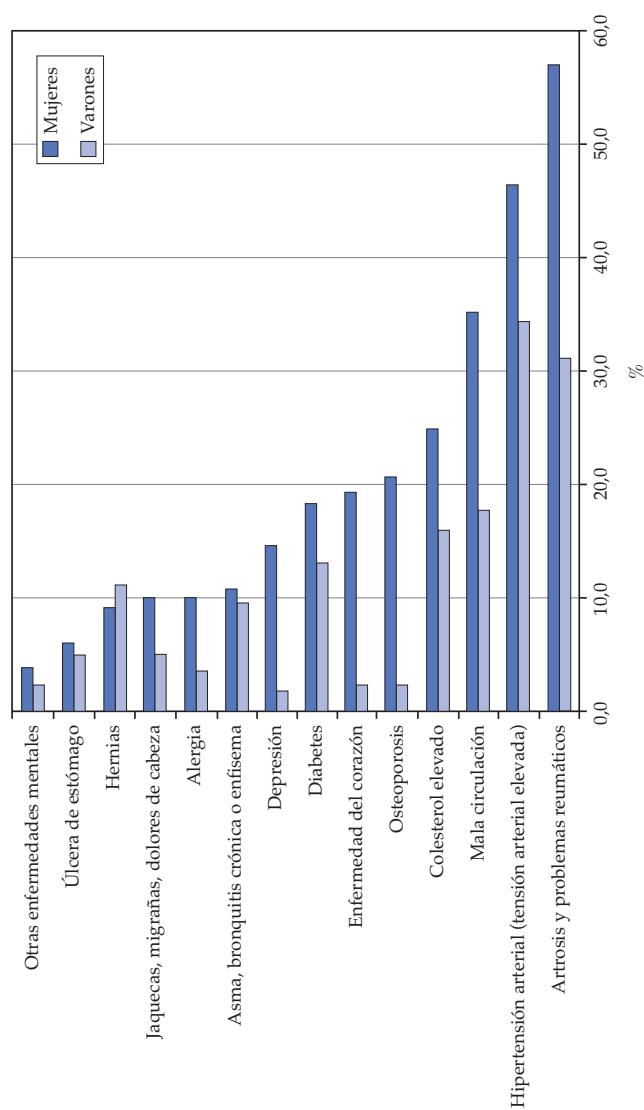
Fuente: INE: INEBASE: Encuesta Nacional de Salud. Tablas nacionales, 2003. Estado de salud y accidentalidad. INE, 2006.

GRÁFICO 8
DOLENCIAS DECLARADAS POR LA POBLACIÓN DE EDAD, 2003



Nota: Porcentajes verticales; multirrespuesta, la suma no da 100.
 Fuente: MSC-INE: Encuesta Nacional de Salud, 2003.

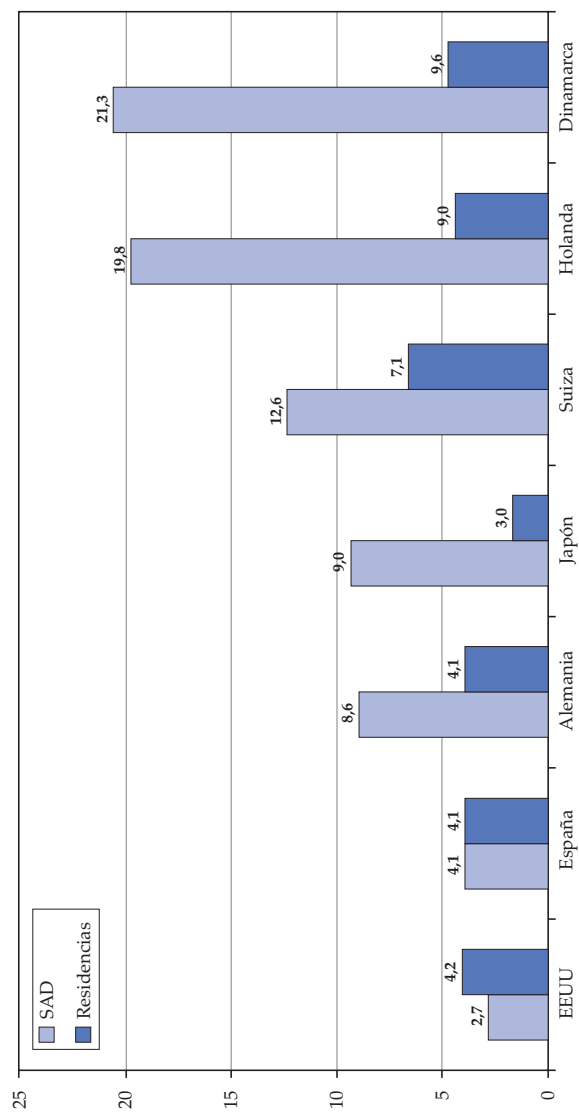
GRÁFICO 9
ENFERMEDAD CRÓNICA DIAGNOSTICADA, 2003



Nota: Diagnosticada por el médico
Fuente: INE-MSC: Encuesta Nacional de Salud, 2003.

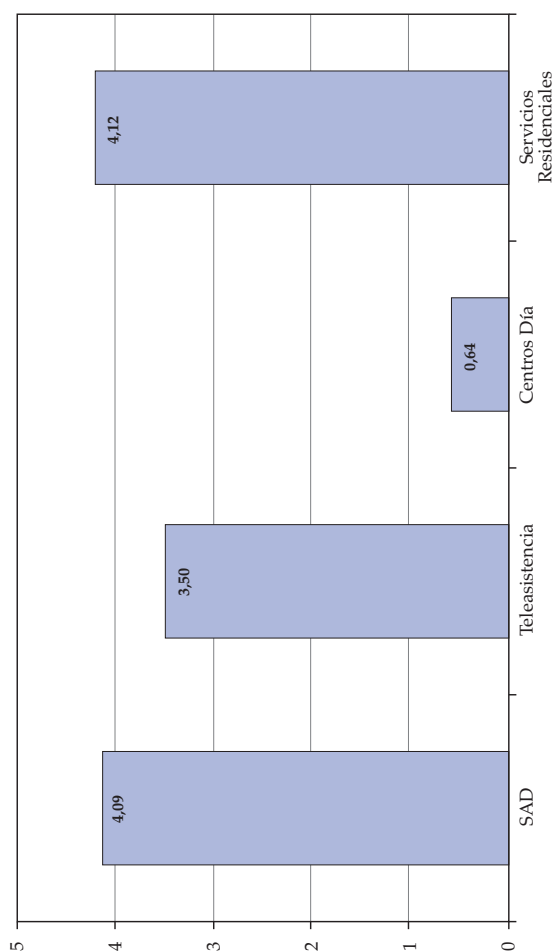
GRÁFICO 10

RATIOS DE COBERTURA DEL SERVICIO DE AYUDA A DOMICILIO Y RESIDENCIAS



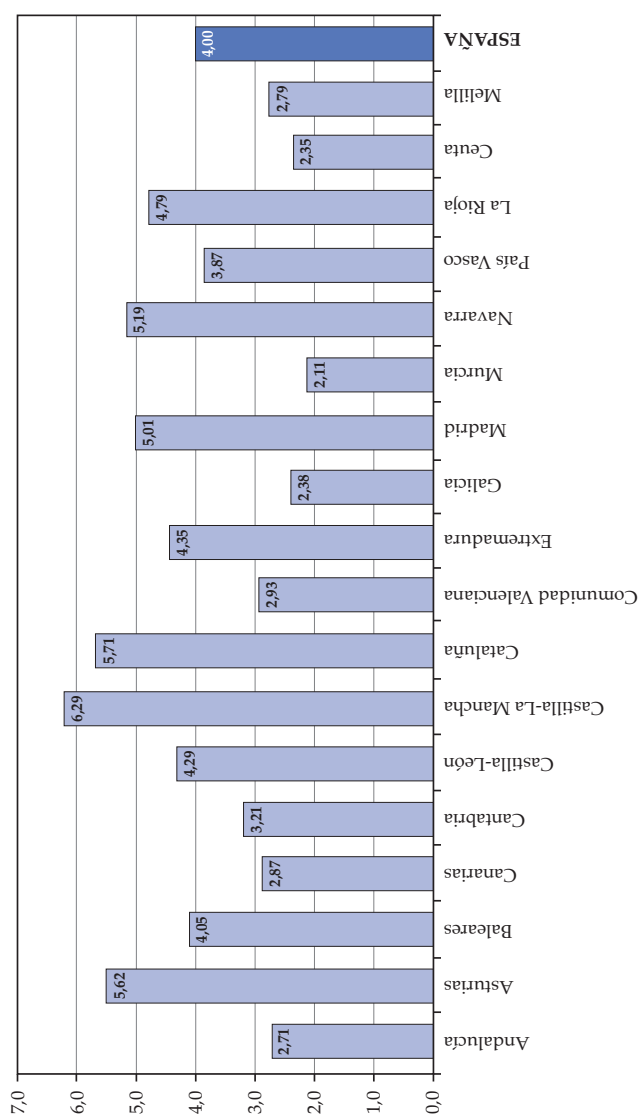
Fuente: Observatorio de personas mayores-INERSO, 2007. Elaboración propia sobre varios textos procedentes de UE y OCDE. Datos 2005-2006, según países.

GRÁFICO 11
ÍNDICE DE COBERTURA DE ALGUNOS SERVICIOS SOCIALES
PARA PERSONAS MAYORES EN ESPAÑA (Enero de 2006)



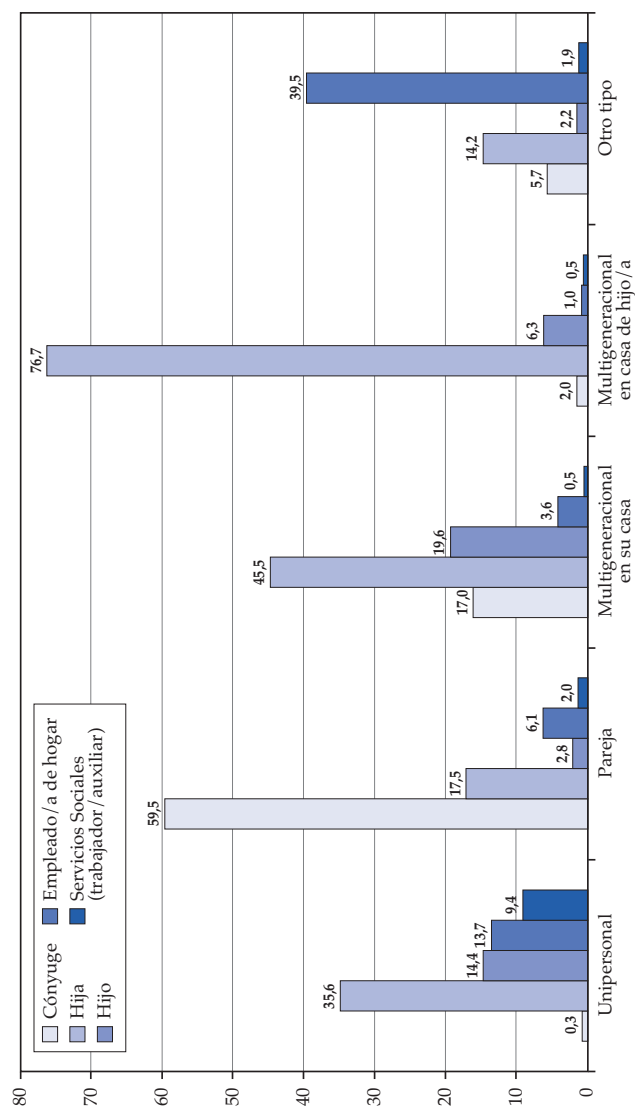
Fuente: Comunidades Autónomas, Ciudades Autónomas y Diputaciones Forales. INE (2006). Datos de Población. Padrón Municipal 01/01/2006. Elaboración propia.

GRÁFICO 12
CENTROS RESIDENCIALES. ÍNDICE DE COBERTURA PLAZAS (Enero de 2006)



Fuente: Comunidades Autónomas, Ciudades Autónomas y Diputaciones Forales. INE (2006). *Datos de Población. Padrón Municipal 01/01/2006*. Elaboración propia.

GRÁFICO 13
CUIDADORES/AS SEGÚN TIPO DE HOGAR DONDE VIVE
LA PERSONA MAYOR QUE RECIBE LA AYUDA



Nota: No se incluyen todas las categorías de cuidadores
Fuente: INSERSO-CIS, Encuesta sobre Condiciones de Vida de las Personas Mayores, septiembre de 2006.

GRÁFICO 14
PROFESIONAL O INSTITUCIÓN QUE COLABORA
CON LOS / AS CUIDADORES / AS EN LA ATENCIÓN DE LAS PERSONAS MAYORES

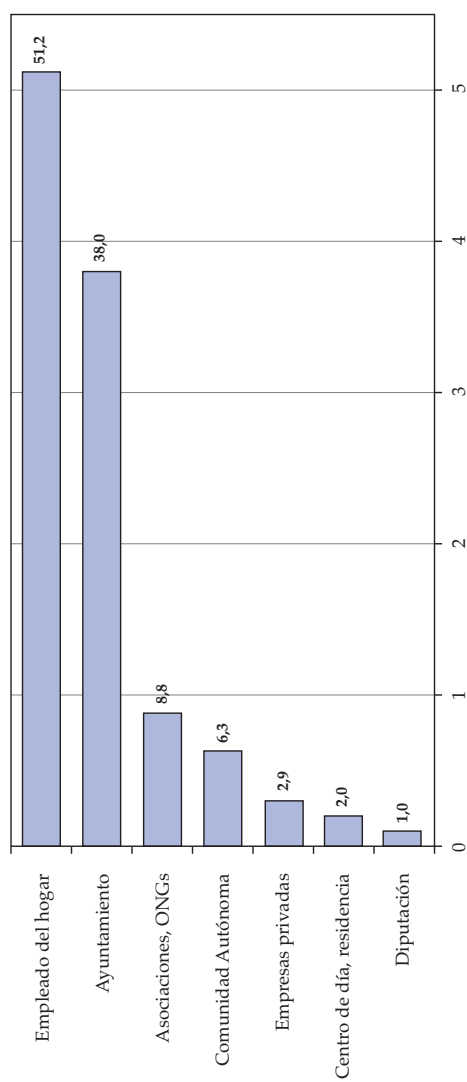
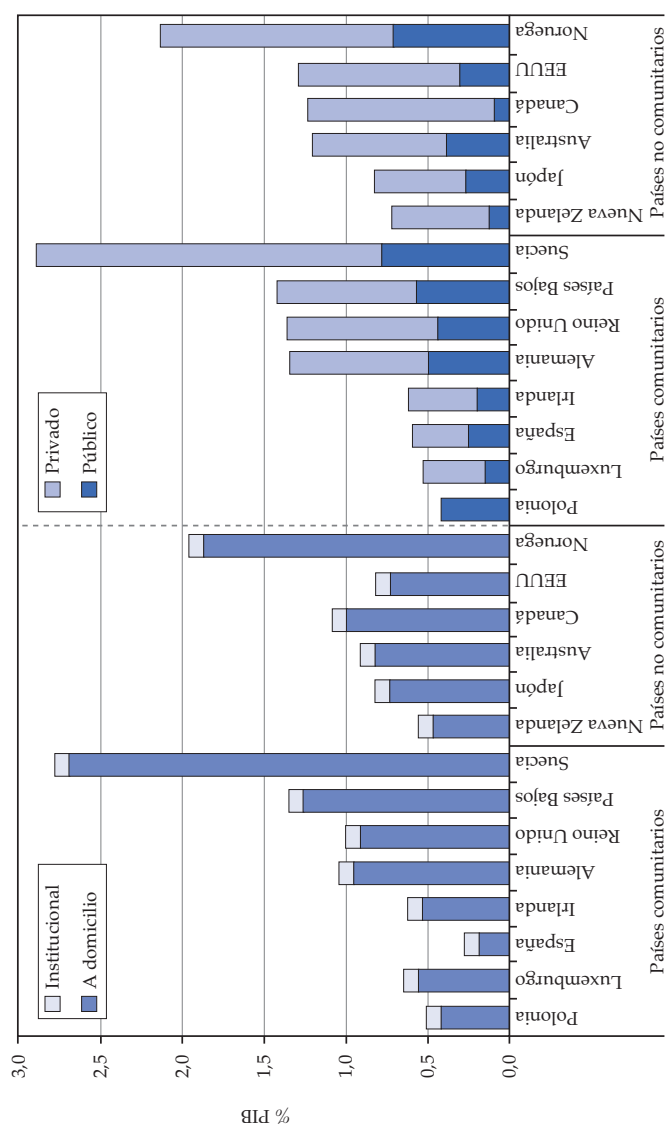
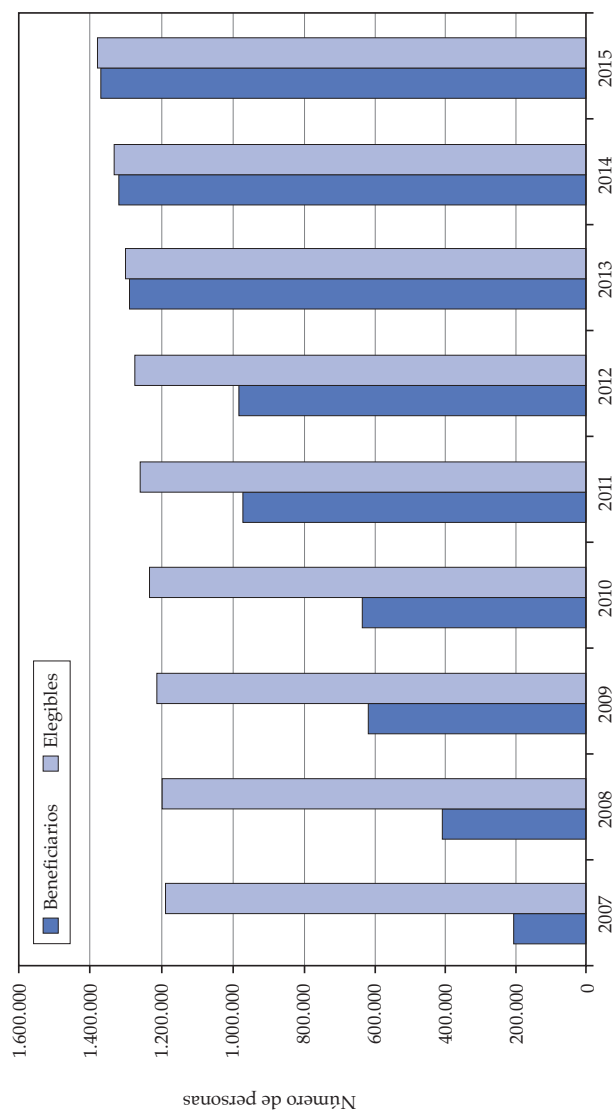


GRÁFICO 15
ESTRUCTURA DEL GASTO EN CUIDADOS DE LARGA DURACIÓN
EN ALGUNOS PAÍSES DE LA OCDE, 2000



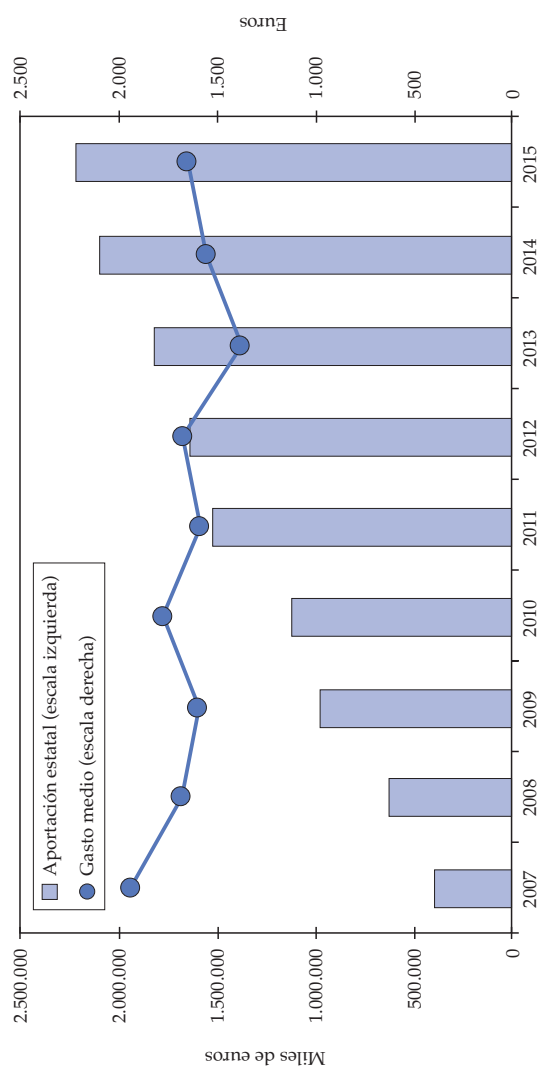
Fuente: OCDE, Projecting OECD health and long-term care expenditure, Economics Department Working Papers, n. 447. Tomado de OPM-Alboma, «Servicios sociales para personas mayores en España», Perfiles y tendencias, n.º 22, abril de 2006: 42.

GRÁFICO 16
PERSONAS ELEGIBLES Y BENEFICIARIAS DEL SND: ESPAÑA, 2007-2015



Fuente: Fundación Instituto del Envejecimiento-UAB (2006).

GRÁFICO 17
FINANCIACIÓN A CARGO DEL GOBIERNO CENTRAL DEL SND: ESPAÑA, 2007-2015



Fuente: Elaboración propia.

GRÁFICO 18

GASTO CORRIENTE EN PROTECCIÓN SOCIAL A LA DEPENDENCIA (Millones de euros)

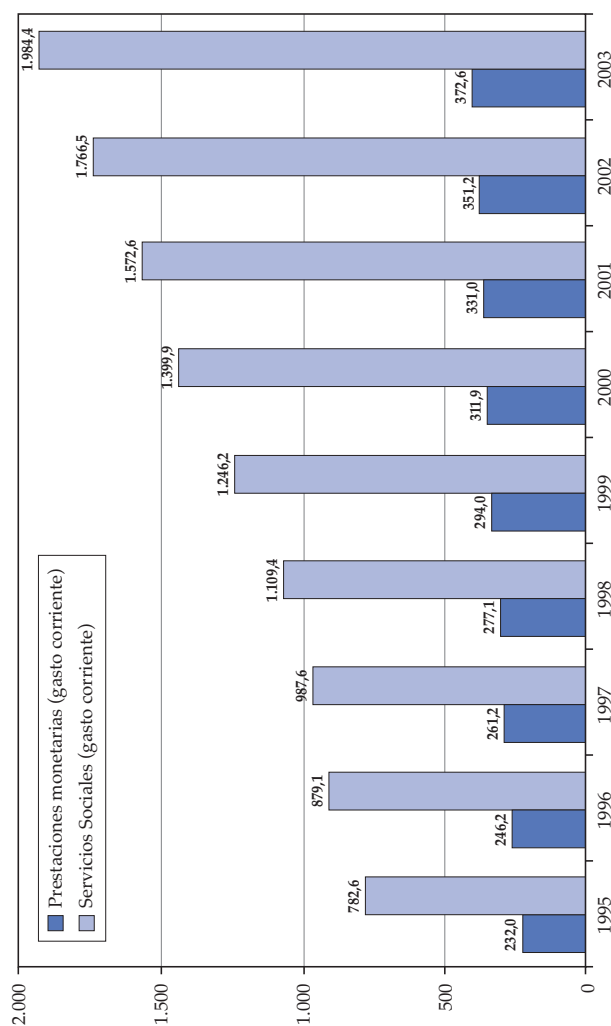


GRÁFICO 19
GASTO CORRIENTE EN PROTECCIÓN SOCIAL A LA DEPENDENCIA
COMO PORCENTAJE DEL PIB Y DEL GASTO EN PROTECCIÓN SOCIAL

