

Colaboran:

César Antón Beltrán

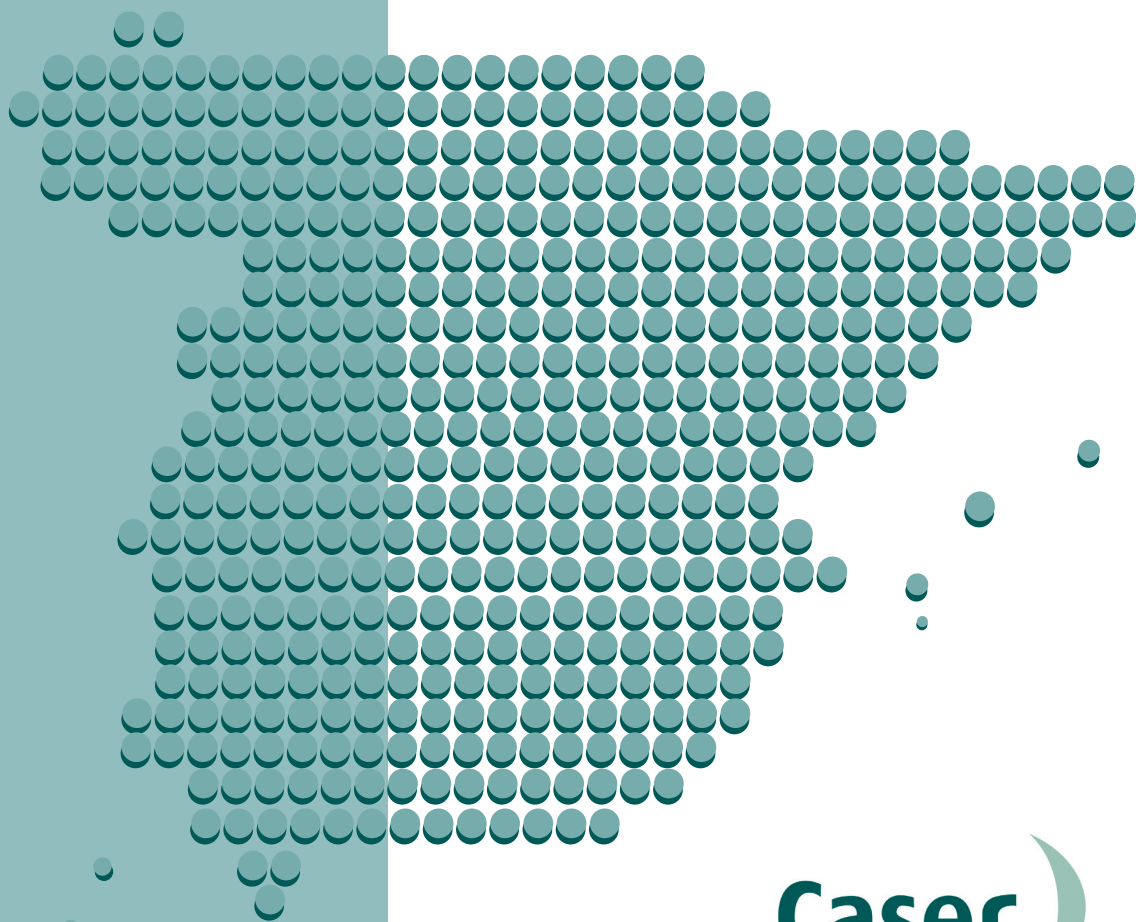
Coro Piñeiro Vázquez

Miguel Montero Lange

Manuel Álvarez Rodríguez

Antonio Martínez Maroto

actas de la dependencia



Para la Dependencia

En este número de la Revista abordamos un conjunto de temas de interés y actualidad del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, como son: la red de servicios, la aprobación de dos estrategias de la Comunidad Autónoma de Galicia que consideramos relevantes para avanzar en la mejora de las prestaciones, una comparativa de los sistemas alemán y español, la extensión y cobertura de riesgos en los seguros privados de dependencia y un aspecto de gran trascendencia como es la dimensión ética de la atención a la dependencia.

La red de servicios es con el régimen de prestaciones y la financiación un elemento esencial del Sistema. Su escaso desarrollo en estos años desde la entrada en vigor de la Ley, que coinciden con la crisis económica, es una de las causas del poco peso que los servicios profesionales representan en relación con las prestaciones económicas en el entorno familiar. El Director General del IMSERSO, César Antón, aborda este tema, tomando como fuente los datos del Observatorio de Mayores y la estadística del Sistema. Las conclusiones a las que llega nos permiten conocer en qué medida la puesta en marcha de este nuevo Sistema ha incrementado la oferta de servicios y lo que es muy importante qué parte de la oferta de la red de los servicios sociales está ocupada por personas beneficiarias de prestaciones de dependencia.

La Comunidad Autónoma de Galicia ha aprobado dos instrumentos fundamentales en la planificación de los servicios sociales en Galicia: la Estrategia para la prevención y detección precoz de la dependencia en Galicia, Horizonte 2020 y la Cartera de servicios sociales para la promoción de la autonomía personal y la atención a las personas en situación de dependencia. Su Secretaria General, Coro Piñeiro, nos presenta estas iniciativas, con las que se pretende por una parte, la mejora de las condiciones de vida de las personas en términos de salud y autonomía personal, mediante la prevención de los factores de riesgo y de limitaciones funcionales y, por otra, habilitar y combinar recursos a la medida de las necesidades de las personas para conseguir una mejor atención, optimizando los recursos existentes. Ambas iniciativas pueden ser políticas de referencia para otras administraciones autonómicas.

El Sistema español para la Autonomía y Atención a la Dependencia tiene en su concepción y régimen prestacional, aunque no en la financiación, bastantes referencias del Sistema de Cuidados alemán; era necesario, tras siete años de funcionamiento de nuestro Sistema, hacer un análisis comparado de la evolución de ambos en aspectos tan relevantes como el de los beneficiarios a los que dan cobertura, prestaciones y tipologías, financiación y sus modalidades y retos a los que se enfrentan, entre otros. Para ello contamos con el trabajo de Miguel Montero, experto en los sistemas europeos

de dependencia, que nos acerca a los problemas a los que se enfrenta cada país y a las medidas que ante ellos se han adoptado por los correspondientes gobiernos.

De especial relevancia en estos momentos de crisis de financiación de la dependencia es la aportación que puede hacerse desde los seguros privados para garantizar la cobertura de las necesidades de una parte de la población. Las compañías de seguros disponen de soluciones pensadas para atender las necesidades de las personas ya dependientes, que necesitan hacer líquido su patrimonio para atender a su nueva situación y de las no dependientes, que desean tener una cobertura adecuada en previsión de una potencial dependencia. Manuel Álvarez Rodríguez, Director de Desarrollo de Vida y Pensiones de CASER presenta las medidas que sería necesario adoptar para mejorar y extender el seguro de dependencia, así como la cobertura de riesgos que conlleva.

Por otra parte, la bioética empieza a ser un elemento imprescindible para quienes tiene la responsabilidad de atender a las personas en situación de dependencia. Son múltiples las situaciones en las que los profesionales deben enfrentarse a decisiones que exigen de comportamientos éticos. El artículo, además de los fundamentos teóricos sobre bioética, desciende a los asuntos concretos, abordando el internamiento en centros, lo relacionado con la confidencialidad, el maltrato o trato inadecuado, cómo debe ofrecerse la información, el consentimiento informado o las instrucciones previas. Antonio Martínez Maroto, Jurista experto en gerontología, nos ofrece un excelente trabajo con interesantes reflexiones sobre la ética aplicada a la vida real de las personas más vulnerables por su falta de capacidad física o mental.

En los documentos de interés se incluyen las conclusiones de la IV Jornada de Diálogos de la Dependencia 2013 organizadas por la Fundación CASER y la Estrategia de promoción de la Salud y prevención en el Sistema Nacional de Salud.

Pablo Cobo

CONSEJO DE REDACCIÓN

Juan Sitges Breiter
Ángel Expósito Mora
Amando de Miguel Rodríguez
Julio Sánchez Fierro
Gregorio Rodríguez Cabrero
Antonio Jiménez Lara
Pablo Cobo Gálvez

DIRECCIÓN DE LA REVISTA

Pablo Cobo Gálvez

SECRETARÍA DE LA REVISTA

Ana Artacho Larrauri

05

RED DE SERVICIOS SOCIALES Y ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA.

CÉSAR ANTÓN BELTRÁN

Director General del IMSERSO.

19

DOS EJEMPLOS DE LA MEJORA CONTINUA COMO ELEMENTO DE LA PLANIFICACIÓN DE LOS SERVICIOS SOCIALES EN GALICIA: LA ESTRATEGIA PARA LA PREVENCIÓN Y DETECCIÓN PRECOZ DE LA DEPENDENCIA EN GALICIA, HORIZONTE 2020 Y LA CARTERA DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA PROMOCIÓN DE LA AUTONOMÍA PERSONAL Y LA ATENCIÓN A LAS PERSONAS EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA.

CORO PIÑEIRO VÁZQUEZ

Secretaria Xeral de Política Social.

47

ANÁLISIS COMPARADO DE LOS SISTEMAS DE CUIDADOS Y ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA EN ALEMANIA Y ESPAÑA.

MIGUEL MONTERO LANGE

Sociólogo y Experto en los Sistemas de Dependencia europeos.

75

SOLUCIONES PARA CUBRIR RIESGOS VINCULADOS A LA DEPENDENCIA.

MANUEL ÁLVAREZ RODRÍGUEZ

Director de Desarrollo de Vida y Pensiones. Caser Seguros.

101

LA BIOÉTICA Y LA PROTECCIÓN JURÍDICA EN LA ATENCIÓN A LAS PERSONAS MAYORES CON DEPENDENCIA.

ANTONIO MARTÍNEZ MAROTO

Jurista-Gerontólogo.

Máster en Bioética.

123

DOCUMENTOS DE INTERÉS RELACIONADOS CON LA PROMOCIÓN DE LA AUTONOMÍA PERSONAL Y ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA.

RED DE SERVICIOS SOCIALES Y ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA

CÉSAR ANTÓN BELTRÁN
Director General del IMSERSO

Sumario

1. INTRODUCCIÓN.
2. EVOLUCIÓN DE RECURSOS PARA PERSONAS MAYORES DE LA RED DE SERVICIOS SOCIALES.
3. BREVE ANÁLISIS PARA EL PERIODO 2002/2007/2011.
4. RED DE SERVICIOS SOCIALES Y ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA EN 2011.
5. CONCLUSIONES.
6. ANEXOS.

PALABRAS CLAVE

Dependencia, Ley de Dependencia, personas mayores, personas en situación de dependencia, servicios para personas mayores, cobertura, catálogo de servicios de la Ley de Dependencia, teleasistencia, ayuda a domicilio, centros de día, atención residencial.

RESUMEN

Se realiza en este artículo un análisis de la evolución de la Red de Servicios Sociales para personas mayores durante el periodo 2002 a 2011, en relación con el desarrollo del Catálogo de servicios recogido en la Ley de Dependencia, que entró en vigor en 2007. El estudio se centra en cuatro de los servicios de este Catálogo: teleasistencia, ayuda a domicilio, centros de día y atención residencial. Si bien la evolución de estos cuatro servicios ha resultado creciente en el periodo estudiado, su incremento ha sido mayor en los años previos a la aprobación de la Ley, que en los años posteriores.

La utilización de esta Red de Servicios Sociales para la atención a las personas mayores en situación de dependencia es de un 14% en teleasistencia, un 25% de la ayuda a domicilio, un 57% de las plazas de centros de día y un 34% de la atención residencial.

KEYWORDS

Dependency, Long term care, Law on the Promotion of Personal Autonomy and Care for Dependent Persons, people in situation of dependency, services for older people, coverage rate, Dependency list of services, remote assistance, home care, day centers for the elderly, residential care.

ABSTRACT

This article analyses the evolution of the network of Social Services during the period 2002-2011 in relation to the development of the list of services, set forth by the "Law on the Promotion of Personal Autonomy and Care for Dependent Persons", which entered into force in 2007. The study is focused on four services of this List: remote assistance, home care, day centers and residential care. The evolution of these four services has been increasing during the studied period, taking into consideration that the extent of this increase was greater in the previous years of the enactment of the Law than in later years.

The use of this network of social services care for older people in situation of dependency is 14% in remote assistance, 25% of home care, 57% of the places in day centers and 34% of residential care.

1. INTRODUCCIÓN.

En los últimos años, y sobre todo en la última década, en nuestra sociedad del bienestar se ha desarrollado y avanzado un catálogo de servicios para hacer frente a la atención y cuidados de personas y familias que, por sus circunstancias y situaciones de vulnerabilidad, requieren de atención social.

Destaca, en mi opinión, que este avance ha venido acompañado de una profesionalización de estos servicios; profesionalización fundamentada en la formación y preparación de profesionales que se han ido adaptando y preparando para dar una atención adecuada, acompañada, además, de unos estándares mínimos de calidad, ya que estamos hablando de cuidados y atención a personas.

Desde mi punto de vista, el objetivo básico y fundamental que se ha perseguido es, no sólo dar una atención adecuada, sino facilitar y mejorar la calidad de vida de las personas y familias que más necesidades de apoyo requieren.

No es necesario realizar un detalle exhaustivo de una Red de Servicios Sociales sustentada en un catálogo de servicios sociales que es de sobra conocido al haberse consolidado en nuestra sociedad.

Nadie pone en duda, y así se recoge en la propia Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a la Dependencia, que esta Red es la que ha venido dando respuesta a lo largo del tiempo a las situaciones de personas y familias que requieren de una atención social, de una promoción de hábitos de vida saludable y envejecimiento activo para evitar las situaciones de dependencia y, en su caso, atender las mismas cuando llegan.

Pero también es cierto y claro el reconocimiento de que con la aprobación de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a la Dependencia, se produce un gran avance en la prevención o promoción de la autonomía personal y atención a las situaciones de dependencia para las personas mayores, personas con alguna discapacidad o personas menores que puedan tener alguna situación de dependencia a lo largo de su vida; además con el correspondiente apoyo a las familias, y sobre todo por el reconocimiento del derecho subjetivo a las personas en estas situaciones.

Por estas razones, entre otras, desde mi perspectiva, la Ley reconoce, de forma sabia, que la atención a las situaciones de dependencia debe realizarse, de manera prioritaria, utilizando esta Red de Servicios Sociales existente, ya consolidada y financiada.

A lo largo de este artículo, lo que pretendo es llevar a cabo un breve análisis de cómo ha evolucionado esta Red de Servicios Sociales, poniéndola en relación con la evolución del catálogo de servicios recogido en la Ley de Dependencia.

Por ello, vamos a efectuar este análisis refiriéndonos a cuatro de los servicios que están incluidos, tanto en la citada Red de Servicios Sociales como en el Catálogo de la Ley de Dependencia, y que son los siguientes:

- La teleasistencia domiciliaria.
- La ayuda a domicilio.
- Los centros de día.
- La atención residencial.

Los tres primeros tienen la finalidad de promover la autonomía personal y prevenir las

situaciones de dependencia o, al menos, alargar que éstas se produzcan y, por otro lado, facilitar que las personas dependientes permanezcan el mayor tiempo posible en su entorno social familiar geográfico, a la vez que se presta apoyo a los cuidadores familiares, incluso respiro familiar.

Cuando esto ya no se puede conseguir con unos mínimos de calidad, es cuando entra en juego la atención residencial con cuidados continuados las veinticuatro horas del día en centros residenciales adecuados para atender estas situaciones.

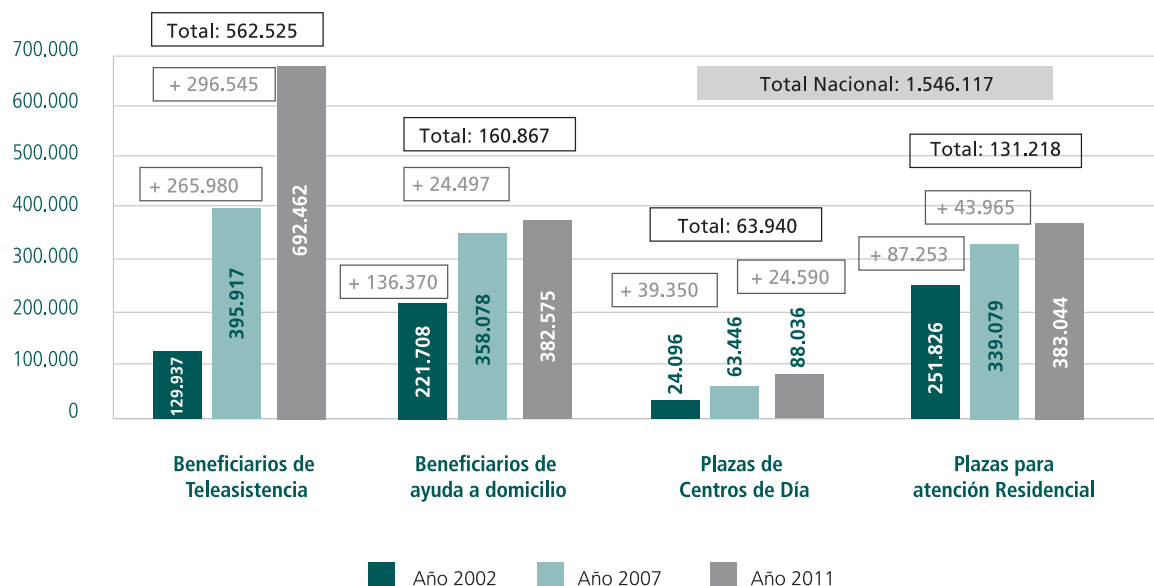
El estudio que recoge este artículo se refiere exclusivamente a los cuatro servicios citados. No es mi intención, por tanto, hacer un análisis de la totalidad de los servicios previstos en la Ley y de su correspondencia con las personas en situación de dependencia que los reciben, ante la insuficiencia de datos en estos momentos para abordarlo.

El ámbito temporal, es una breve referencia de los datos de cómo ha evolucionado en el periodo 2002 a 2007 la Red de Servicios Sociales para Atención a Personas Mayores, y luego, cómo ha evolucionado esta misma Red de Servicios para los servicios antes citados en el periodo 2007 a 2011, dado que en 2007 es cuando entra en vigor la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a la Dependencia, y así poder ver cómo ha ido evolucionando esta Red en el periodo coincidente con su entrada en vigor.

2. EVOLUCIÓN DE RECURSOS PARA PERSONAS MAYORES DE LA RED DE SERVICIOS SOCIALES.

Con base en los datos oficiales, estos cuatro servicios para atención a personas mayores en el ámbito del conjunto nacional, han experimentado desde el año 2002 hasta el 2005 un considerable aumento, tanto en el número de beneficiarios como en el número de plazas respectivamente. Este aumento continua entre el periodo de 2005 hasta el 2007, año en que entra en vigor la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a la Dependencia, pero no en la misma dimensión que en el periodo anterior, como se desprende del gráfico nº 1.

Gráfico nº 1: Evolución de los recursos para personas mayores de 65 años. Comparación datos totales 2002/2007/2011.



Fuente: Unidad de Información de Mayores y Servicios Sociales, IMSERSO.

3. BREVE ANÁLISIS PARA EL PERIODO 2002/2007/2011.

Haciendo un breve análisis por separado de cada uno de ellos, en el primero, la teleasistencia domiciliaria ha experimentado un gran crecimiento -quizá el mayor de todos los servicios-, en el periodo 2002 a 2007 con un aumento importantísimo en el número de beneficiarios; incremento todavía superior y continuado para el periodo 2007 a 2011, coincidente con la entrada en vigor e implantación de la citada Ley de Dependencia. No cabe duda de que los avances del desarrollo de las mejoras incorporadas a este servicio y las nuevas tecnologías de la información y la comunicación, han contribuido fuertemente al desarrollo del mismo, y con unos niveles de coste asumibles por todas las partes. También es cierto que es un servicio que, en la mayoría de los casos, se complementa con otros que analizaremos a continuación,

como la ayuda a domicilio e, incluso, el centro de día.

En cuanto al servicio de ayuda a domicilio, si bien presenta un considerable aumento en el periodo del 2002 al 2007, no ocurre lo mismo para el periodo 2007 al 2011, en el que, si bien se produce un incremento de beneficiarios, éste no resulta tan considerable como en los años anteriores al inicio de la entrada en vigor de la Ley.

En cuanto a los centros de día, han tenido lugar en ambos periodos, el inicial a la entrada en vigor de la Ley y el correspondiente al desarrollo de la Ley de Dependencia, unos considerables incrementos en su número de plazas. Es cierto que se trata de un servicio que permite desarrollar programas de promoción de la autonomía personal y prevención de las situaciones de dependencia y, en algunos casos,

también contribuye a facilitar el apoyo y respiro a los familiares que atienden en su domicilio a personas en situación de dependencia.

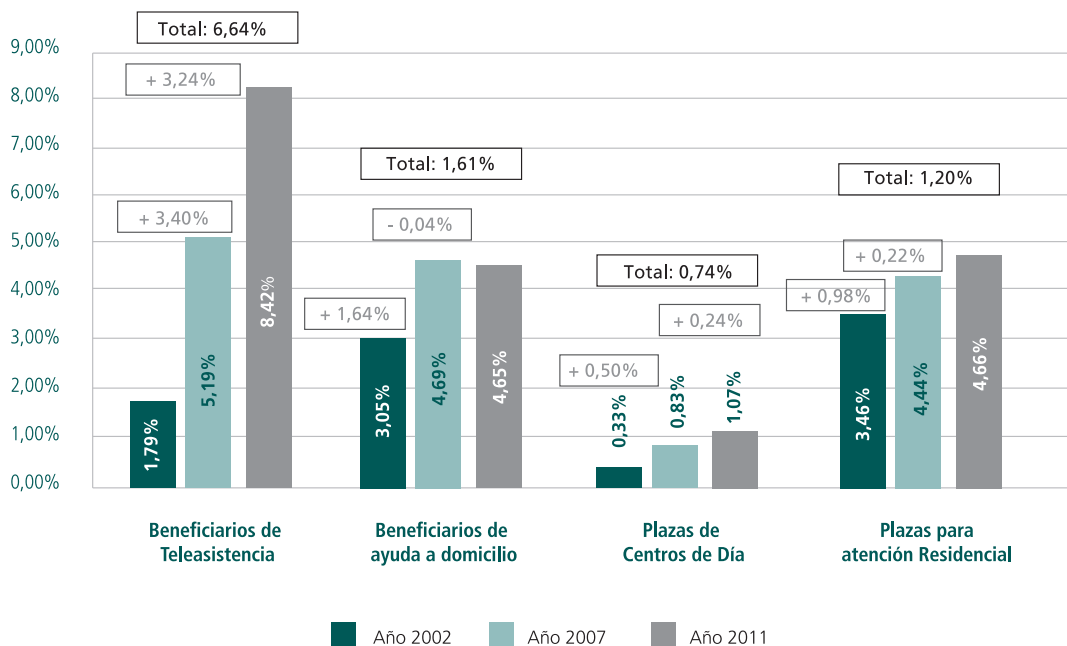
En conjunto, estos tres servicios, en la gran mayoría de las ocasiones, pueden estar complementándose unos a otros para permitir y facilitar en gran medida la permanencia de personas en situación de dependencia en su entorno familiar, social y geográfico.

En cambio, en las plazas para atención residencial, si bien se ha producido un incremento en su número, éste ha sido mayor en el periodo

2002 a 2007, el previo a la entrada en vigor de la Ley de Atención a la Dependencia, que el producido en el periodo 2007 a 2011, coincidente con su entrada en vigor.

Este mismo análisis, además de sobre los valores absolutos, si lo realizamos respecto a la cobertura sobre la población mayor de 65 años, como se refleja en el gráfico nº 2, se puede apreciar que los incrementos de cobertura de la población han sido más considerables en el periodo del 2002 al 2007 que en el periodo del 2007 al 2011.

Gráfico nº 2: Evolución de los recursos para personas mayores. Cobertura con respecto a la población mayor de 65 años. Datos totales 2002/2007/2011.



Fuente: Unidad de Información de Mayores y Servicios Sociales, IMSERSO.

Centrándonos en el periodo coincidente con la implantación y primeros años de desarrollo de la Ley de Dependencia, es decir, en el periodo 2007 a 2011, y como puede deducirse del cuadro nº 1, se aprecia claramente un considerable

incremento en la cobertura y, por tanto, en los beneficiarios del servicio de teleasistencia domiciliar que, con mucho, tiene un aumento muy superior a los otros tres servicios que estamos analizando.

Cuadro n° 1: Evolución Beneficiarios/Plazas 2007 - 2011. Total Red de Servicios Sociales.

Tipo de servicio	2007		2011		Diferencia 2007-2011	Incremento porcentaje (2007-2011)
	Beneficiarios/Plazas	Porcentaje cobertura población	Beneficiarios/Plazas	Porcentaje cobertura población		
Teleasistencia	395.917	5,19%	692.462	8,42%	296.545	3,24%
Ayuda a domicilio	358.078	4,69%	382.575	4,65%	24.497	-0,04%
Centros de Día	63.446	0,83%	88.036	1,07%	24.590	0,24%
Atención Residencial	339.079	4,44%	383.044	4,66%	43.965	0,22%

Fuente: Unidad de Información de Mayores y Servicios Sociales, IMSERSO.

Se observa, por otro lado, un considerable aumento en el número de plazas destinadas para el servicio de centro de día. Considero que ha sido uno de los servicios que mayor aumento ha experimentado, coincidiendo con el desarrollo y aplicación de la Ley de Dependencia.

Por otro lado, no resulta tampoco desdeñable el incremento en el número de plazas para atención residencial, si bien es cierto que menor que en el periodo previo.

Y por último, el incremento en el número de beneficiarios del servicio de ayuda a domicilio para este periodo ha sido muy escaso, prácticamente la cobertura respecto a la población de mayores de 65 años se ha mantenido estable y el incremento en el número de beneficiarios no es tan considerable como en los tres servicios a los que antes nos hemos referido.

4. RED DE SERVICIOS SOCIALES Y ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA EN 2011.

Una vez realizadas las reflexiones anteriores, en este apartado voy a tratar de hacer un análisis detallado de cómo el aumento de estos cuatro servicios de la Red de Servicios Sociales para Atención a las Personas Mayores ha

contribuido a la atención a estas personas en situación de dependencia.

Es decir, cómo el aumento de la Red de Servicios de estos cuatro servicios en concreto, en el periodo 2007 a 2011 ha venido a prestar atención a las personas que, una vez entrada en vigor la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a la Dependencia, se les ha reconocido ese derecho subjetivo, y concedido, de forma prioritaria, un servicio del catálogo de servicios de la Ley para atender su situación de dependencia.

Dicho también de otra manera, qué cobertura ha venido a prestar el aumento de la Red de Servicios Sociales en estos cuatro servicios que analizamos, coincidentes con la prioridad, establecida en la Ley, de atender a las personas en situación de dependencia mediante servicios y que coinciden con los existentes en esta Red.

Para este análisis, es necesario realizar unas consideraciones previas respecto a los datos a 31 de diciembre de 2011:

- Para estos cuatro servicios de la Red para la Atención a Personas Mayores, como se ha explicado y expuesto en los apartados anteriores,

he tomado como referencia los datos oficiales publicados y suministrados desde las Comunidades Autónomas.

- En cuanto a las personas mayores en situación de dependencia atendidas a través del catálogo de estos servicios incluidos la Ley de Dependencia, he tomado los datos del Sistema de Información de Atención a la Dependencia a 31 de diciembre del 2011, considerando que, para cada uno de los servicios analizados, el 75,69% de estas prestaciones corresponden a personas mayores de 65 años, ya que según el perfil de los beneficiarios, son estos los mayores de 65 años; los restantes corresponden a personas en situación de dependencia menores de 65 años.
- Por otro lado, la prestación económica vinculada al servicio puede estar destinada a

algunos de los cuatro servicios que estamos analizando y, por tanto, deben agregarse a los anteriores en cada servicio respectivo. Con base en los datos e información publicada, la distribución del total de prestaciones económicas vinculadas al servicio (60.255 beneficiarios), es la siguiente:

El 75,69% corresponden a personas mayores de 65 años, es decir, 45.607 serían las correspondientes al análisis que estamos realizando. De éstas, el 0,5%, es decir, 228 servicios son para adquirir la teleasistencia domiciliaria; el 11,84%, es decir 5.400 prestaciones, son para la prestación de centro de día; el 9,82%, es decir, 4.479 prestaciones, para el servicio de ayuda a domicilio, y el 77,84% restante, es decir, 35.500 beneficiarios, para adquirir el servicio de atención residencial, como se refleja en el cuadro nº 2.

Cuadro nº 2: Datos SISAAD 31/12/2011. Distribución datos SAAD sobre personas mayores de 65 años.

Tipo de servicio	Beneficiarios prestaciones SAAD	Personas Mayores Beneficiarias del SAAD (75,69%)	PRESTACIÓN E. VINCULADA AL SERVICIO		Total Personas Dependientes PEV+SAAD	
			TOTAL PEVS del SAAD (31/12/2011)	Distribución de la PEVS para personas Mayores		
				75,69% sobre 60.255=45.607		
Teleasistencia	125.742	95.174	60.255	0,50%	228	95.402
Ayuda a domicilio	119.912	90.761		11,84%	5.400	96.161
Centros de Día	59.968	45.390		9,82%	4.479	49.869
Atención Residencial	124.420	94.173		77,84%	35.500	129.673

Fuente: Sistema de Información del Sistema para la Autonomía y dAtención a la Dependencia, IMSERSO.

Los datos así calculados, se trasladan al cuadro n° 3 en sus respectivas columnas de aumento total de beneficiarios en la Red de Servicios Sociales para el periodo 2007 a 2011, y en la

correspondiente al aumento de beneficiarios y prestaciones de personas en situación de dependencia (ambos datos a 31 de diciembre de 2011).

Cuadro n° 3: Distribución beneficiarios SAAD entre aumento recursos Red de Servicios Sociales y los datos existentes (2007 - 2011).

Tipo de servicio	RED DE SERVICIOS SOCIALES: TOTAL AUMENTO DE BENEFICIARIOS/ PLAZAS 2007-2011	SADD: AUMENTO DE BENEFICIARIOS/ PRESTACIONES 2007-2011 (DATOS A 31/12/2011)	AUMENTO RECURSOS DESTINADOS PARA BENEFICIARIOS DEL SAAD	% AUMENTO RECURSOS DESTINADOS PARA BENEFICIARIOS DEL SAAD	RECURSOS YA EXISTENTES EN LA RED DE SERVICIOS SOCIALES QUE SE HAN DESTINADO A BENEFICIARIOS DEL SAAD	% RECURSOS YA EXISTENTES EN LA RED DE SERVICIOS SOCIALES QUE SE HAN DESTINADO A BENEFICIARIOS DEL SAAD	AUMENTO DE RECURSOS PARA BENEFICIARIOS FUERA DEL SAAD (2007-2011)
TELEASISTENCIA	296.545	95.402	95.402	100%	----	----	201.143
AYUDA A DOMICILIO	24.497	96.161	24.497	25,5%	71.664	74,5%	----
CENTROS DE DÍA	24.590	49.869	24.590	49,3%	25.279	50,7%	----
ATENCIÓN RESIDENCIAL	43.965	129.673	43.965	33,9%	85.708	66,1%	----

Fuente: Unidad de Información de Mayores y Servicios Sociales, IMSERSO.

Del citado cuadro n°3, podemos hacer un análisis sobre la distribución de beneficiarios del Sistema de Atención a la Dependencia de estos cuatro servicios del catálogo atendidos, entre el aumento de recursos de la Red de Servicios Sociales para el periodo 2007 a 2011 y los que ya existían en la Red.

Es decir, a través del análisis de los datos de este cuadro, se puede observar cómo del aumento de las plazas y beneficiarios de estos cuatro servicios de la Red de Servicios Sociales para el periodo analizado, 2007 a 2011, una parte de ellos ha dado cobertura a las personas a las que se ha reconocido una situación de dependencia y concedido una prestación de servicios del catálogo coincidente con los de la Red de Servicios Sociales. Y, por otro lado, una parte de estos beneficiarios con prestaciones de servicios del catálogo, para atender su situación de dependencia, han sido atendidos por los servicios ya existentes en la Red, con antelación a la implantación y desarrollo de la Ley de Atención a la Dependencia.

La primera conclusión es que el aumento de beneficiarios de teleasistencia en la Red de Servicios Sociales durante este periodo ha dado cobertura íntegramente a los beneficiarios en situación de dependencia a los que se les ha concedido esta prestación, incluso supera con creces este aumento de beneficiarios, pudiéndose destinar la gran parte del aumento a personas mayores que no tienen reconocida su situación de dependencia.

No podemos decir lo mismo de los otros tres servicios, ya que en ninguno de los casos, el aumento del total de plazas o beneficiarios de estos servicios a través de la Red de Servicios Sociales, ha sido suficiente para atender al aumento de los beneficiarios de estos mismos servicios o prestaciones reconocidas por su situación de dependencia en este periodo, con diferencias en cada uno de los tres servicios analizados.

Concretamente en cuanto al servicio de ayuda a domicilio el aumento de la red de servicios

sociales ha dado cobertura al 25,5% de los nuevos beneficiarios en situación de dependencia, con este servicio concedido. Mientras que para el otro 74,5% podríamos decir que su atención se ha cubierto por la red de servicios sociales que ya existía antes de la entrada en vigor de la ley de dependencia.

Para el servicio de atención mediante centros de día el aumento de plazas dentro de la red de servicios sociales ha dado cobertura a cerca del 50% de los beneficiarios en situación de dependencia con esta prestación concedida, el otro 50% restante su cobertura ha sido atendida por las plazas ya existentes antes de la implantación de la ley.

Y en cuanto al servicio de atención residencial el aumento de plazas de residencia para personas mayores de la Red en el conjunto nacional, ha proporcionado cobertura a cerca del 34% de los beneficiarios con esta prestación en situación de dependencia, frente al 66%, que su atención ha sido a través de las plazas residenciales ya existentes con antelación a la implantación de la Ley.

5. CONCLUSIONES.

PRIMERA. En el periodo 2002 a 2007, los cinco años previos a la entrada en vigor de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a la Dependencia, los cuatro servicios analizados han tenido un importante crecimiento, tanto en su volumen de beneficiarios y en plazas, como en su porcentaje de cobertura sobre la población mayor de 65 años.

SEGUNDA. El incremento de estos mismos servicios durante los cinco primeros años, 2007 a 2011, de implantación de la Ley, a excepción

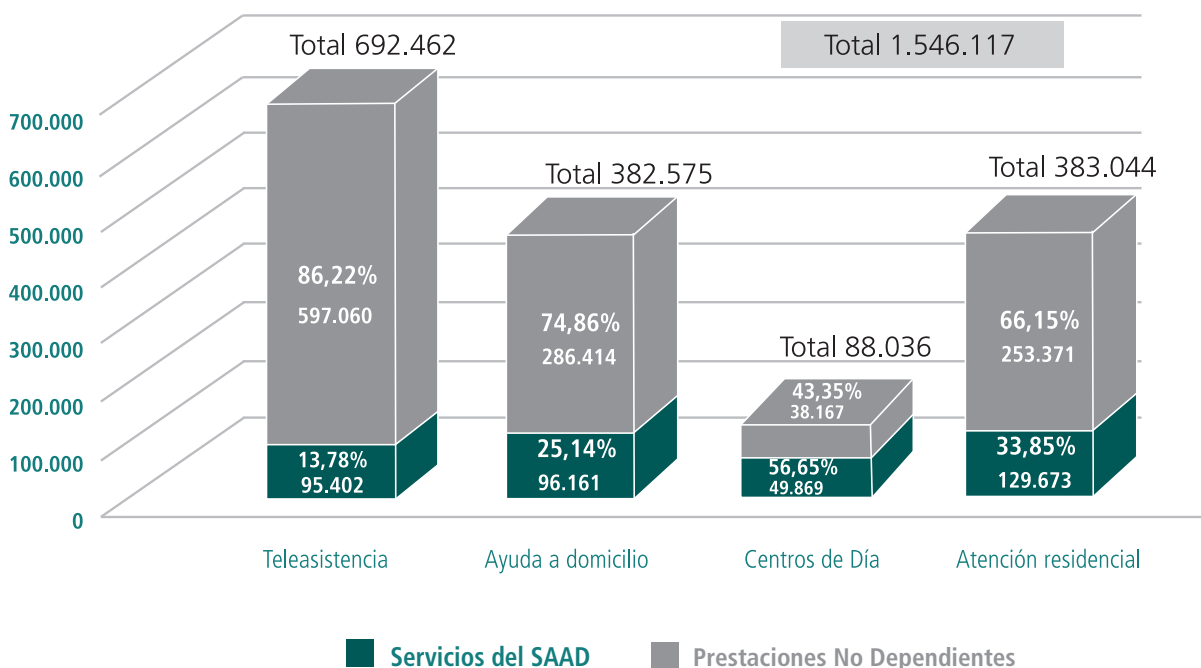
del servicio de teleasistencia domiciliaria, no ha sido tan considerable como en los cinco años anteriores, pero es cierto que sí ha habido un incremento de servicios de la red sostenido durante estos años.

TERCERA. Siendo prioritaria la atención a las situaciones de dependencia a través del catálogo de servicios, y teniendo en cuenta los datos a 31 de diciembre de 2011, podemos concluir lo siguiente:

- Del total de beneficiarios de teleasistencia domiciliaria para el conjunto nacional, como servicio de atención a personas mayores, el 14% se destina para atención a personas mayores en situación de dependencia.
- Del total de servicios de ayuda a domicilio a nivel nacional de la red de servicios sociales, para atención a las personas mayores, el 25% se destina a personas en situación de dependencia.
- Del total de plazas para atención a personas mayores a través de centros de día, el 56% se destina para atención a personas en situación de dependencia.
- Y por último en cuanto a la atención residencial del total de plazas de la red de servicios sociales existente para el conjunto nacional para la atención a personas mayores, el 34% se destina a personas en situación de dependencia con esta prestación concedida.

Todas estas conclusiones quedan reflejadas en el gráfico nº 3.

Gráfico nº 3: Utilización del Total de la Red de Servicios Sociales para la Atención a la Dependencia a través del catálogo de servicios establecidos en la ley P.A. y A.D. Datos a 31/12/2011.



Fuente: Unidad de Información de Mayores y Servicios Sociales, IMSERSO.

Y por último, como gran conclusión final, no cabe duda que la distribución de estos mismos datos por Comunidades Autónomas estará a su vez en función del índice de cobertura que para cada uno de estos cuatro servicios analizados tengan en estos momentos, y tuvieran a su vez en el año 2007 cuando se inició la aplicación de la Ley. Aspecto que ha sido analizado en la evaluación de resultados del sistema de dependencia realizado para el año 2012, así como para el periodo 2007 a 2011. Ambas evaluaciones se encuentran publicadas en el Boletín Oficial del Estado y a su disposición en la página web del IMSERSO.

6. ANEXOS.

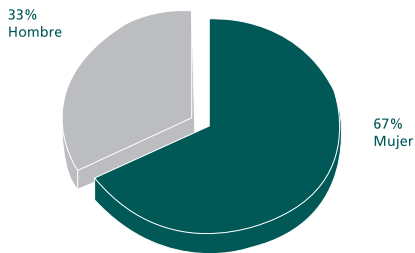
Personas beneficiarias y prestaciones. Situación a 1/1/12.

ÁMBITO TERRITORIAL	PERSONAS BENEFICIARIAS CON PRESTACIONES		PRESTACIONES												RATIO DE PRESTACIONES POR PERSONA BENEFICIARIA N°				
	N°	%	Prevenición Dependencia y Promoción A. Personal	Teleasistencia	Ayuda a domicilio	Centros de Día/Noche	Atención Residencial	PE Vinculada Servicio	PE Ciudadanos Familiares	PE Asistencia Personal	TOTAL								
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%			
Andalucía	194.877	0,00	65.156	24,67	51.551	19,52	12.260	4,64	20.544	7,78	3.699	1,40	110.841	41,97	14	0,01	264.065	100,00	
Aragón	22.207	0,00	0	0,00	0	0,00	974	4,38	3.304	14,86	4.203	18,91	13.748	51,85	0	0,00	22.229	100,00	
Asturias (Princip. de)	14.261	1,00	553	3,47	1.991	12,51	1.362	8,68	3.201	20,11	1.460	9,17	7.330	46,05	1	0,01	15.919	100,00	
Illes Balears	10.311	0,00	0	0,00	0	0,00	733	6,90	1.967	18,50	359	3,38	7.571	71,22	0	0,00	10.630	100,00	
Canarias	11.009	46	0,42	0	0,00	2.324	21,08	2.421	21,96	174	1,58	6.061	54,97	0	0,00	11.026	100,00		
Cantabria	15.133	0,00	1.112	6,85	843	5,19	1.375	8,47	3.211	19,77	0	0,00	9.702	59,73	0	0,00	16.243	100,00	
Castilla y León	60.493	6.179	8,35	4.177	5,65	8.906	12,04	5.942	8,03	8.738	11,81	14.675	19,84	25.311	34,22	36	0,05	73.964	100,00
Castilla La Mancha	38.876	951	1,82	6.326	12,12	5.794	11,11	1.525	2,92	7.743	14,84	2.912	5,58	26.913	51,58	10	0,02	52.174	100,00
Catalunya	118.359	1.616	1,11	10.159	7,00	13.586	9,36	5.005	3,45	15.961	11,01	11.807	8,13	86.977	59,92	17	0,01	145.148	100,00
Comunitat Valenciana	43.762	1	0,00	6.681	13,25	0	0,00	3.128	6,20	12.768	25,33	3.248	6,44	24.586	48,77	0	0,00	50.412	100,00
Extremadura	18.593	404	2,06	299	1,52	636	3,24	687	3,50	3.252	16,56	5.592	28,48	8.763	44,63	1	0,01	19.634	100,00
Galicia	35.199	236	0,62	771	2,02	6.192	16,22	3.916	10,26	6.817	17,86	4.392	11,51	15.803	41,40	40	0,10	38.167	100,00
Madrid (Comunidad de)	79.745	6.121	6,00	16.927	16,59	21.604	21,18	12.213	11,97	21.033	20,62	3.666	3,59	20.434	20,03	25	0,02	102.023	100,00
Murcia (Región de)	27.615	1.053	3,04	5.337	15,39	0	0,00	2.027	5,84	2.265	6,53	994	2,87	23.006	66,33	0	0,00	34.682	100,00
Navarra (Comunidad Foral de)	8.131	48	0,51	665	7,08	436	4,63	203	2,16	1.397	14,88	1.206	12,85	5.432	57,87	1	0,01	9.387	100,00
Pais Vasco	43.821	0	0,00	6.052	11,55	5.733	10,95	5.415	10,34	8.338	15,92	1.414	2,70	24.663	47,09	761	1,45	52.376	100,00
La Rioja	7.675	650	6	1,293	11,47	2.187	19,40	809	7,18	1.291	11,45	444	3,94	4.599	40,80	0	0,00	11.273	100,00
Ceuta y Melilla	1.937	226	9,41	234	9,74	454	18,90	50	2,08	149	6,20	10	0,42	1.279	53,25	0	0,00	2.402	100,00
TOTAL	752.005	17.532	1,88	125.742	13,50	119.912	12,87	59.968	6,44	124.420	13,35	60.255	6,47	423.019	45,40	906	0,10	931.754	100,00

Perfil de la persona beneficiaria con prestación: sexo y edad. Situación a 1/1/12.

SEXO	TRAMO DE EDAD														TOTAL					
	SIN ESPECIFICAR		MENORES DE 3		DE 3 A 18		DE 19 A 30		DE 31 A 45		DE 46 A 54		DE 55 A 64				DE 65 A 79		DE 80 Y +	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
MUJER	493	0,10	877	0,18	11.930	2,38	11.573	2,31	22.618	4,51	16.253	3,24	21.145	4,22	102.974	20,55	313.271	62,51	501.134	100,00
HOMBRE	442	0,18	1.050	0,42	17.935	7,15	14.662	5,85	26.790	10,68	17.291	6,89	19.730	7,87	57.208	22,81	95.712	38,16	250.820	100,00
SIN ESPECIFICAR	7	13,73	0	0,00	1	1,96	2	3,92	2	3,92	7	13,73	5	9,80	6	11,76	21	41,18	51	100,00
TOTAL	942	0,13	1.927	0,26	29.866	3,97	26.237	3,49	49.410	6,57	33.551	4,46	40.880	5,44	160.188	21,30	409.004	54,39	752.005	100,0

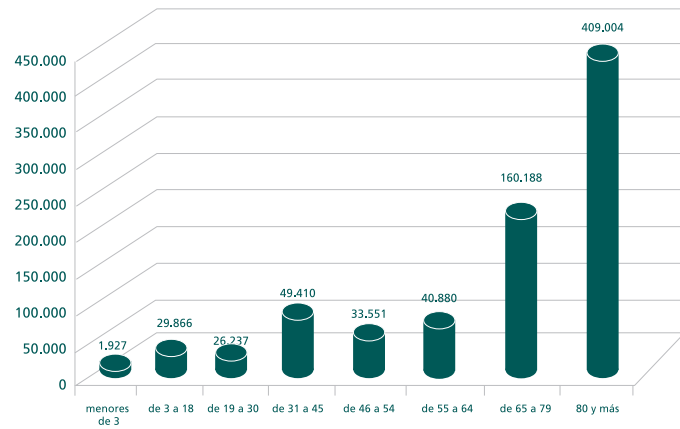
Personas beneficiarias por sexo



*Porcentaje calculado sobre datos conocidos, obviando los datos sin especificar.

¹ Calculado sobre el total de cada sexo

Personas beneficiarias por tramo de edad



DOS EJEMPLOS DE LA
MEJORA CONTINUA
COMO ELEMENTO DE LA
PLANIFICACIÓN DE LOS
SERVICIOS SOCIALES EN
GALICIA: LA ESTRATEGIA PARA LA
PREVENCIÓN Y DETECCIÓN PRECOZ DE LA
DEPENDENCIA EN GALICIA, HORIZONTE
2020 Y LA CARTERA DE SERVICIOS SOCIALES
PARA LA PROMOCIÓN DE LA AUTONOMÍA
PERSONAL Y LA ATENCIÓN A LAS PERSO-
NAS EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA.

CORO PIÑEIRO VÁZQUEZ
Secretaría Xeral de Política Social

PALABRAS CLAVE

Estrategia, prevención, detección precoz dependencia, promoción autonomía, atención a la dependencia, Galicia, Horizonte 2020, Cartera de servicios sociales.

RESUMEN

En el año 2013, el Gobierno Gallego, en su búsqueda por la mejora de la calidad de vida de la población gallega, así como de la racionalidad económica y solidaria con las futuras generaciones, aprobó dos instrumentos fundamentales en la planificación de los servicios sociales en Galicia: la Estrategia para la prevención y detección precoz de la dependencia en Galicia, Horizonte 2020 y la Cartera de servicios sociales para la promoción de la autonomía personal y la atención a las personas en situación de dependencia.

El primero de ellos busca orientar la organización y funcionamiento de los diferentes servicios (sociales, sanitarios y educativos) de cara a una mejora de las condiciones de vida de las personas en términos de salud y autonomía personal, a la prevención de los factores de riesgo y de limitaciones funcionales y a la atención integral mientras que el segundo tiene como finalidad habilitar, diseñar y combinar recursos a la medida de las necesidades de las personas para conseguir una atención más amplia, diversa e innovadora, optimizando los recursos existentes para lograr un sistema de calidad, eficiente y más sostenible.

KEYWORDS

Strategy, prevention, early dependency detection, autonomy promotion, dependency care, Galicia, Horizon 2020, range of social services.

ABSTRACT

In 2013, the Galician Government adopted two important instruments for the planning of social services in Galicia in its search for a better quality of life for the Galician population, as well as economic and supportive rationality: the Strategy for prevention and early detection of dependency in Galicia, Horizon 2020 and the range of social services for the promotion of personal autonomy and care for dependant people.

The first one aims to guide the organisation and functioning of the different services (social, health and education sectors) for the improvement of people's living conditions in terms of health and personal autonomy, the prevention of risk factors and functional limitations and holistic care. The second one aims at empowerment, design and combination of resources tailored to the needs of people to achieve wider, more diverse and more innovative care, optimising the available resources to achieve a high quality, efficient and more sustainable system.

Sumario

1. La estrategia para la prevención y detección precoz de la dependencia en Galicia, horizonte 2020.

1.1. Introducción.

1.2. La situación gallega: algunos datos estadísticos.

1.2.1. Evolución de la población en Galicia en el último decenio y situación actual.

1.2.2. Índice de envejecimiento y sobreenvejecimiento en Galicia.

1.2.3. Análisis de las previsiones de evolución de la población en Galicia hacia los años 2015 y 2020.

1.2.4. Evolución prevista de la población en los distintos ayuntamientos de Galicia.

1.2.5. Percepción de los riesgos para la salud.

1.2.6. Cuantificación de las personas con discapacidad.

1.2.7. Cuantificación de las personas en situación de dependencia.

1.2.8. Proyecciones de la población con dependencia en Galicia para los años 2015 y 2020.

1.3. El contenido de la estrategia para la prevención y detección precoz de la dependencia en Galicia, horizonte 2020.

1.3.1. Marco conceptual y contextual.

1.3.2. Objetivos.

1.3.3. Estructura matriz de la estrategia.

2. La cartera de servicios sociales para la promoción de la autonomía personal y la atención a las personas en situación de dependencia.

2.1. Introducción.

2.2. Metodología.

2.3. Contenido.

2.3.1. La delimitación normativa previa a la cartera de servicios.

2.3.2. El cambio del marco conceptual.

2.3.3. Contenido de la cartera de servicios.

1. LA ESTRATEGIA PARA LA PREVENCIÓN Y DETECCIÓN PRECOZ DE LA DEPENDENCIA EN GALICIA, HORIZONTE 2020.

1.1. Introducción.

El Gobierno de la Xunta de Galicia, a través da Consejería de Trabajo y Bienestar (Secretaría General de Política Social) puso en marcha en 2012 una nueva iniciativa que se presentaba como necesaria para la Comunidad: la elaboración de una estrategia marco para la prevención y detección precoz de la dependencia en Galicia.

La razón principal de esta decisión se encuentra en la consideración de la prevención de la dependencia como un acto de priorización de intervenciones públicas en el ámbito social para la mejora de la calidad de vida de la población gallega, así como de racionalidad económica y solidaria con las futuras generaciones. La protección y mejora de la calidad de vida de las personas es fundamental para que Galicia pueda crecer y ser sostenible, por lo que es necesario que en esta tarea se impliquen todas las administraciones públicas, las entidades privadas y las personas que integramos el cuerpo social y político de esta comunidad autónoma. Es preciso reforzar el compromiso con el envejecimiento activo y el bienestar de las personas mayores y personas con discapacidad, un colectivo prioritario para la Xunta de Galicia.

El Gobierno Gallego, consciente de todo esto y de que el enfoque preventivo es una de las claves más efectivas para lograr un envejecimiento activo y una forma también de atención a la dependencia, ya que contribuye a una autonomía personal más duradera, aprobó el 16 de mayo de 2013 la *Estrategia para la prevención*

y detección precoz de la dependencia en Galicia, horizonte 2020, con un abordaje que constituye una importante **responsabilidad social y política y el compromiso** con un modelo socio-sanitario y educativo mejor preparado para afrontar la prevención desde todos los ámbitos.

A través de esta estrategia se establecen una serie de objetivos y recomendaciones que permitirán orientar la organización y funcionamiento de los diferentes servicios (sociales, sanitarios y educativos) de cara a una mejora de las condiciones de vida de las personas en términos de salud y autonomía personal, a la prevención de los factores de riesgo y de limitaciones funcionales y a la atención integral. Son propuestas de actuación que se deberán ir concretando en los próximos años para la consecución de los objetivos definidos y con la colaboración de todas las administraciones, agentes sociales y colectivos implicados.

La concienciación social en relación con la adopción de hábitos de vida saludables, el aumento de la esperanza de vida libre de dependencia y la mejora de la calidad de vida de las personas que se encuentran ya en una situación de dependencia son objetivos de esta estrategia, que marcará la hoja de ruta de las políticas de prevención y promoción de la autonomía personal en los próximos años.

La estrategia se elaboró con un enfoque fundamentalmente participativo, con una respuesta de casi el 70% de las personas y entidades convocadas en grupos de trabajo y casi la mitad en el nivel de respuesta de los grupos de investigación universitarios consultados. También se llevó a cabo un intenso trabajo de diagnóstico de la situación en base a fuentes

secundarias de datos estadísticos y otras fuentes documentales relacionadas con la materia.

El documento completo de la Estrategia puede consultarse en:

<http://benestar.xunta.es>

1.2. La situación gallega: algunos datos estadísticos.

A continuación se recogen toda una serie de datos estadísticos que sirvieron de punto de referencia para trazar la estrategia.

1.2.1. Evolución de la población en Galicia en el último decenio y situación actual.

Según los datos disponibles de la población en Galicia, del Instituto Gallego de Estadística, a 1 de enero de 2011 había en la comunidad autónoma un total de 2.795.422 personas, de las cuales 1.445.831 (el 51,72%) eran mujeres. El crecimiento interanual promedio entre el año 2002 y el año 2011 fue del 0,23%.

Población en Galicia 2011 por provincia y sexo.

	Total	Hombres	Mujeres	Peso mujeres
A Coruña	1.147.124	551.476	595.648	51,93%
Lugo	351.530	170.854	180.676	51,40%
Ourense	333.257	160.570	172.687	51,82%
Pontevedra	963.511	466.691	496.820	51,56%
Galicia	2.795.422	1.349.591	1.445.831	51,72%

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos oficiales de población a 01/01/2011, Instituto Gallego de Estadística.

Uno de los principales factores de riesgo de encontrarse en situación de dependencia es la edad. En 2011 había en Galicia 629.477 personas mayores (de 65 y más años), lo que supone el 22,52% del total de la población gallega, porcentaje que en el caso de las provincias de Ourense y Lugo asciende a un 29,1% y 27,96%, respectivamente. El crecimiento interanual promedio de las personas mayores entre el año 2002 y el año 2011 fue del 0,92%. En el caso de las mujeres mayores en el mismo período fue del 0,79%, y para los hombres mayores del 1,10%.

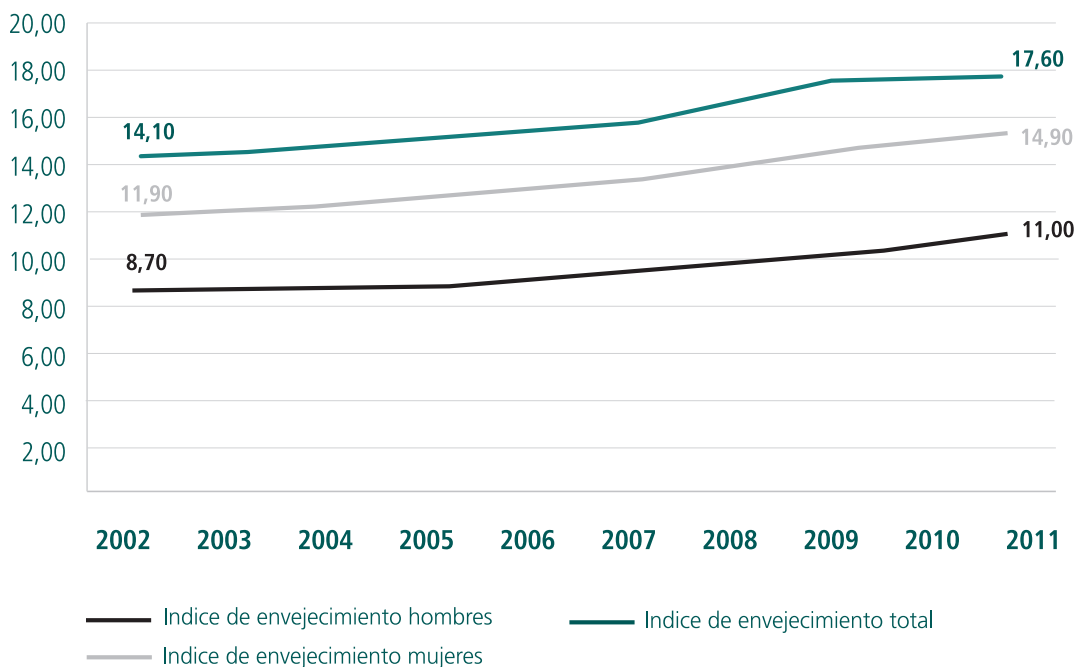
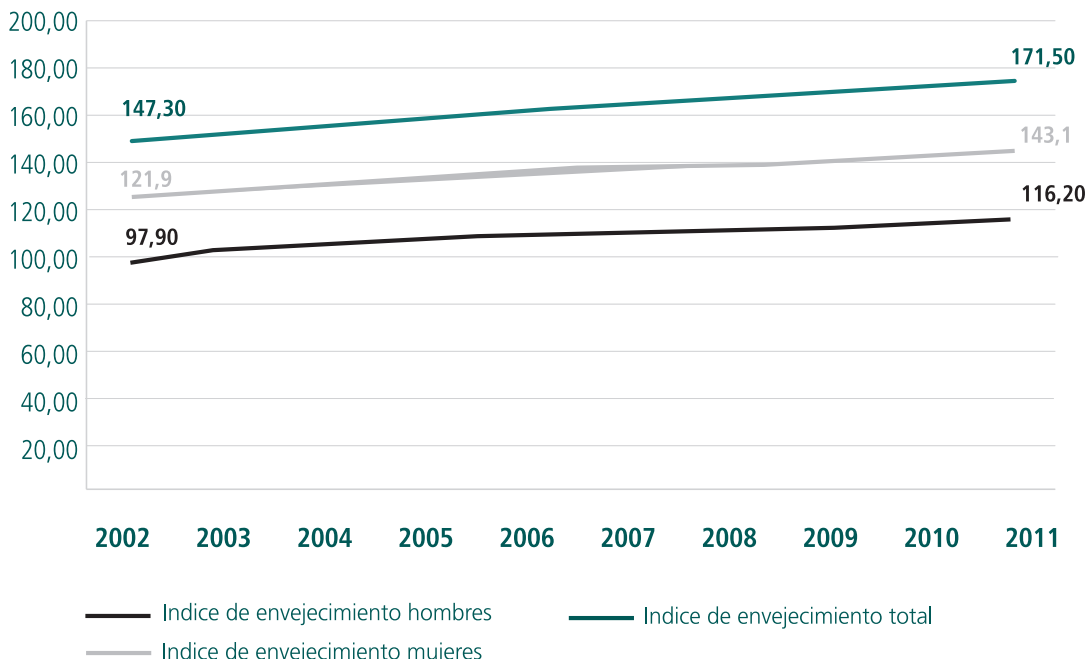
1.2.2. Índice de envejecimiento y sobre-envejecimiento en Galicia.

El crecimiento interanual medio del índice de envejecimiento entre el año 2002 y el año 2011 fue del 1,80%. En 2011 había en Galicia 143 personas mayores de 64 años por cada 100 personas menores de 20 años, lo que representa un 1,85% más que en el año anterior. El crecimiento interanual medio del índice de sobre-envejecimiento entre 2002 y 2011 fue del 2,53%. En 2011 hubo en Galicia casi 15 personas mayores de 84 años por cada 100 personas mayores de 64 años, lo que representa el 2,05% más que en el año anterior.

Índice de envejecimiento = Población de 65 y más años x 100/Población menor de 20 años.

Índice de sobre-envejecimiento = Población de 85 y más años x 100/Población de 65 y más años.

Evolución de los índices de envejecimiento y sobre-envejecimiento en Galicia en el último decenio.



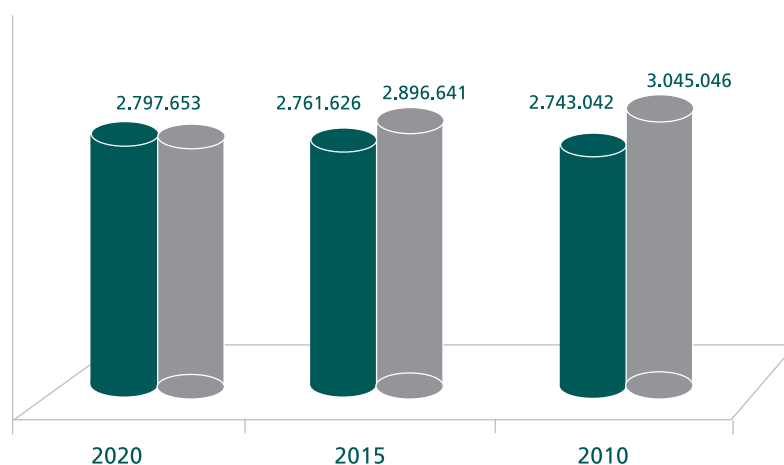
Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de indicadores demográficos con fecha de actualización 12/04/2012, Instituto Gallego de Estadística.

1.2.3. Análisis de las previsiones de evolución de la población en Galicia hacia los años 2015 y 2020.

En el gráfico siguiente se da cuenta de la previsión de evolución de la población en Galicia para los años 2015 y 2020, realizada a partir de los datos oficiales y las estimaciones del Instituto

Universitario de Estudios y Desarrollo de Galicia (IDEGA), que efectuó el estudio basándose en la ecuación demográfica básica (Woods, 1979) y en el dato demográfico de 2010 coincidente con el dato expresado por el IGE para ese año (2.797.653 personas) y bajo las dos hipótesis tendenciales, sin y con migraciones.

Situación actual y evolución prevista de la población gallega para 2015 y 2020, hipótesis sin y con migraciones.



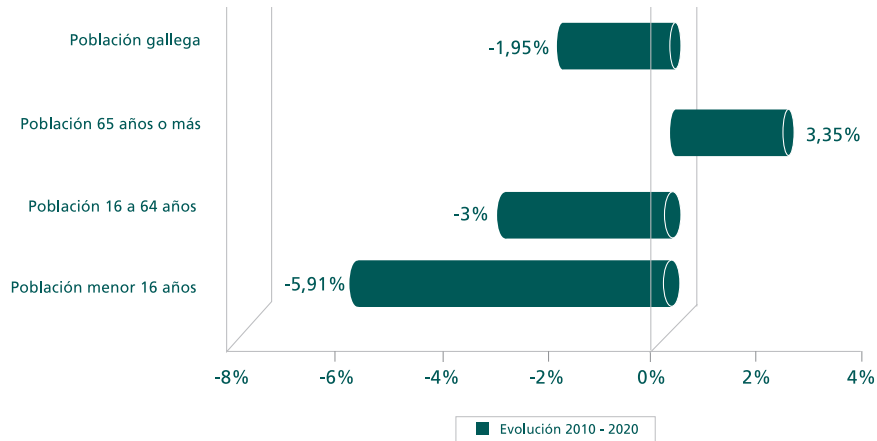
Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de indicadores demográficos con fecha de actualización 12/04/2012, Instituto Gallego de Estadística.

Las previsiones, sin tener en cuenta los movimientos migratorios, indican cierta estabilidad en la evolución demográfica, caída del 1,95% en el período 2010-2020, con una reducción para el año 2015 del 1,29%, que afecta de forma desigual a las distintas provincias. Las diferencias son destacables si se tienen en cuenta los movimientos migratorios resultando un crecimiento global de la población del 8,84% en el período 2010-2020; en este caso se producen importantes crecimientos que, en el caso de la provincia de Pontevedra superan el 5% en ambos lustros, en A Coruña rondan el 4% en el primer lustro y también superan el 5% en el segundo, y en los casos de Ourense y Lugo pasan de los tímidos 0,5% y 3,34%, respectiva-

mente, en el primer lustro a superar el 3% en ambos casos en el segundo.

Considerando los **rangos de edad** y sin tener en cuenta el impacto de las migraciones, el único intervalo de edad que muestra una evolución positiva es el de personas de 65 y más años; en la década 2010-2020 se pierde casi un 6% de la población menor de 16 años y un 3% de la que está entre los 16 y los 64 años. No obstante, la población de 65 y más años presenta un crecimiento del 3,35% y compensa ligeramente las caídas en otros grupos de edad, pero estableciendo una reducción conjunta de la población gallega del 1,95%.

Evolución prevista de la población gallega por grandes grupos de edad entre 2010 y 2020. Porcentajes de variación.



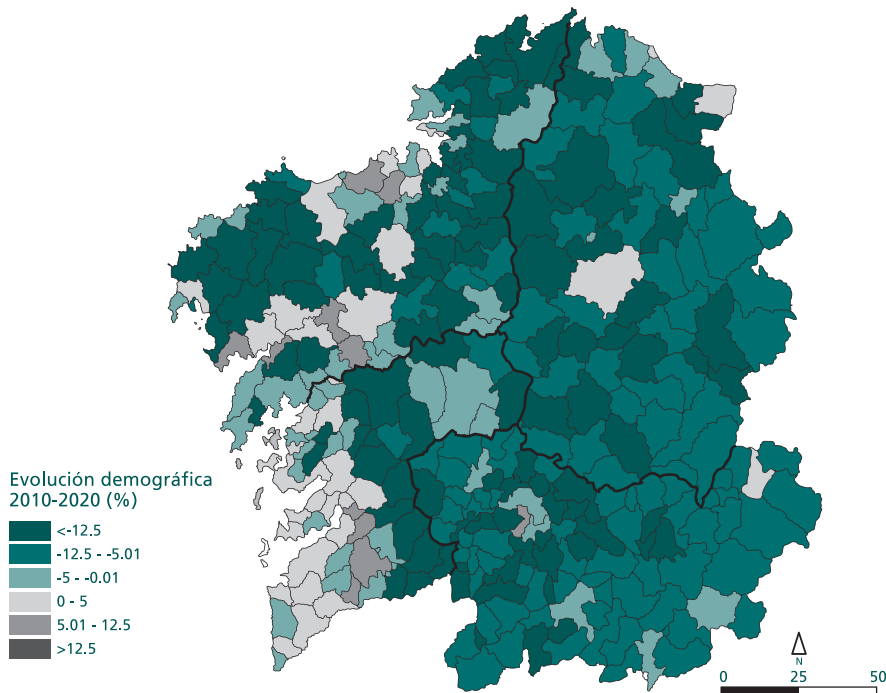
Fuente: Elaboración propia a partir de los datos e hipótesis tendenciales del IDEGA.

1.2.4. Evolución prevista de la población en los distintos ayuntamientos de Galicia.

La evolución prevista en el período 2010-2020, bajo la hipótesis que no contempla los movimientos migratorios, habla de un aumento

débil del número de municipios que conseguirían crecer en población, pues serán 50 en total (el 15,9% del total de ayuntamientos). De esos ayuntamientos sólo tres pertenecerán a Lugo y dos a Ourense.

Evolución prevista de la población gallega entre 2010 y 2020 por ayuntamientos.



Fuente: Hipótesis tendencial del IDEGA sin movimientos migratorios.

Por lo tanto, lo que marcará la evolución demográfica y de las densidades es un mantenimiento de las disparidades actuales, acentuándose aún más, con una clara dualidad entre los espacios litorales, urbanos y periurbanos, con respecto al resto del territorio, en declive demográfico y con una tendencia clara a la despoblación que se ve muy claramente en la disminución de las densidades demográficas.

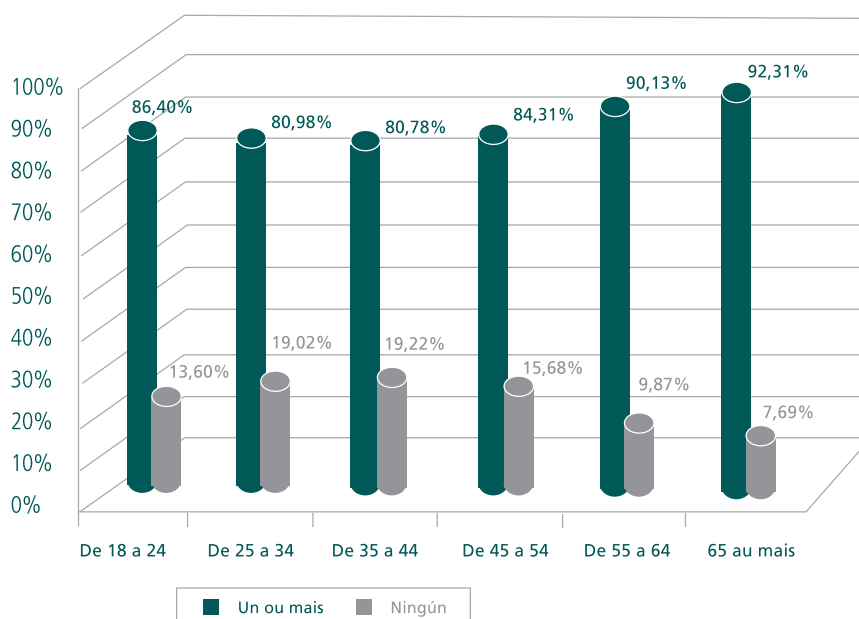
1.2.5. Percepción de los riesgos para la salud.

Según datos de la Encuesta de Condiciones de Trabajo en Galicia¹, en los intervalos de 55 años en adelante la percepción de riesgos es

mayor; por encima del 90% de los casos manifiestan sentirse expuestos a algún riesgo. Mientras los tramos de edad de 25 a 34 años y de 35 a 44 años son los que presentan menor percepción de la exposición a los riesgos en su trabajo (por encima del 19% en ambos casos).

Las distracciones, descuidos, falta de atención, etc. son la causa principal que más destaca en las personas trabajadoras de más de 45 años, con porcentajes del 42,86% en el grupo de 55 a 64 años. A continuación están las causas relacionadas con el tráfico y el exceso de horas continuadas de trabajo, ambas con una porcentaje del 14,29%.

Percepción de la exposición a riesgos por tramos de edad.



Fuente: Encuesta de Condiciones de Trabajo en Galicia, 2010. Instituto Gallego de Seguridad y Salud Laboral (ISSGA).

¹ "Encuesta de condiciones de trabajo en Galicia". Observatorio Gallego de Condiciones de Trabajo, Instituto Gallego de Seguridad y Salud Laboral (ISSGA). 1ª edición, 2011.

Tres causas principales de los accidentes por grupos de edad.

¿Cuáles fueron las tres principales causas de este accidente o accidentes?	Tramos de edad				
	de 18 a 24	de 25 a 34	de 35 a 44	de 45 a 54	de 55 a 64
Distracciones, descuidos, despistes, falta de atención	25,00%	30,43%	21,74%	30,10%	42,86%
Por posturas forzadas o por sobreesfuerzos durante la tarea	25,00%	23,91%	21,74%	19,05%	0,00%
Por cansancio o fatiga	25,00%	13,04%	8,70%	19,05%	0,00%
Se trabaja muy rápido	0,00%	10,87%	8,70%	14,29%	0,00%
Causas relacionadas con el trabajo	0,00%	13,04%	10,87%	0,00%	14,29%
Exceso de horas continuadas de trabajo	12,50%	4,35%	8,70%	4,76%	14,29%
Por aperturas o huecos desprotegidos, escaleras o plataformas	0%	10,87%	2,17%	4,76%	0,00%
El terreno tiene zanjas, terraplenes, desniveles, etc. que pueden provocar el volcado de vehículos o la caída de personas	0%	2,17%	2,17%	9,52%	0,00%

Fuente: Encuesta de condiciones de trabajo en Galicia, Instituto Gallego de Seguridad y Salud Laboral (ISSGA).

1.2.6. Cuantificación de las personas con discapacidad.

Según la información disponible en el **Censo de personas con discapacidad de Galicia**, el número total de personas que se encuentran en

esta situación es de 212.334². La mayoría son mujeres, concretamente el 51,5%, como ocurre también para el conjunto de la población, según la última revisión del Padrón Municipal del mismo año.

Población con discapacidad por provincia y sexo.

	Total	Hombres	Mujeres	Peso mujeres
A Coruña	91.942	44.166	47.776	51,96%
Lugo	20.682	10.934	9.748	47,13%
Ourense	24.536	12.251	12.285	50,07%
Pontevedra	75.174	35.591	39.583	52,66%
Galicia	212.334	102.942	109.392	51,52%

Fuente: Estudio sobre discapacidad y género. Secretaría General de Política Social-2011 (a partir del Censo de personas con discapacidad de Galicia).

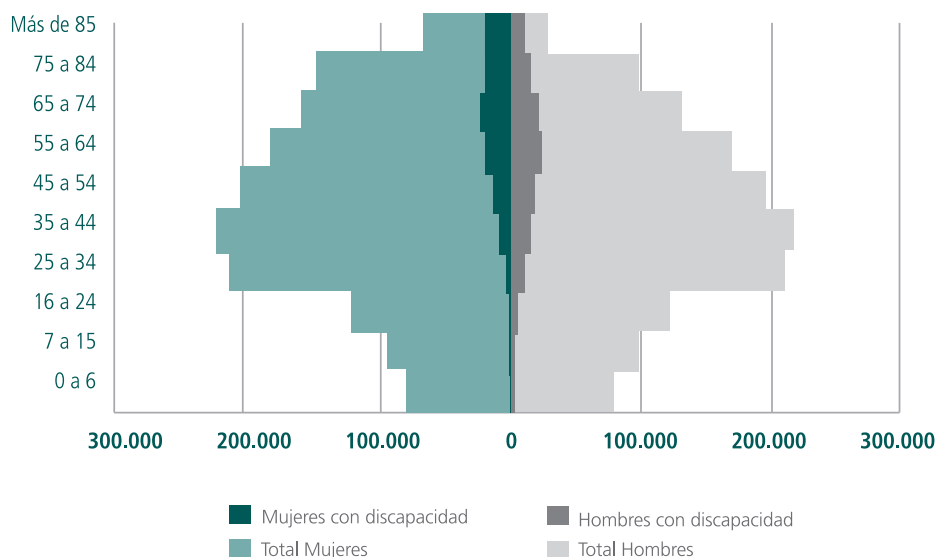
² Para este dato, se toman como referencia las personas nacidas a partir de 1905 e inscritas hasta finales de 2010.

Los datos referidos arrojan una tasa de 75,9 por cada mil habitantes; la diferenciación por sexo muestra una tasa femenina y masculina de 75,6 y 76,2, respectivamente.

El número de personas con discapacidad valorada aumenta con cada grupo de edad has-

ta llegar a la franja de 65 a 74 años donde se aglutina el mayor número. La mayoría de la población femenina que presenta alguna discapacidad tiene más de 65 años (en concreto el 54%; 40% de los hombres del mismo grupo de edad).

Estructura de la población total y con discapacidad en Galicia por grupos de edad y sexo.



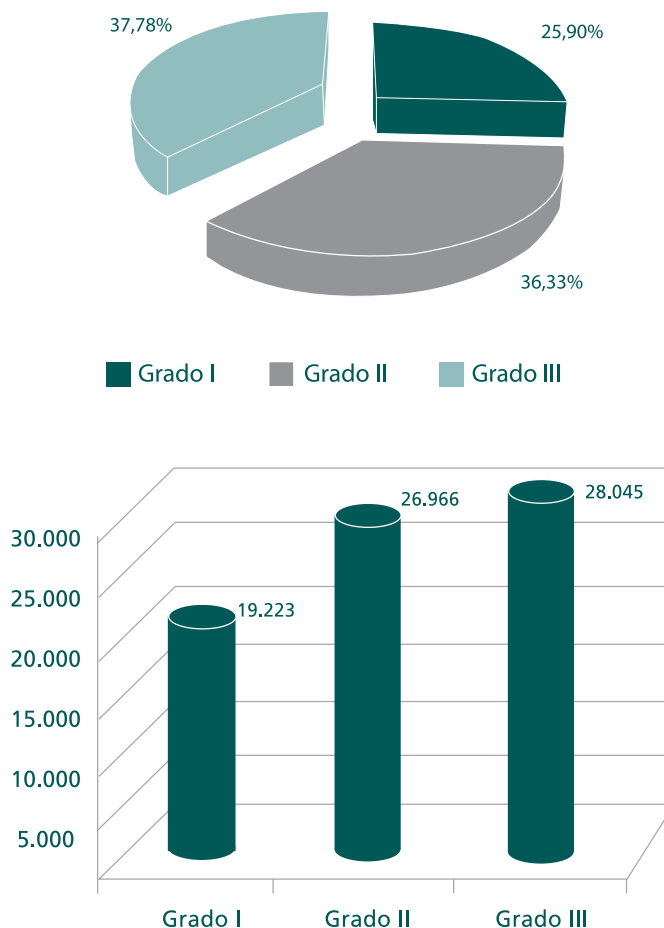
Fuente: Estudio sobre discapacidad y género. Secretaría General de Política Social-2011 (a partir del Censo de personas con discapacidad de Galicia y Padrón Municipal 2010).

1.2.7. Cuantificación de las personas en situación de dependencia.

Según datos oficiales, con fecha del 1 de septiembre de 2012, en Galicia fueron valoradas 82.825 personas (5,41% del total en España), de las cuales 8.591 (el 10,37% del total) no consiguieron ningún grado de dependencia según la escala de valoración.

En relación a las 74.234 personas en situación de dependencia, según el grado de dependencia reconocido, cabe decir que el grado III (gran dependencia) es el grupo más representativo llegando a cerca del 38%; le sigue el grupo del grado II (dependencia severa) con un porcentaje del 36,33%. Finalmente, las personas valoradas con un grado I (dependencia moderada) representan casi el 26% del total.

Personas con dependencia reconocida por grado de dependencia. Distribución porcentual y números absolutos.



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos suministrados por el Sistema de Información del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SISAAD); 1 de septiembre de 2012.

1.2.8. Proyecciones de la población con dependencia en Galicia para los años 2015 y 2020.

El Instituto Universitario de Estudios y Desarrollo de Galicia (IDEGA) realizó una estimación de la población en situación de dependencia en Galicia por grado de dependencia, para los años 2015 y 2020, a partir de los datos del censo de personas con dependencia correspondientes a enero de 2012 y las cifras de población de 2011.

Según los datos de proyección resultantes, se observa un crecimiento de la población en situación de dependencia en Galicia para cada grado y para el total en el período 2012-2020, pasando de 74.842 personas en 2012 a 80.936 en 2020.

Proyecciones de población en situación de dependencia mayor de 16 años en Galicia por grado de dependencia, 2015 y 2020.

Año/Grado	Grado I	Grado II	Grado III	Total
2015	19.321	27.261	31.072	77.654
2020	20.107	28.344	32.485	80.936

Fuente: Proyecciones elaboradas por el Instituto Universitario de Estudios y Desarrollo de Galicia (IDEGA).

La población con dependencia de grado III crece en el período observado un 8,89%, algo por encima del crecimiento del total de la población en situación de dependencia que crece entre el 2012 y el 2020 un 8,14%. El número de personas con grado II crecería en el período observado un 7,61%, mientras que el grado I aumentaría un 7,70%.

1.3. El contenido de la Estrategia para la Prevención y Detección Precoz de la Dependencia en Galicia, Horizonte 2020.

1.3.1. Marco conceptual y contextual.

En la Estrategia se repiten dos conceptos que debemos analizar, como son la “autonomía personal” y la “situación de dependencia”.

La autonomía personal es posible en situaciones de graves limitaciones físicas y psíquicas, aunque la complejidad de esta relación viene marcada por la capacidad de las personas para enfrentarse con sus propias limitaciones, con la finalidad de alcanzar las mayores cuotas de autonomía personal.

La prevención de la dependencia englobaría todas las acciones encaminadas a impedir, minimizar y/o retrasar la aparición o el agrava-

miento de situaciones de dependencia en personas afectadas por enfermedades o trastornos que la generan, de manera que el objetivo no es otro que conseguir la mayor autonomía posible a pesar de las limitaciones personales. Todos los esfuerzos para evitar que una persona llegue a encontrarse en situación de dependencia, o para su recuperación, cuando ésta es reversible, redundará en beneficio de la totalidad del sistema, y por lo tanto, en su sostenibilidad, por lo que las medidas que tengan como objetivo una actuación preventiva y precoz deben ocupar un lugar preferente de las políticas públicas, ya que contribuyen a aumentar la esperanza de vida libre de dependencia y, por lo tanto, a mejorar las condiciones de vida de las gallegas y de los gallegos.

De aquí, la necesidad de contar con esta estrategia para la prevención y la detección precoz de la dependencia como marco definidor de las actuaciones a llevar a cabo en este campo.

Esta iniciativa es importante por diferentes razones:

a) **De justicia social:** porque es de justicia que cualquier sistema sociosanitario y educativo vele por garantizar una mejor calidad de

vida de la población de su ámbito de influencia; que el sistema de protección a las personas en situación de dependencia tenga como uno de sus objetivos, la atención de éstas, a cualquier coste, en unos niveles de dignidad y de justicia social. Para todo eso, la Administración tiene la obligación de poner los medios necesarios para que dicha atención sea socialmente sostenible.

b) De carácter demográfico: los datos actuales indican que en Galicia la población disminuirá de manera ininterrumpida hasta 2050, al mismo tiempo que la población de personas mayores aumentará, y éstas cada vez serán más mayores y con mayor riesgo de llegar a una situación de dependencia. Estas proyecciones, alcanzan en 2020, cifras superiores a 80.000 personas en situación de dependencia, con una tasa de prevalencia de al menos el 3%.

c) De carácter económico: el coste económico que para la sociedad representa la atención a personas en situación de dependencia fue aumentando a medida que la aplicación de la Ley 39/2006 fue abarcando los diferentes grados y niveles previstos. Además del coste en ayudas directas también es necesario tener en cuenta el coste global y añadir al primero la parte que el entorno familiar hace llegar.

Llevar a cabo actuaciones de naturaleza preventiva es positivo y responde a un enfoque abierto que va más allá de las clásicas intervenciones terapéuticas o rehabilitadoras, en las que siempre se actuaba sobre la situación problemática cuando esta aparecía. El **enfoque preventivo está basado en su aplicación en todas las etapas de la vida de la persona a través**

de muy diversos programas de promoción de la salud y de hábitos de vida saludables, dirigidos a toda la población y de forma especial a los **grupos en situación de riesgo** (personas con discapacidad, con enfermedades crónicas, personas con alta fragilidad, personas mayores de 65 años que vivan solas, víctimas de accidentes de cualquier tipo, personas con enfermedades congénitas, solicitantes de valoración de dependencia, personas en situación de dependencia moderada...).

Por lo tanto, hablar de prevención en el campo de la dependencia significa:

- Pasar de un modelo centrado en actuar en momentos de crisis o situaciones agudas a un modelo que entiende un concepto de salud mucho más amplio, en el que el objetivo no es sólo eliminar la enfermedad o discapacidad, si no conseguir la mejor calidad de vida posible.
- Atender los factores de riesgo, es decir, aquellos que aumentan la probabilidad de que aparezca la situación de dependencia (o se agrave, si ya existe).
- Educar para la promoción de hábitos y condiciones de vida saludables, ya que éstos disminuyen el riesgo de padecer enfermedades y el deterioro de capacidades y contribuyen a que el organismo se encuentre en mejores condiciones físicas y psíquicas.
- Definir el objetivo de la intervención de cara a la mejora de la calidad de vida de las personas en términos globales, considerando todas las áreas (física, psíquica y social) y mediante un modelo de atención integral.
- Tener en cuenta los grupos de población que presentan una mayor vulnerabilidad y, por lo tanto, mayores posibilidades de encontrarse en una situación de dependencia

y adoptar con estas personas una actuación preferente.

- Contar con una adecuada coordinación sociosanitaria para que las medidas que se lleven a cabo sean verdaderamente eficaces y contemplen todas las áreas en las que es necesario intervenir.
- En los casos en los que la persona se encuentre ya en una situación de dependencia, la prevención estará dirigida a evitar que dicha situación se agrave y pase a estados de dependencia de mayor grado o a nuevas situaciones de dependencia, por lo que la promoción de autonomía personal se convierte en este caso en un pilar fundamental.

En la Estrategia se consideran los tres niveles de prevención: primaria, secundaria y terciaria, en función de la fase en la que se encuentre la persona.

- **La prevención primaria** incorpora acciones que se aplican antes de que aparezca la situación de dependencia y están dirigidas a evitar que ésta se produzca. **El área 1 de la estrategia** se basa fundamentalmente en este tipo de prevención (aunque también pueden aparecer algunas actuaciones de esta naturaleza en las áreas 2, 4 y 5).
- **La prevención secundaria** se basa en la detección precoz de la situación de dependencia, de forma que las causas que originan ésta se desarrollen más lentamente o se frenen, y con esto se limita el daño y se recupera la salud y la funcionalidad. **El área 2 de la estrategia** se basa fundamentalmente en este tipo de prevención (aunque también pueden aparecer algunas en las áreas 4 y 5).

- **La prevención terciaria** tiene como objetivo intervenir una vez que la situación de dependencia se desarrolle; actúa sobre los síntomas para evitar situaciones más complejas. **El área 3 de la estrategia** se basa fundamentalmente en este tipo de prevención al centrar sus actuaciones en las personas en situación de dependencia moderada.

1.3.2. *Objetivos.*

El objetivo básico de esta estrategia es establecer una **amplia propuesta de posibles actuaciones a desarrollar** en la comunidad gallega, de forma que todas **en conjunto contribuyan a disminuir la prevalencia e incidencia de deficiencias y discapacidades que puedan dar lugar a situaciones de dependencia**, así como mejorar y mantener la calidad de vida de las personas en situación de dependencia o con riesgo de padecerla.

Este objetivo implica la necesaria coordinación y cooperación interadministrativa para garantizar una atención integral e integrada y para el desarrollo de la calidad de los servicios especializados de atención a las personas, tanto los dirigidos a la población en general, como a los que están en situación de riesgo como a quien se encuentra ya en una situación de dependencia.

Las áreas de actuación de la estrategia y sus respectivos objetivos operativos se determinaron en base a los siguientes objetivos generales:

- Fomentar la prevención de la dependencia y la promoción de autonomía personal de forma que se garantice la igualdad de oportunidades en todo el territorio autonómico.

- Contribuir a aumentar la esperanza de vida libre de dependencia de la ciudadanía, a promover estilos de vida saludables entre el conjunto de la población que fomenten a autonomía y a promover hábitos saludables y de autocuidado entre las personas con dependencia para mejorar su salud y funcionalidad.
- Impulsar medidas de prevención de la dependencia en la población general y facilitar el acceso de las personas en situación de dependencia a las medidas preventivas actualmente accesibles a la población autónoma con sus mismos perfiles de riesgo.
- Reducir el impacto de la dependencia sobre la calidad de vida de quienes la padecen y quienes ejercen su cuidado.
- Garantizar que, tanto las personas en situación de dependencia como cuidadoras, puedan beneficiarse de actividades preventivas de calidad, basadas en la mejor evidencia científica disponible.

- Promover la sensibilización y la formación en todos los colectivos profesionales implicados en la prevención y detección precoz de la dependencia y en la promoción de la autonomía personal.
- Impulsar la investigación orientada a la acción en torno a la prevención de la situación de dependencia.
- Promover el trabajo intersectorial y la participación de la ciudadanía, especialmente de los colectivos afectados, en el desarrollo de cada una de las áreas de intervención que se contemplan.

1.3.3. Estructura matriz de la Estrategia.

La determinación de las áreas de actuación y objetivos operativos de la Estrategia son el resultado de un trabajo estratégico, científico y técnico considerando los objetivos y premisas a los que se ha hecho referencia anteriormente.

La estructura definitiva se presenta en el siguiente cuadro resumen.

Cuadro resumen: áreas de actuación, objetivos generales y objetivos operativos (I).

ÁREA DE ACTUACIÓN Objetivo General

ÁREA DE ACTUACIÓN 1. Educación y concienciación de la ciudadanía.

Objetivo general. Generar una corriente de opinión favorable al cuidado de la salud y de la autonomía personal que amplíe a la responsabilidad de la ciudadanía gallega en relación con la adopción de hábitos de vida saludables y la prevención de las situaciones de dependencia, haciendo accesible la información y educación sobre los beneficios y las recomendaciones para una vida activa y saludable así como los recursos de prevención de la dependencia y de promoción de la autonomía personal existentes en Galicia.

Objetivos Operativos

- 1.1. Concienciar y formar a profesionales de diversos ámbitos sobre los beneficios de educar en la prevención de la dependencia.
- 1.2. Fomentar actitudes positivas dirigidas al cuidado de la salud y a la promoción de la autonomía personal.
- 1.3. Contribuir a la prevención de accidentes domésticos, laborales, de tráfico y otros que puedan provocar situaciones de dependencia.
- 1.4. Promover el reconocimiento social de la labor del cuidado y de las personas que lo llevan a cabo.
- 1.5. Facilitar el acceso a la información sobre los recursos y servicios de prevención existentes.

ÁREA DE ACTUACIÓN 2. Contribución al aumento de la esperanza de vida libre de dependencia.

Objetivo general. Procurar una actitud positiva ante el envejecimiento, la discapacidad y la enfermedad y un esfuerzo creciente y proporcionado de atención a las personas en riesgo de situación de dependencia para disminuir su vulnerabilidad, promoviendo los conocimientos y las condiciones necesarias para conseguir el aumento y/o mantenimiento de la capacidad de estas personas para el desarrollo de su vida

- 2.1. Promover la autonomía a través de la orientación, el consejo individualizado y la formación para decidir sobre el proyecto de vida futuro.
- 2.2. Fomentar la prevención de la dependencia y promoción de la autonomía personal mediante el uso de diversos servicios y recursos.
- 2.3. Facilitar la accesibilidad universal como requisito indispensable para una vida autónoma.

diaria y, por lo tanto, evitar o retrasar en lo posible la aparición de la dependencia.

2.4. Desarrollar medidas preventivas para disminuir la aparición de los factores de riesgo más frecuentes que afectan al desarrollo de la persona.

2.5. Establecer servicios de apoyo para el desarrollo profesional y social de las personas en situación de riesgo de dependencia.

ÁREA DE ACTUACIÓN 3. Mejora del diagnóstico y de la calidad de vida de las personas con dependencia moderada.

Objetivo general. Proporcionar una atención especializada a las personas en situaciones de pérdida de funcionalidad, cuando aún existen posibilidades de reversión o modificación de su curso, con el propósito de mejorar su pronóstico y prevenir la agravación del actual estado y/o reducir los efectos sobre la posibilidad de pleno desarrollo personal, a través de facilitar la detección y rehabilitación precoz y el apoyo a la permanencia en el domicilio o en el ámbito habitual.

3.1. Promover el diagnóstico precoz de la población en situación de dependencia moderada o en riesgo de padecerla, en especial de las personas más vulnerables a sufrir este tipo de situaciones.

3.2. Impulsar la detección y rehabilitación precoz en centros a los que acuden personas mayores y personas con discapacidad.

3.3. Favorecer la permanencia en el domicilio y entorno habitual durante el mayor tiempo posible.

3.4. Reforzar la adaptación progresiva de los programas individuales de atención.

3.5. Atender las necesidades singulares de las personas con dependencia moderada y en situaciones de vulnerabilidad social.

ÁREA DE ACTUACIÓN 4. Apoyo al entorno familiar y estímulo de la participación ciudadana

Objetivo general. Velar por el bienestar y la calidad de vida de las personas cuidadoras no profesionales, acompañándolas para mitigar la carga objetiva y subjetiva que lleva consigo la labor que desempeñan y las consecuencias tanto en su propia salud física, mental y emocional, como en la estabilidad de la unidad familiar, a través del establecimiento de las medidas de apoyo necesarias y la implicación del conjunto de la ciudadanía.

4.1. Reforzar la atención sobre la salud de las personas cuidadoras.

4.2. Formación, capacitación y apoyo a la estabilidad emocional y cohesión de las familias cuidadoras.

4.3. Establecer un marco de apoyo para la mejora del bienestar de las familias y el buen cuidado.

4.4. Promover la implicación social a través del tercer sector, del voluntariado y del estímulo del movimiento asociativo para ampliar las potencialidades del nuevo modelo de prevención de las situaciones de dependencia.

ÁREA DE ACTUACIÓN 5. Investigación e innovación para ampliar la vida saludable y autónoma de las personas.

Objetivo general. Intensificar la investigación, la búsqueda de soluciones de vanguardia y la implantación de innovaciones importantes en relación con la promoción de la autonomía personal y la prevención y detección precoz de las situaciones de dependencia, así como con el retraso del agravamiento de enfermedades o discapacidades y de sus secuelas, generando al mismo tiempo oportunidades de desarrollo para el tejido investigador y productivo de Galicia.

5.1. Mejorar el estado de conocimiento sobre la realidad social y la potencialidad de la innovación.

5.2. Impulsar las innovaciones para la prevención, detección y diagnóstico precoz de situaciones de dependencia.

5.3. Promover una vida autónoma y activa, principalmente mediante soluciones TIC y nuevos recursos para actividades preventivas y hábitos saludables.

5.4. Facilitar el intercambio de ideas y la cooperación en aras de una innovación de excelencia.

ÁREA DE ACTUACIÓN 6. Refuerzo y mejora continua de los recursos dedicados a la prevención de la dependencia.

Objetivo general. Incrementar el reconocimiento y la satisfacción de las personas usuarias con los servicios y programas relacionados con la promoción de la autonomía personal y la prevención de las situaciones de dependencia, así como de los y las profesionales y de la ciudadanía en general a través de una actuación centrada en mejorar la eficacia, efectividad y eficiencia en su desarrollo y en la búsqueda continua de la excelencia.

- 6.1. Promover la creación de valor a través de las personas.
- 6.2. Fomentar la calidad de los servicios y programas relacionados.
- 6.3. Estimular la incorporación de modelos de gestión por valores orientados a la excelencia en los resultados.
- 6.4. Buscar nuevas sinergias a través de la coordinación y cooperación.
- 6.5. Incorporar la perspectiva de género de forma transversal.

La Estrategia incluye un total de 392 propuestas (ver documento de la Estrategia) que se deben ir concretando y definiendo más específicamente para su implantación en los próximos

años para la prevención de las situaciones de dependencia en la población gallega y la promoción de su salud y autonomía personal.

Cuadro resumen: áreas de actuación, objetivos generales y objetivos operativos (I).

Área de actuación	Nº de objetivos operativos	Nº de propuestas
Área 1. Educación y concienciación de la ciudadanía.	5	73
Área 2. Contribución al aumento de la esperanza de vida libre de dependencia.	5	76
Área 3. Mejora del diagnóstico y de la calidad de vida de las personas con dependencia moderada.	5	55
Área 4. Apoyo al entorno familiar y estímulo de la participación ciudadana.	4	53
Área 5. Investigación e innovación para ampliar la vida saludable y autónoma de las personas.	4	68
Área 6. Refuerzo y mejora continua de los recursos dedicados a la prevención de la dependencia.	5	67
TOTAL	28	392

2. LA CARTERA DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA PROMOCIÓN DE LA AUTONOMÍA PERSONAL Y LA ATENCIÓN A LAS PERSONAS EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA.

2.1. Introducción.

Desde la Consejería de Trabajo y Bienestar de la Xunta de Galicia se impulsa un nuevo modelo de prestación de servicios sociales que permitirá habilitar, diseñar y combinar recursos a la medida de las necesidades de las personas para conseguir una atención más amplia, diversa e innovadora. Para ello se amplía el catálogo de servicios sociales públicos con la optimización de los recursos existentes, logrando así un sistema de calidad, eficiente y más sostenible.

Para ello se establece un nuevo modelo basado en carteras de servicios, las cuales abarcarán las áreas de dependencia, personas con autonomía, familia e infancia, e inclusión, estando cada una de ellas regulada por un Decreto de la Xunta de Galicia. Estos textos normativos tendrán como objetivo definir de forma específica los servicios y también ampliarlos. El sistema de carteras permite, fundamentalmente, conseguir dos metas: por una parte, prestar más y mejores servicios y, por otra, optimizar al máximo las infraestructuras, lo que redundará, a su vez, en la sostenibilidad del sistema.

Este nuevo sistema es capaz de dar respuesta apropiada y personalizada a cada una de las necesidades de atención de las personas dependientes de Galicia. Todo ello, sin olvidar la necesidad de establecer, unificándolos, los requisitos o criterios para prestar esos servicios, es decir, un sistema de acreditación que sirva además para fijar un marco común de calidad, algo que hasta ahora no existía en Galicia.

La cartera de servicios sociales para la promoción de la autonomía personal y la atención a las personas en situación de dependencia fue aprobada mediante Decreto de la Xunta de Galicia 149/2013 de 5 de septiembre. Su texto puede consultarse en:

http://www.xunta.es/dog/Publicados/2013/20130924/Anuncio-CA05-120913-0001_es.html

2.2. Metodología.

Para realizar la cartera de servicios se partió de la realización de un trabajo técnico, previo a la tramitación propia de una norma de carácter reglamentario como es el Decreto de la Xunta de Galicia que la regula.

Este trabajo técnico consistió en un estudio de campo que permitió analizar, por un lado, los servicios que se estaban ofertando a las personas dependientes y, por otro, los servicios que estaban demandando estas mismas personas y que, en algún caso, nadie les estaba ofertando.

Se trabajó de forma directa con los centros, con las entidades, con los profesionales del sector, pero también con los propios usuarios o potenciales usuarios de los servicios, todos ellos conocedores directos de las necesidades del sector. Mediante este procedimiento, se consiguió un alto grado de implicación de todos los agentes. Las etapas fundamentales fueron las siguientes:

- La participación se canalizó en un primer momento a través de la elaboración de encuestas (más de 600), en las que participaron centros y entidades que desarrollan su actividad

en el campo de la atención a personas mayores y con discapacidades.

- En un segundo momento tuvieron lugar entrevistas con personalidades muy significativas en este campo (un total de 25), como, por ejemplo, entre otras: Colegio de Trabajadores Sociales de Galicia, FADEMGGA-FEAPS Galicia, COGAMI, FEAFES, Cruz Roja, entre otras.
- En tercer lugar, se realizó una nueva encuesta para acotar las ratios y perfiles profesionales.
- Finalmente, se consiguió un documento de trabajo que se sometió a los siguientes grupos de trabajo:

- Grupo de trabajo de personas mayores y Alzheimer.
- Grupo de trabajo de personas dependientes con discapacidad física, daño cerebral adquirido y parálisis cerebral.
- Grupo de trabajo de personas dependientes con discapacidad intelectual, autismo y enfermedad mental.
- Grupo de trabajo de prevención de la dependencia, promoción de la autonomía personal, teleasistencia, y ayuda a domicilio.

En definitiva, el resultado de este diagnóstico previo, de la oferta y la demanda, ha sido un factor decisivo para la posterior definición de cada uno de los servicios que configuran la cartera y que se concibe como un trabajo compartido con el sector.

El texto definitivo se presentó a su tramitación como Decreto, estableciendo, como recoge la normativa aplicable, un plazo de audiencia así como su publicación como proyecto en la página web de la Consejería.

2.3. Contenido.

2.3.1. La delimitación normativa previa a la cartera de servicios sociales para la promoción de la autonomía personal y la atención a las personas en situación de dependencia.

Antes de analizar la nueva cartera, es importante traer a colación la realidad y alguno de los obstáculos que nos plantea el escenario normativo en el que nos movemos actualmente para hablar del catálogo de servicios de promoción de la autonomía y atención a personas con dependencia, escenario que encontramos definido en:

- Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia.
- Decreto 15/2010, de 4 de febrero, por el que se regula el procedimiento para el reconocimiento de la situación de dependencia y del derecho a las prestaciones del sistema para la autonomía y atención a la dependencia, el procedimiento para la elaboración del programa individual de atención y la organización y funcionamiento de los órganos técnicos competentes.
- Orden de 2 de enero de 2012 de desarrollo del Decreto 15/2010, de 4 de febrero.

El Decreto 15/2010, siguiendo la ley 39/2006, señala como servicios que integran el catálogo:

- a) Servicios de prevención de las situaciones de dependencia y de promoción de la autonomía personal.
- b) Servicio de Teleasistencia.
- c) Servicio de Ayuda en el hogar.

d) Servicio de centro de atención diurna y de atención nocturna para personas en situación de dependencia:

- Centro de atención diurna para mayores.
- Centro de atención diurna para menores de 65 años.
- Centro de día de atención especializada.
- Centro de atención nocturna.

e) Servicio de Atención residencial para personas en situación de dependencia.

- Residencia de personas mayores en situación de dependencia.
- Estancias temporales en residencia.
- Centro de atención a personas en situación de dependencia, en razón de los distintos tipos de discapacidad.

f) Otros centros de atención a personas en situación de dependencia, en razón de los distintos tipos de discapacidad.

2.3.2. *El cambio del marco conceptual.*

El concepto "centro" como eje de la prestación de los servicios sociales queda superado al pasar a ser considerado el "servicio" como núcleo del sistema de prestación de servicios sociales. En consecuencia, la infraestructura (el centro) pasa a un segundo plano, a ser únicamente el "facilitador" de la actividad (la prestación de servicios sociales).

En relación a esta nueva concepción, fijándonos en la normativa autonómica gallega en materia de autorización hasta el año 2011 (principalmente, la Orden de 18 de abril de 1996, el Estatuto Básico de Centros aprobado mediante Orden de 18 de agosto de 2000, el

Decreto 143/2007, de 12 de julio, regulador del régimen de autorización y acreditación de los programas y centros de servicios sociales, así como el Decreto 19/2008 y la Orden de 25 de junio de 2008 que regulan los centros de día de alzhéimer) se concluye que en todo momento la referencia a los distintos tipo de centro se hace sólo desde la óptica de la actividad ligada al centro y a la autorización de ese centro.

Por lo tanto, este era un primer inconveniente, tanto desde la perspectiva de la oferta, como de la demanda, es decir, tanto para los proveedores de servicios, como para los potenciales usuarios de los mismos, en tanto en cuanto, todos ellos se ven sometidos a una serie de rigideces limitativas del sistema, la más importante, la que vincula dicho centro a una única actividad posible, bien residencial, bien de atención diurna, lo que impide a las entidades gestoras desplegar otros servicios que, en su caso, requerirían de otra autorización en otro centro. Este inconveniente empezó a superarse con el Decreto 254/2011, de 23 de febrero, por el que se regula el régimen de registro, autorización, acreditación e inspección de los servicios sociales de Galicia que deroga el anterior Decreto 143/2007 y culmina con la aprobación del Decreto regulador de la cartera de servicios.

En la medida en que nuestra atención se venía poniendo en los centros y en la autorización de esos centros, no se le prestaba demasiada atención a la definición de las prestaciones básicas o esenciales que debían dispensarse desde cada uno de los centros autorizados, a la intensidad que deben tener los servicios, a quien debe prestarlos..., faltando una uniformidad en este sentido. Al menos una uniformidad normativa, porque en la práctica, esta laguna

se trataba de llenar, en parte, a través de la fijación de similares condiciones contractuales de los conciertos y las concesiones de gestión de servicios.

Faltaba así mismo, una adaptación de los servicios y de su coste a las necesidades de los usuarios, es decir, a su grado de dependencia. En definitiva, el servicio se prestaba por igual a todos los usuarios, cada uno de ellos con necesidades diferentes.

En tercer lugar, el escenario normativo “obligaba” a las personas dependientes a pertenecer a uno de los dos grandes grupos: mayores o personas con discapacidad, de modo que la no pertenencia a alguno de ellos produce en la práctica una situación de vacío y desamparo legal, lo que en definitiva, nos está generando rigideces que limitan la capacidad de atención pública e impiden dar una respuesta a todas las situaciones que se puedan presentar.

2.3.3. Contenido de la cartera de servicios.

La filosofía que subyace en esta norma es la de la especialización de los servicios y la atención centrada en cada persona dependiente, porque cada caso es distinto y cada persona tiene unas necesidades también diferentes.

Se trata de un nuevo paradigma, de un nuevo enfoque en la atención a la dependencia que, además de facilitar la elaboración individualizada de programas individuales de atención (PIA) acordes a la situación concreta de cada persona que llame a la puerta del sistema de dependencia, busca ampliar el abanico de servicios, así como la optimización y aprovechamiento más amplio y flexible de los recursos, tanto los que existen en la actualidad, como los

que puedan crearse en el futuro.

Entrando de lleno en la filosofía y en las claves que han movido la configuración final de este nuevo entramado normativo, podemos destacar que por vez primera, Galicia cuenta con una norma absolutamente innovadora, que delimita todos y cada uno de los servicios que integran el abanico de atenciones a dispensar a una persona dependiente, en función del tipo y grado de dependencia y rompe, por vez primera con la agrupación de servicios en función de la edad o de la condición de discapacidad. La edad desaparece, como limitación legal de acceso a los servicios, mientras que la discapacidad se erige, a través de sus diferentes tipos, en criterio de especialidad.

La desaparición de este límite de edad es importante para la Administración, para las personas dependientes y para los centros que los atienden:

- Para la Administración, porque va a poder dar una respuesta a todo el mundo; nadie se queda en la situación de vacío que ahora tenemos respecto a algunos casos concretos.
- Para la persona dependiente, porque aseguramos a todos la posibilidad de una atención.
- Para los centros, porque ven desaparecer uno de los grandes obstáculos que ahora tienen respecto a la limitación para atender casos que están a las puertas de los 60 años pero que ahora mismo se quedan fuera de la foto legal de la que antes hablábamos. De este modo, también amplían su campo de actuación.

Por otro lado, esta nueva norma no sólo señala cuáles son esos servicios, sino que define

su contenido y las prestaciones, tanto básicas (por lo tanto ineludibles para quien las presta y para quien las recibe) como complementarias, que integran el grueso de cada uno de esos servicios.

De este modo estaremos propiciando que un servicio público se preste en las mismas y efectivas condiciones de igualdad, en lo que a su contenido se refiere, en cualquier parte del territorio gallego y con independencia de que quien lo desarrolla, sea la Xunta de Galicia en sus propios centros o una entidad privada a través de un concierto administrativo de gestión. Se gana así en uniformidad y una igualdad.

Es una norma que proporciona a todos, Administración y usuarios, más garantía y seguridad jurídicas, al tiempo que permite al sistema adaptarse a las necesidades de la persona y no al revés. Evidentemente, la uniformidad no debe llegar sólo a la definición del contenido del servicio, sino también a su intensidad o a los perfiles profesionales necesariamente vinculados a cada una de las prestaciones, aspectos estos que se recogen en la Orden de acreditación.

Respecto al ámbito de aplicación, este Decreto alcanza a cualquier persona o entidad que pretenda desarrollar los servicios de la cartera, tanto si es la Administración quien lo hace como las entidades privadas que hayan sido habilitadas para tal fin por la Administración. Por otro lado, tenemos también el ámbito de aplicación respecto a los beneficiarios, que alcanzará a quienes sean usuarios de los servicios.

Una tercera clave de esta norma es la regulación del régimen de autorización y acreditación. En primer lugar, se modifica el objeto de

estas actuaciones administrativas, dado que lo que se autorizará y lo que se acreditará serán los servicios y no los centros, como ocurre hasta ahora.

Los servicios de la cartera requerirán la autorización previa de la Consejería, excepto los de prevención y promoción de la autonomía, que quedan exceptuados de este trámite, debiendo únicamente ser objeto de inscripción en el Registro Único de Entidades Prestadoras de Servicios Sociales. La autorización, o la inscripción en el caso de los servicios de prevención y promoción, es la condición previa a cualquier desarrollo de estas actividades por parte de una entidad.

Para conseguir la autorización de un servicio se requerirá el cumplimiento de unos requisitos mínimos sobre aspectos estructurales (tales como ubicación y accesos, accesibilidad, zonas de circulación, aspectos de seguridad y espacios mínimos) y funcionales (relativos a la existencia de una figura responsable o director y ratios mínimas de personal).

Por su parte, la acreditación será un complemento de la autorización, pero también un paso más y supondrá un plus, un reconocimiento de que se están cumpliendo los requisitos específicos y los estándares de calidad. Este reconocimiento llevará implícitos unos beneficios, como son:

- La acreditación habilitará para participar en los procesos de contratación de servicios por parte de la Administración.
- Habilitará igualmente para la atención de personas que perciban la libranza vinculada a la adquisición del servicio.
- También podrá configurarse como criterio

necesario o preferente para acceder a cualquier tipo de ayuda o financiación pública.

- Pero sobre todo, la acreditación marcará el camino hacia la excelencia en la prestación de servicios sociales de calidad a personas con dependencia.

Los aspectos que se tendrán en cuenta en el sistema de acreditación tienen que ver:

- Con los servicios de cartera en sí (de modo que se verifique que se facilitan las prestaciones básicas que los integran).
- Con las instalaciones, equipamientos, recursos técnicos y tecnológicos, en las que se tendrán en cuenta aspectos relativos a las infraestructuras, el equipamiento o las condiciones de confortabilidad de los centros, luminosidad, temperatura...
- Con los recursos humanos (donde se verificarán perfiles profesionales, aspectos formativos, de prevención de riesgos laborales...).
- Con los procesos de calidad (la existencia de un plan de gestión de calidad y un sistema de evaluación interna de calidad). Evidentemente, la comprobación de estos requisitos podrá sustituirse por la aportación de los certificados de calidad que muchos centros ya poseen.
- Con aspectos de documentación e información: que se refiere a normas de funcionamiento interno del servicio, de la existencia de un contrato con el usuario para prestar ese servicio, de una serie de protocolos mínimos...

En la medida en que ponemos el acento en el servicio, esto supone para los centros actuales, la posibilidad de acreditarse en otro tipo de servicios distintos a los que ahora les son propios (residencial o atención diurna), de modo

que puedan, al mismo tiempo, prestar servicios de promoción de la autonomía a personas externas a ese centro, o bien acreditar servicios en el ámbito de la discapacidad, por ejemplo. En este sentido, se rompe con la rigidez actual y se permite una mayor diversificación de la actividad, haciendo los centros más rentables.

Otra de las claves del Decreto es la estructura que diseña para la cartera, estructura que viene marcada por tres grandes agrupaciones de servicios:

- Una cartera de servicios comunes.
- Una cartera de servicios específicos.
- Finalmente, la cartera del servicio de asistente personal.

La cartera de servicios comunes pretende ser el referente para cualquier caso de dependencia que no requiera un tratamiento singular, de tal modo que aquí se integran los servicios dirigidos a personas cuyo diagnóstico no requiera la asignación de servicios incluidos en alguna de las carteras específicas.

La cartera integra servicios de promoción y prevención, la ayuda en el hogar, la teleasistencia, la atención nocturna, la atención residencial y la atención diurna. Estas dos últimas con una modalidad básica y otra terapéutica.

Todos estos servicios, a excepción de la atención temprana, dirigida a niñas y niños de 0 a 6 años, se podrán prestar a personas dependientes a partir de los 16 años y es precisamente aquí donde reside una de las grandes novedades de esta regulación: la desaparición de la limitación de edad que regía el acceso a centros residenciales para personas mayores.

En este sentido, es clave en la nueva cartera que el acceso a los servicios tenga lugar siempre que se produzca una situación de dependencia, al margen de cuál sea la edad del beneficiario de la atención. De ahí que la edad desaparece como criterio configurador de los servicios, al margen de que puede ser la habitual circunstancia motivadora de una situación de dependencia.

La cartera de servicios específicos integra los dirigidos a personas dependientes que, siendo mayores de 16 años, tengan diagnosticada una enfermedad de alzhéimer, una discapacidad física, una parálisis cerebral, daño cerebral, discapacidad intelectual, trastorno del espectro autista o enfermedad mental.

Por primera vez en nuestra legislación se le da un tratamiento singular a cada uno de los diferentes tipos de discapacidad, con el fin de diseñar servicios específicos, adaptados a las necesidades de cada uno de estos colectivos, buscando el principio de la especialización.

Y por primera vez también, se le da entrada en el ámbito de los servicios sociales vinculados a la dependencia, al colectivo de personas dependientes con problemas de salud mental, que siempre se asocia más al ámbito sanitario. Sin embargo son un colectivo que, en determinadas circunstancias, pueden llegar a ser personas dependientes con necesidades más asistenciales que sanitarias, lo cual requiere de un tratamiento singular en la cartera de servicios.

Esta cartera de servicios específicos incluye, a grandes rasgos, servicios residenciales y de atención diurna, con modalidades diversas (básica, terapéutica, ocupacional y psicosocial, ésta última para casos de salud mental) y siempre

adaptados a las necesidades de cada colectivo.

Cualquiera de las residencias hasta ahora autorizadas podrán, con este nuevo marco normativo, acreditar uno o varios servicios, de la cartera común y/o de las específicas, y al mismo tiempo podrán acreditarse en una o varias modalidades que se corresponden con un servicio.

Finalmente, la cartera del servicio de asistente personal recoge los servicios dirigidos a facilitar el apoyo personal, la inclusión social y/o educativa, así como la promoción y participación de las personas que, siendo mayores de 16 años, se encuentran en situación de gran dependencia o dependencia severa, con el objeto de permitir su desarrollo en las actividades de la vida diaria, laborales y/o educativas y propiciar la participación del beneficiario en la vida social y económica.

Esta cartera, la del asistente personal, es otra de las claves de este Decreto, por cuanto se ha querido darle protagonismo a esta figura, configurándola como un servicio, cuando, anteriormente era sólo una prestación económica.

En definitiva, y para terminar, la cartera de servicios se configura como un instrumento asentado en el principio de la especialización, que pretende dar respuestas singulares a problemas concretos, porque cada persona dependiente tiene sus propias necesidades.

ANÁLISIS COMPARADO DE LOS SISTEMAS DE CUIDADOS Y ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA EN ALEMANIA Y ESPAÑA

MIGUEL MONTERO LANGE

Sociólogo y Experto en los Sistemas de Dependencia europeos

Sumario

1. LA PUESTA EN MARCHA Y LOS PRINCIPIOS DE LOS SISTEMAS DE ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA.
2. FINANCIACIÓN DE LA ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA.
3. LA VALORACIÓN DE LA NECESIDAD DE CUIDADOS.
4. LAS PRESTACIONES DE LOS SISTEMAS DE ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA.
 - 4.1. El catálogo de prestaciones.
 - 4.2. El perfil de los beneficiarios.
 - 4.3. La importancia de los cuidados informales y de los servicios profesionales.
5. RETOS DE LA ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA.
 - 5.1. Los retos del seguro público de cuidados alemán.
 - 5.2. Los retos del SAAD.
6. BIBLIOGRAFÍA.

PALABRAS CLAVE

Dependencia, seguro de cuidados, Alemania, España.

RESUMEN

La atención a la dependencia tradicionalmente ha recaído en las familias, la asunción de esta responsabilidad por los Estados de Bienestar es reciente. Los sistemas de dependencia en España y Alemania presentan importantes similitudes en sus prestaciones, el peso de la atención familiar y de los cuidados informales frente a los servicios, el perfil de las personas en situación de dependencia e incluso en la definición de la dependencia que manejan las respectivas normativas. Pero son sistemas que pertenecen a distintas tradiciones de Bienestar, que aplican modelos de gestión y de financiación divergentes y que, por último, han de afrontar retos diferentes. El seguro de cuidados alemán se encuentra inmerso en un ciclo expansivo, en el que podría ser posible ampliar la cobertura a casuísticas excluidas hasta la fecha. Con ello representa un ejemplo del lento y a veces tortuoso camino hacia la ampliación de derechos. El SAAD, además de haber introducido un modelo gobernanza complejo y poco eficaz en un contexto como el español, está siendo sometido a recortes de tal entidad que cuestionan su capacidad protectora y demuestran la vulnerabilidad de sistemas de protección público jóvenes y poco arraigados como el español.

KEYWORDS

Dependency, care insurance, Germany, Spain.

ABSTRACT

The burden of dependency care has traditionally fallen on families, the acceptance of this responsibility by the Welfare State being recent. Dependency systems in Spain and Germany have important similarities in their services, the influence of family care and informal care with respect to services, the profile of people in situations of dependency and even the definitions of dependency by the respective regulations. But they are systems that belong to different welfare traditions, which use distinct management and funding models and which, finally, have to face different challenges. German care insurance is immersed in an expansive cycle, in which it might be possible to extend coverage to cases excluded up to now. This represents an example of the slow and sometimes tortuous path towards the extension of rights. The SAAD, besides having introduced a governance model that is a complex and ineffective in a context like the Spanish one, is undergoing such extensive cuts that they are questioning its protective capacity and demonstrate the vulnerability of young public protection systems with no deep roots, like the Spanish one.

Tanto en Alemania como en España los sistemas de atención a la dependencia son de reciente creación y han supuesto importantes avances en el desarrollo de los respectivos estados de bienestar. Este artículo intenta presentar de forma comparativa las principales características de ambos sistemas, detallar los sistemas de financiación, las prestaciones y los perfiles de sus beneficiarios. A continuación describiré la situación actual centrándome en los principales retos que han de afrontar ambos sistemas.

1. LA PUESTA EN MARCHA Y LOS PRINCIPIOS DE LOS SISTEMAS DE ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA.

El 11 de marzo de 1994 el Parlamento Federal aprobó la ley que regula el seguro de cuidados, poniendo fin a un debate que duró más de veinte años (Bundesministerium für Arbeit und Soziales, 2008; Arntz, 2007). La Ley entró en vigor el 1 de enero de 1995, introduciendo de forma gradual las diferentes prestaciones, comenzando con el nivel moderado. El principal motivo para la creación de este sistema fue la grave situación financiera a la que muchos municipios se vieron abocados por tener que asumir parte de los gastos que generaba la atención a la dependencia a través del subsidio social, una ayuda no contributiva a la que muchos dependientes tenían que recurrir por no disponer de ingresos o patrimonio suficiente para costear los cuidados. (Theobald, 2010a; Hinrichs, 2011).

El seguro de cuidados es un pilar independiente de la Seguridad Social junto a los seguros de enfermedad, pensiones y desempleo y accidentes, que pertenecen funcionalmente a los seguros de enfermedad. En lo relativo a la

financiación se barajaron varias opciones entre ellas las de crear un seguro privado o crear un quinto pilar de la Seguridad Social. Finalmente los liberales aprobaron esta segunda vía a cambio de que fueran introducidos elementos de mercantilización y una mayor corresponsabilidad individual (Behning, 1999; Meyer, 1996) y los sindicatos accedieron a eliminar un festivo a cambio de la financiación paritaria. (Theobald, 2013b).

En España la atención a la dependencia había sido recogida de forma parcial e insuficiente por la Ley 13/1982, de Integración Social de los Minusválidos (LISMI) de 1982 y el Plan Gerontológico (Rodríguez Rodríguez, 2006). Los servicios sociales autonómicos recogieron la atención a la dependencia si bien de forma muy desigual y sin que llegara a consolidarse como derecho subjetivo de las personas en situación de dependencia (Rodríguez Rodríguez, 2006; Casado, 2005).

Podemos constatar que con anterioridad a la aprobación de la LAPAD, la atención a la dependencia no era una contingencia desconocida, si bien se trata de un modelo de provisión de cuidados *“pluralista, familiar y multinivel, altamente intensiva en cuidados familiares, e insuficiente y desigual en oferta y cobertura de servicios públicos y en servicios privados de responsabilidad pública.”* (Marbán, 2012: 382) Como señalaba Casado, ninguna de las CCAA garantizaba las prestaciones en ésta materia (Casado, 2005).

La Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia (LAPAD) respondió a una amplia demanda de la sociedad canalizada a través de organizaciones

sindicales y sociales de la discapacidad y las personas mayores (Marbán, 2012) y le anteceden una serie de estudios que avalaban la necesidad de introducir una normativa que diera respuesta a esta necesidad (Vilá, 2013). Supuso un avance importante no solo en lo que se refiere a la asunción estatal al menos parcial de la atención de la atención a las personas en situación de dependencia sino también en cuanto a acortar las diferencias que separan al Estado de bienestar español de los países europeos (Rodríguez, 2012).

El Gobierno socialista encargó a un equipo de expertos la elaboración de un Libro Blanco que sirviera de base para un debate conducente a la presentación de un proyecto de ley. El Libro Blanco de atención a las personas en situación de dependencia fue presentado en diciembre de 2004. Un momento clave en la gestación de la LAPAD fue el acuerdo alcanzado el 21.12.2005 en la Mesa de Dependencia dentro del Pacto de Toledo firmado por CEOE-CEPYME, CC.OO., UGT y la Administración General del Estado. Dicho acuerdo recoge algunos de los aspectos que trataremos más adelante y que serán los ejes que configuren la LAPAD como la renuncia a encajar la atención de la dependencia en la Seguridad Social y dar prioridad a los servicios frente a los cuidados familiares (Marbán, 2012).

Los diferentes actores implicados en el debate sobre la LAPAD lograron consensuar aspectos relacionados p.ej. con los principios que debían regir el sistema (universalidad, igualdad en el acceso), el papel de los cuidados familiares y la inclusión en la Seguridad Social de los familiares cuidadores. Fue mucho más difícil llegar a acuerdos sobre el ámbito de aplicación de la LAPAD, el reparto de competencias y las

condiciones de acceso a las prestaciones (Rodríguez, 2013).

El 1 de enero de 2007 la Ley entró en vigor pero no se puso en marcha hasta el segundo semestre de ese año por la falta de reglamentación de aspectos fundamentales como p.ej. la valoración o las cotizaciones a la Seguridad Social para los cuidadores no profesionales (Jiménez, 2012).

La aprobación de la LAPAD ha sido motivo de adecuaciones legislativas por parte de las CC.AA. Siete CC.AA. han reformado sus Estatutos de Autonomía haciendo referencia explícita a la dependencia y diez CC.AA. han aprobado Leyes de servicios sociales que incorporan tanto la promoción de la autonomía y la atención a la dependencia, detallando lo regulado por la LAPAD en materia del derecho subjetivo de acceso a servicios y prestaciones, los derechos y deberes de las personas en situación de dependencia. Por último, si bien en grados de concreción muy diversos, estas Leyes incluyen carteras de servicios, sistemas de organización, la coordinación sociosanitaria y regulan aspectos relacionados con la financiación (Vilá, 2013).

El seguro de cuidados alemán se rige por el principio de cobertura parcial en función de un catálogo de prestaciones y no de las necesidades reales de la persona en situación de dependencia. El sistema alemán se basa en la complementariedad de las prestaciones del sistema con los cuidados informales, las aportaciones propias del usuario o de sus familiares así como de prestaciones sociales no contributivas. El sistema alemán combina el principio del acceso universal a las prestaciones con el objetivo de contener los gastos definiendo el importe de las prestaciones a los que los usuarios tienen

derecho una vez que les haya sido reconocido un nivel de dependencia (Theobald, 2013a).

La Ley establece la prevalencia de la rehabilitación del seguro médico frente a las prestaciones del seguro de cuidados y la prevalencia de la atención en el entorno domiciliario frente a las prestaciones en residencias.

La puesta en marcha del seguro de cuidados alemán creó estructuras de semi-mercado y abrió ese mercado al sector mercantil. En consecuencia el tercer sector perdió su papel protagonista en la provisión de servicios mientras que la responsabilidad de los municipios pasó a ser marginal. Se basa en la libre elección de la persona en situación de dependencia, que pueden optar libremente por las prestaciones económicas para cuidadores informales, los servicios de atención a domicilio, combinar ambas prestaciones o por ser atendidos en un centro.

Una de las peculiaridades del sistema alemán es coexistencia de seguros privados y públicos. En la actualidad existen 161 seguros públicos de enfermedad y dependencia con 69,87 millones de asegurados (1.7.2013) y 43 seguros privados de cuidados con aproximadamente 9,53 millones de asegurados (31.12.2012).

Los seguros de cuidados pertenecen orgánicamente a las cajas de enfermedad. La intención del legislador era evitar tener que crear un aparato administrativo paralelo. El principio que rige el seguro de cuidados viene recogido en el artículo 20 del Tomo XI del Código Social al señalar que *“el seguro de cuidados sigue al seguro de enfermedad”*, por lo tanto, toda caja de enfermedad tiene su propio seguro de cuidados.

El Sistema para la Atención a la Autonomía y la Dependencia (SAAD) español pretende cumplir los siguientes objetivos:

- Garantizar las condiciones básicas y el contenido común en todo el territorio del Estado.
- Servir de cauce para la colaboración y participación de las distintas Administraciones Públicas.
- Optimizar los recursos públicos y privados disponibles para lo cual establece una red de centros y servicios del Sistema.” (Cobo, 2007a).

Legitima su actuación con el mandato constitucional de garantizar un nivel mínimo de servicio que faciliten a los ciudadanos su desarrollo personal, crea un sistema que pretende ampliar y complementar los servicios ya existentes y declara los servicios sociales municipales como puerta de entrada al Sistema. (Cobo, 2007a).

Vilá (Vilá, 2013) resume los principios que articulan la LAPAD: a) derecho subjetivo de la ciudadanía; b) nivel mínimo de protección garantizado por la Administración General del Estado; c) doble objetivo: la promoción de la autonomía personal y la atención a las personas en situación de dependencia; d) igualdad y universalidad; e) prestaciones del Sistema para la Atención a la Dependencia incardinadas básicamente en el ámbito de los servicios sociales; f) gestión mixta público-privada; g) cooperación interadministrativa a través del Consejo Territorial del SAAD; h) prioridad por los servicios sobre las prestaciones económicas; i) financiación mixta (Estado, CCAA y usuarios).

Parece de especial importancia que el derecho a la protección de esta Ley se califica de derecho subjetivo, derecho que inicialmente no estaba previsto por el legislador (Cobo, 2007a).

2. LA FINANCIACIÓN DE LA ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA.

Al igual que los otros seguros sociales (con la única excepción del seguro de accidentes que corre a cargo exclusivamente del empresario) el seguro de cuidados alemán financia sus prestaciones a través de las cotizaciones de trabajadores y empresarios. El importe de las cotizaciones se fija por ley. Hasta 2005 la financiación era paritaria entre empresarios y trabajadores. El 1 de enero de ese año entró en vigor la Ley para la consideración de la educación de hijos, que transpone una sentencia del Tribunal Federal Constitucional. En la actualidad la cuota es del 2,05% para asegurados con hijos (1,025% a cargo de trabajadores y empresarios respectivamente) y del 2,3% para aquellos que no tienen hijos.

En principio la financiación a través de cotizaciones es más transparente que la basada en impuestos y garantiza la estabilidad de los ingresos. Por otra parte, es un modelo más expuesto a la reducción del número de cotizantes bien por una crisis económica o el cambio demográfico. Es una fuente de financiación menos equitativa ya que las cotizaciones no tienen en cuenta ingresos que no sean los rendimientos del trabajo (Comas-Herrera, 2013).

Las prestaciones del seguro de cuidados fueron introducidas de forma gradual:

- El 1 de enero el seguro comenzó a recaudar cotizaciones.

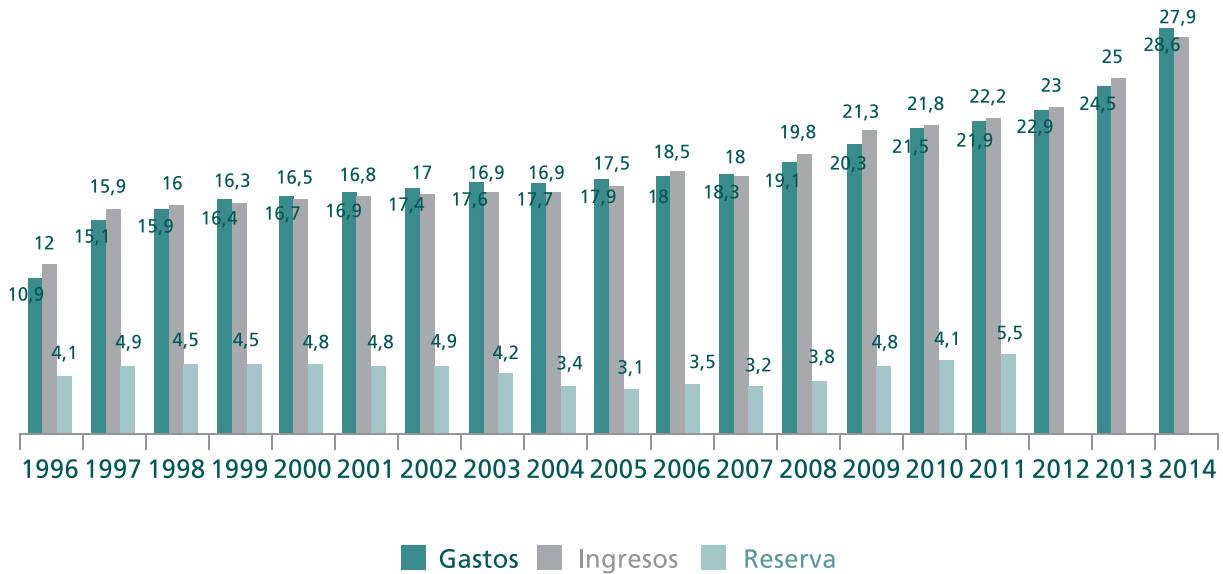
- El 1 de abril de 1995 el seguro empezó a prestar los servicios correspondientes a los cuidados en el entorno domiciliario

- El 1 de julio de 1996 se empezaron a prestar los servicios de la atención residencial.

Gracias a la recaudación de cuotas sin ofrecer prestaciones y a que las prestaciones de los servicios de atención residencial empezaron a conceder 1 ½ año después de iniciar la recaudación, el seguro de cuidados logró acumular un fondo de reserva. En 1999 -cuatro años después de la introducción del seguro privado de dependencia- se registró por primera vez un déficit en el balance de ingresos y gastos del seguro de cuidados. En 2004 este déficit se elevó a 820 millones de euros debido al retroceso de la cifra de trabajadores sujetos a seguridad social y al moderado incremento salarial.

En 2011 el seguro de cuidados público contó con ingresos de 22.200 millones de euros frente a gastos de 21.900 millones de euros, lo que supuso un superávit de 340 millones de euros. El fondo de reserva ascendió a 5.500 millones de euros. Entre 2008 y 2011 se produce un importante incremento tanto de los gastos como de los ingresos, una ligera reducción del superávit y un fuerte aumento del fondo de reserva. El seguro público de dependencia es el único ramo de la Seguridad Social alemana que no recibe aportaciones estatales para mantener su estabilidad financiera.

Evolución de ingresos, gastos y reservas del seguro de cuidados alemán, en miles de millones de euros, 1996 a 2017.



Al ser un sistema de cobertura parcial, el copago por parte de los usuarios es considerable. Los beneficiarios de las prestaciones aportaron en 1999 un 21% del coste de la atención, en 2007 un 27% y en 2011 un 33% (Theobald, 2013a; Zuchandke, 2011). A ello se le añade que entre 1995 y 2008 las prestaciones no fueron actualizadas sufriendo con ello una depreciación de aproximadamente el 18,8% (Schneider, 2007).

Un número considerable de personas en situación de dependencia tiene que recurrir a la prestación no contributiva para poder hacer frente a los gastos de la atención. Esta prestación asistencial específica para la atención a la dependencia creada en 1963, pasó de los 165.000 beneficiarios en el año de su puesta en marcha hasta alcanzar los 660.000 en 1993 (Statistisches Bundesamt, 2010). La introducción del seguro de cuidados supuso una importante reducción del gasto en esta prestación que pasó de 9.000 millones de euros en 1994

a 3.500 millones en 1997 (Bundesregierung, 2004; Theobald, 2013b). Sin embargo, la cifra de beneficiarios de esta ayuda ha vuelto a aumentar considerablemente. En 2011 aproximadamente 423.000 personas recibían esta prestación. Sobre todo la atención residencial supone una enorme carga económica para las personas en situación de dependencia (Bundesamt für Statistik, 2013). El gasto total generado por la prestación asistencial para personas en situación de dependencia ha pasado de 3.152 millones de euros en 2005 a 3.720 millones de euros en 2012 (Bundesamt für Statistik, 2014).

La financiación de la atención a la dependencia en España se realiza a cargo de los Presupuestos Generales del Estado y, a diferencia del modelo alemán, no a través de cotizaciones a la Seguridad Social. Posiblemente éste fuera uno de los temas más debatidos durante la elaboración del anteproyecto (Cobo, 2007b). En cierta manera, la financiación a través de impuestos ha hecho más vulnerable al sistema

ya que -al no estar ligado a un impuesto finalista, a lo que en 2004 habría estado dispuesto el 70% de los encuestados (Cobo, 2007b)-, ha supeditado la financiación del SAAD a la suficiencia económica de los presupuestos de la AGE y de las CC.AA. Comas (Comas, 2013), señala que este tipo de financiación presenta algunas ventajas frente a los sistemas de Seguridad Social, entre otras la de ser más equitativo que una financiación a través de cotizaciones ya que la base recaudatoria es más amplia y es menos costosa para trabajadores y empresarios. Una de las desventajas es sin embargo que la dependencia tiene dificultades para competir con otros gastos sociales a la hora de distribuir los recursos (Comas, 2013).

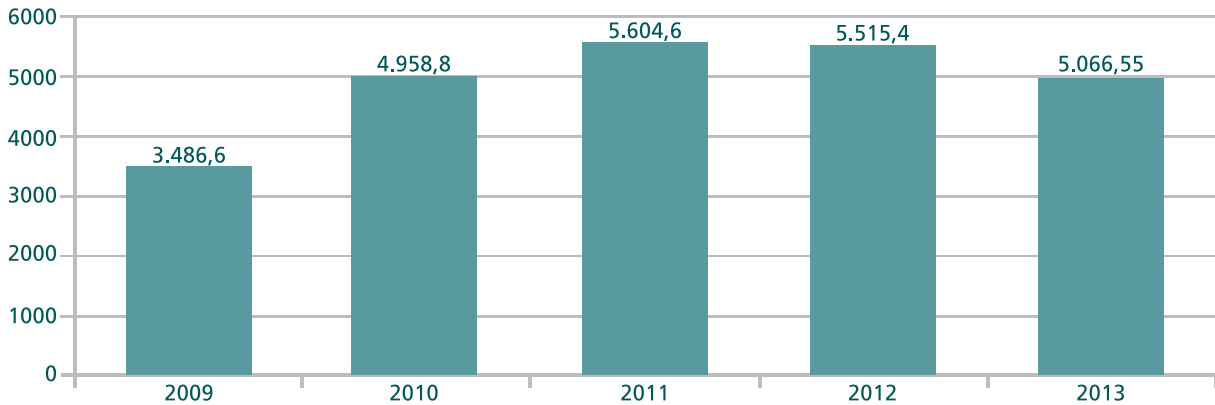
Una de las peculiaridades del SAAD es que la AGE financia el nivel mínimo de protección garantizado en función del número de personas beneficiarias y del grado y nivel reconocidos sin especificar el coste real de las prestaciones y sin tener en cuenta por lo tanto la diferencia del coste entre la prestación económica y los servicios. (González, 2013).

En lo relativo a la financiación se constata una variedad considerable en la normativa de las CC.AA. tanto en la asignación presupuestaria como en la regulación del copago (González, 2013). En líneas generales, podemos constatar un claro desnivel entre la aportación que realizan las CC.AA. y la AGE, grandes diferencias entre la financiación del sistema por parte de las CCAA, el aumento del copago y una diferencia cada vez mayor entre el coste real de las prestaciones y la aportación estatal para el nivel mínimo garantizado (Observatorio de la dependencia, 2013).

También en España se debatió en profundidad el modelo de financiación y el encaje de la atención a la dependencia. La patronal, la mayoría de las CC.AA. y los partidos políticos nacionalistas se opusieron a la vía de la Seguridad Social y finalmente el argumento competencial pesó más que la viabilidad financiera del sistema (Marbán, 2012). A lo largo de la tramitación de la Ley y los primeros años de funcionamiento del SAAD surgieron otros temas polémicos relacionados con la financiación como p.ej. la pregunta de que administración debía asumir el gasto generado por aquellas personas ya atendidas antes de la entrada en vigor de la LAPAD o el copago por parte de los usuarios del sistema (Cobo, 2007b).

El gasto de la AGE y las CC.AA. experimentó un importante incremento entre 2009 y 2011 pasando de 3.486 millones de euros a 5.604,6 millones de euros, cayendo en 2012 hasta los 5.515,4 y en 2013 probablemente hasta alcanzar los 5.066,55 millones de euros. (Observatorio estatal de la dependencia, 2013).

Gasto total de la atención a la dependencia soportado por la AGE y las CC.AA., 2009 a 2013 (proyección).



Fuente: Observatorio estatal de la dependencia, 2013 (elaboración propia).

A pesar de las diferencias en el gasto del sistema cabe destacar que el incremento del gasto en materia de atención a la dependencia en España ha sido muy superior al que se ha producido en Alemania. Entre 2005 y 2011 el incremento del gasto público destinado a la atención a la dependencia fue del 4,8%, el mismo que en el conjunto de la OCDE pero el doble del incremento registrado en Alemania. (OCDE, Health Statistics 2013). Sin embargo, este incremento fue muy desigual, siendo del 8% en los presupuestos destinados a la atención domiciliaria y del 4% en la atención en centros (OCDE: 5,0% y 4,1%; Alemania: 3,1% y 1,7%). (OCDE Health Statistics 2013). A pesar de este enorme esfuerzo la distancia en lo relativo al gasto público entre ambos países sigue siendo considerable. A precios constantes a 2005 Alemania destinó en 2011 2.759,57 euros por habitante a los cuidados de personas mayores, mientras que en España este gasto ascendió a 1.750,30 euros (UE 27: 2.571,61 euros). (Eurostat, 2013).

3. LA VALORACIÓN DE LA NECESIDAD DE CUIDADOS.

La Ley alemana del seguro de cuidados define la situación de dependencia de la siguiente manera: *“Son dependientes aquellas personas que, debido a una enfermedad o discapacidad física, psíquica o anímica no puedan valerse por sí mismas para realizar de forma regular las tareas de la vida cotidiana para un periodo previsiblemente no inferior a los seis meses y que por ello necesiten de forma considerable o importante de una ayuda.”* (artículo 14, Tomo XI del Código Social).

En el proceso de valoración se diferencia entre los cuidados básicos, (que engloban el aseo personal, la alimentación y la movilidad), y las tareas domésticas. La delimitación de las tareas cubiertas por el seguro de cuidados en cada uno de estos cuatro ámbitos ha sido motivo de un largo e intenso debate que aún no ha concluido. El seguro de cuidados alemán distingue tres niveles de dependencia, que a su vez determinan la cuantía económica de la prestación y que se determinan en función de

la ayuda que precisa el solicitante para realizar diversas tareas.

Desde la puesta en marcha del seguro de cuidados alemán el porcentaje de personas con un nivel moderado de dependencia ha pasado del 40,1% al 56,1% mientras que la gran dependencia (nivel III) y sobre todo la dependencia moderada (nivel II) han caído considerablemente, pasando del 16,6% al 11,9% y del 43,3% al 32% respectivamente.

La concesión de prestaciones del seguro de cuidados alemán se realiza en función de la asignación de un nivel de dependencia, la valoración es competencia del Servicio Médico de los seguros de enfermedad, organismo independiente si bien pertenece orgánicamente al seguro de enfermedad. El proceso de valoración por lo tanto es la puerta de entrada a las prestaciones del seguro de cuidados (Cuellar, 2000:z13). Se trata de un procedimiento de valoración homogéneo para todo el país, en el que se aplican criterios idénticos. El legislador ha querido evitar de esta manera que se produzcan desigualdades entre las regiones (Holdenrieder, 2004:136). En 2010 en el ámbito del seguro público se realizaron 1.317.248 valoraciones, 716.924 de las cuales fueron valoraciones de nuevos solicitantes (Bundesministerium für Gesundheit, 2011b).

Al igual que el sistema alemán, la LAPAD introduce tres grados de dependencia pero, a semejanza del modelo austriaco, asigna a cada grado dos niveles, lo que permite ajustar una mayor diferenciación entre las necesidades individuales de cuidados y a la vez facilita una implementación progresiva de las prestaciones (Cobo, 2007a).

La Ley preveía en su disposición final 1º la inclusión progresiva de los diferentes Grados, comenzando con los grandes dependientes. Tienen derecho a las prestaciones todas aquellas personas que residan en España desde al menos 5 años y tengan reconocido un nivel de dependencia.

La LAPAD adoleció desde sus inicios de una infrafinanciación que se ha visto agravada por un número muy elevado de beneficiarios del Grado III. De hecho, las cifras de población dependiente previstas por el Libro Blanco se están viendo sobrepasadas en la realidad por la inclusión en la Ley de colectivos inicialmente no previstos y por la desigual aplicación del baremo de valoración (Marbán, 2013).

Entre agosto de 2008 y diciembre de 2013 habían sido valoradas un total de 1.530.190 personas, presentando las valoraciones la siguiente distribución: grado I: 33,8%, grado II: 36,2% y grado III: 30,0%.

4. LAS PRESTACIONES DE LOS SISTEMAS DE ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA.

4.1. El catálogo de prestaciones.

El seguro de cuidados alemán distingue básicamente entre dos ámbitos de prestaciones: la atención en el entorno domiciliario y la atención en residencias. Tanto las prestaciones económicas como las prestaciones en servicios no se rigen por las necesidades reales sino que operan con cuantías fijas, independientes del caso concreto. Tienen carácter de cobertura parcial, es decir, que incluyen el copago por parte del asegurado (Skuban, 2004:145).

El catálogo de prestaciones de la atención en el propio domicilio es más complejo que el de la atención residencial. El legislador ha querido dar cuenta con ello del principio que rige el Seguro de cuidados: dar prioridad a la atención en el entorno domiciliario (Skuban, 2004: 137). Se trata pues de un sistema mixto diseñado para reforzar los cuidados familiares. Sin embargo, el número de personas atendidas en centro no ha disminuido sino que incluso ha aumentado.

El sistema alemán delega en los principales actores la configuración del sistema de cuidados. Partiendo de la base del derecho a la libre elección del usuario, las federaciones de seguros de dependencia regionales negocian con las organizaciones regionales de proveedores los precios de los servicios y firman convenios que detallan las condiciones. Si el proveedor cumple ciertos criterios de calidad los seguros de dependencia están obligados a negociar con él (Theobald, 2013a). La estructura de precios presenta considerables diferencias regionales. El Estado renuncia con ello a una planificación de la red de servicios sino que confía la capacidad reguladora del mercado y en el efecto de la demanda y la oferta. (Theobald, 2013b).

En lo relativo a la titularidad de los proveedores, el 50% de los SAD pertenecen al tercer sector y el 49% al sector mercantil. En el ámbito residencial el tercer sector tiene un peso ligeramente superior con un 54% de los centros y el 57% de las plazas, seguido del sector empresarial con un 40% de los centros y un 37% de las plazas y un sector público marginal con 5% de las residencias y un 6% de las plazas (Statistisches Bundesamt, 2013).

La creación de un mercado de la atención a la

dependencia se ha traducido en una creciente aplicación de criterios empresariales y en la irrupción de las empresas privadas con ánimo de lucro en un ámbito de las políticas sociales, cuestionando el papel privilegiado que hasta ese momento ostentaban las organizaciones no lucrativas. La persona en situación de dependencia se constituye en este modelo como "cliente", en teoría un actor más en ese mercado de la dependencia (Butterwege, 2006: 153) pero en una situación débil frente al resto debido a la falta de transparencia del mercado. Por ello, en su reforma de 2008 el legislador introdujo dos prestaciones nuevas: la gestión de caso y la gestión de la dependencia. La gestión de caso se ha convertido en un derecho subjetivo, la coordinación gruesa forma parte de las competencias de los puntos de coordinación, que pretenden reunir la asesoría, la gestión de casos y el mayor número posible de servicios dirigidos a personas dependientes.

Podemos constatar que la implantación de la gestión de caso ha sido un éxito relativo que se refleja en el alto grado de satisfacción de los usuarios y en una implantación que a primera vista parece ser aceptable, si bien resulta difícil de cuantificar. Bien diferentes son los resultados de la creación de los puntos de asesoría, cuyo número ha quedado muy lejos del inicialmente previsto. El fracaso de este aspecto de la reforma del 2008 prueba la capacidad de resistencia de los principales actores del sistema, en especial de los seguros de dependencia y de los gobiernos regionales. Ha resultado imposible garantizar la igualdad de información de todos los actores en el mercado de la dependencia y no ha sido posible forzar la colaboración entre actores que compiten y tienen intereses divergentes.

El SAAD presenta un catálogo de prestaciones similar al alemán, diversificando considerablemente las prestaciones destinadas al entorno domiciliario. El catálogo de servicios regulado por el artículo 15 de la LAPAD ofrece una diferenciación considerablemente de los servicios destinados a apoyar la atención en el domicilio. También las prestaciones económicas recogidas por los artículos 17, 19, 18 y 14.4 demuestran la intención del legislador de reforzar la atención domiciliaria. Merece mención especial la concesión de servicios para la prevención de la dependencia y la promoción de la autonomía personal, además de la prestación económica de asistencia personal, que integran la cobertura prevista para el primero de los objetivos generales de la LAPAD y que vienen regulados por los artículos 1.1, 15.1.a y 19.

En lo que se refiere a la configuración de la cartera de servicios cabe destacar una gran diversidad de realidades en lo referente a la ayuda domiciliaria así como considerables diferencias interterritoriales en cuanto a la intensidad de la prestación. A diferencia de Alemania la ejecución de esta prestación en un 92% de los casos corre a cargo de servicios y centros públicos (González, 2013). Las diferencias interterritoriales en la intensidad y configuración del precio también se dan en la teleasistencia, los servicios de prevención así como en los servicios de promoción de la autonomía personal. (González, 2013). El SAAD no ha logrado homogeneizar las enormes diferencias territoriales en la atención a las personas en situación de dependencia (Observatorio, 2014).

A diferencia del seguro de cuidados alemán la LAPAD tiene como objetivo promover la autonomía de las personas en situación de dependencia, una perspectiva más ambiciosa que

el modelo alemán. Esta dualidad de objetivos (atender las situaciones de dependencia y promover la autonomía) se refleja en las definiciones de la autonomía y la dependencia de los artículos 2.1. y 2.2.

El desarrollo de la promoción de la autonomía ha sido uno de los grandes déficits del sistema español. La definición de la dependencia -similar a la alemana- está inspirada por conceptos gerontológicos y médicos y prioriza el hogar familiar como espacio en el que se desarrolla el individuo (Serrano, 2013). Por un lado la LAPAD vincula el contenido material de su protección al "grado y nivel de dependencia" (art. 28.3). *"Esto resulta inapropiado para las intervenciones de promoción de la autonomía, que no deben vincularse a la gravedad de la afección, sino a las posibilidades de logro de cada caso."* (Casado, 2011). Por otro lado falta una estrategia adecuada para crear los medios necesarios para potenciar la autonomía de las personas en situación de dependencia. Vilá (Vilá, 2013) señala que la propia ley presenta un sesgo hacia la dependencia, dejando a un lado la promoción de la autonomía. Las reformas que siguieron a la aprobación de la Ley incluso han acentuado la rigidez del sistema, la uniformidad de las prestaciones y, en definitiva, eliminando la capacidad de elección de las personas en situación de dependencia en lo que se refiere a la prestación económica en el entorno familiar. Un reflejo de esta deriva es que la prestación para promoción de la autonomía solamente representa el 2,28% del total.

4.2. El perfil de los beneficiarios.

La puesta en marcha del seguro de cuidados alemán supuso un importante incremento del número de beneficiarios de prestaciones públicas

para la atención a la dependencia. En 1994 solamente el 2,4% de los mayores de 65 años recibía una ayuda no contributiva para la atención a la dependencia, el 1,8% para la atención residencial, el 0,1% para la atención formal en el propio domicilio y el 0,5% recibía una prestación económica (Statistisches Bundesamt, 1997). En 2011 el 12% de la población mayor de 65 años recibía prestaciones del seguro de cuidados: el 5% prestaciones económicas, el 3% la combinación entre prestaciones económicas y servicios y el 4% atención residencial (Statistisches Bundesamt, 2011).

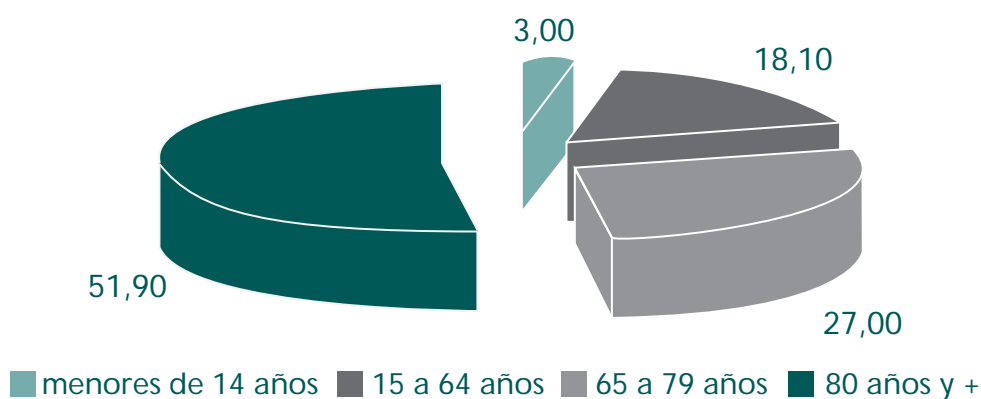
En la actualidad aproximadamente 2,5 millones de personas reciben prestaciones del seguro de cuidados, 1.768.345 en el propio domicilio. De éstas 1.053.632 reciben la prestación económica para familiares cuidadores, 181.865 son atendidos exclusivamente por un SAD y 312.689 combinan la prestación de ser-

vicios con la prestación económica. Un total de 773.408 de personas en situación de dependencia están siendo atendidas en un centro.

El 51,9% de los beneficiarios en Alemania son mayores de 80 años, el 27% tiene entre 65 y 79 años de edad, el 18,1% entre 15 y 64 años y el 3% menos de 14 años. (GKV, 2013).

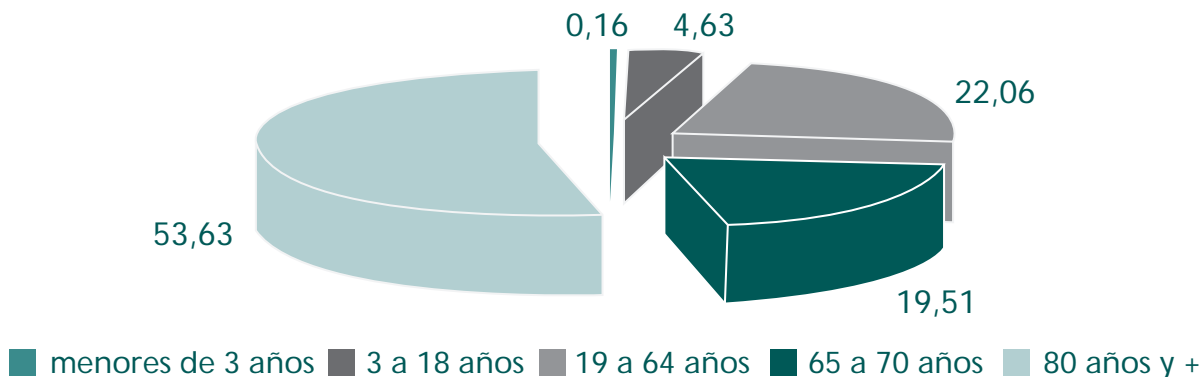
En España el 43,97% de los beneficiarios con derechos reconocidos que ya reciben la prestación en el 2013 correspondían al grado III, el 49,59% al grado II y solamente el 6,34% al grado I. (IMSERSO, 2014). Llama la atención que el sistema español arrastra un elevado número de personas que no reciben las prestaciones que corresponden en función del grado y necesidad reconocida, cifra que podría ascender al 190.503 personas, el 20,17% sobre el total de personas con un derecho reconocido. (Observatorio, 2014).

Perfil de las personas beneficiarios en Alemania por grupos de edad, 2013.



Fuente: GKV, 2013.

Perfil de las personas beneficiarios en España por grupos de edad, 2013.



Fuente: IMSERSO, 2013.

4.3. La importancia de los cuidados informales y de los servicios profesionales.

El porcentaje de mayores de 65 años que reciben alguna prestación para la atención a la dependencia sobre el total de personas de ese grupo de edad, en Alemania se sitúa en el 12,7%, un porcentaje superior a la media de la OCDE (11,7%) así como al porcentaje español (7,2%). (OCDE Health Statistics 2013).

Entre 1996 y 2012 la prestación económica para los familiares cuidadores ha pasado en el sistema alemán del 61,3% al 48,3% sobre el total. Han ganado en importancia la atención en centros (1996: 23,1%, 2012: 28,8%) y la combinación de la atención profesional e informal en el domicilio (1996: 8,8%, 2012: 17,1%). Los servicios profesionales de atención domiciliaria han pasado del 6,9% al 5,8%.

En lo relativo al gasto de las prestaciones se observa una ligera caída del gasto residencial, mientras que en el ámbito de la asistencia a domicilio se nota un ligero incremento de las prestaciones en especie. El coste de la presta-

ción económica para familiares cuidadores se ha mantenido prácticamente estable en 4.400 millones de euros entre 1996 y 2011, mientras que el gasto de la atención en residencias pasó de 2.690 millones de euros en 1996 a 9.710 millones en 2011 y el de los SAD de 1.770 a 2.980 millones. La atención residencial representaba en 2011 el 28,8% de los beneficiarios y consumía el 46,5% de los recursos.

En este contexto hay que mencionar uno de los temas más controvertidos del sistema de cuidados a la dependencia alemán: el control de la calidad de la atención de los familiares cuidadores. El seguro de cuidados alemán ha creado un estrecho sistema de control de la calidad de la atención formal, tanto de las residencias como de los SAD. Sin embargo, resulta sumamente difícil garantizar un control similar de la atención que prestan los cuidadores familiares. La familia se convierte en cierta manera en una *black box*, es decir, un espacio inaccesible para cualquier forma de inspección o valoración que certifique la calidad de la atención que está recibiendo la persona en situación de dependencia (Glendinnig y Kemp, 2006). Al-

gunos autores ponen en duda que la atención de los cuidadores familiares realmente implica una mejora de la calidad de la atención (Cueillar, 2000: 23). De hecho, el 22% de los beneficiarios de la prestación económica dice utilizar esta prestación para cubrir los gastos corrientes de manutención, alojamiento, etc. (Bundesministerium für Gesundheit, 2011a).

En las prestaciones que concede el SAAD la económica para cuidados informales es la que tiene el mayor peso con un 43,84% sobre el total (2012). Le sigue el 13,44% que recibe una prestación en una residencia, el 13,17% para la ayuda a domicilio, el 7,09% para la atención en un centro de día o de noche y el 6,93% para la prestación económica vinculada al servicio. (Observatorio de la Dependencia, 2013). En 2013 los beneficiarios de una atención residencial representaban el 16,2% de los atendidos pero consumían el 51,1% de los recursos. (Observatorio, 2014).

Llama la atención el elevado nivel de beneficiarios que reciben la prestación económica a pesar de que la LAPAD la califique de excepcional. Esta predominancia es resultado de la preferencia de ser cuidados en el entorno familiar, cuidados de los que en su mayoría se encargan mujeres; la falta de perspectivas laborales para mujeres mayores de 50 años, la falta de servicios, la prioridad que muchos usuarios dan a la posibilidad de elegir libremente sus cuidados y, por último, de la falta de ingresos que sufren muchas familias, contexto en el que esta prestación puede resultar ser esencial para la economía familiar (Rodríguez, 2013).

La LAPAD nació con la aspiración de modificar gradualmente la predominancia de la familia en los cuidados de las personas en situación de

dependencia sustituyendo o complementando a éstos por servicios profesionales. Desde un punto de vista de género presentaba un "potencial herético" (Serrano, 2013: 6) que se sustancia en una posible desfamiliarización de los cuidados. El que el Estado asuma un papel central en la atención a la dependencia podría haber supuesto una desindividualización de la búsqueda de la solución a los cuidados (Serrano, 2013). Estas aspiraciones se vieron frustradas en parte por ser la prestación económica más barata que los servicios profesionales pero también por la persistencia de patrones culturales que asignan los cuidados de los mayores a las familias (Rodríguez, 2012). Tres de cuatro cuidadores son mujeres (Instituto Nacional de Estadística, 2008) ascendiendo esta relación en el caso de los cuidados informales incluso a dos de cada tres (Serrano, 2013).

A ello se le añade el hecho que los servicios conllevan un copago mientras que la prestación para cuidados en el entorno familiar es la única que no implica una aportación económica propia por parte del usuario lo que implica reforzar la tendencia a elegir esta opción (Serrano, 2013:15). Marbán señala además que la concesión de prestaciones económicas presentan un rédito político en fases electorales (Marbán, 2013).

Hemos visto que uno de los principales puntos de discusión es el relativo al equilibrio entre los servicios y la atención domiciliaria a cargo de los cuidadores familiares. La falta de servicios e infraestructuras puede ser uno de los motivos para esta deriva hacia la atención informal es el número sumamente reducido de plazas para la atención residencial en centros y hospitales. De hecho, España contaba en 2011 con 37,2 plazas de atención a la dependencia

en centros y hospitales por cada 1.000 habitantes, un número muy inferior a la media de la OCDE (49,1) y al número de plazas en Alemania (52,1). (OCDE Health Statistics 2013).

No obstante, hay que tener en cuenta que el sistema español tiene un recorrido mucho más corto que el alemán y que el incremento porcentual de plazas ha sido importante. Entre el año 2000 y el 2011 el número de plazas para la atención a la dependencia en centros y hospitales aumentó en España un 19,4%, en el conjunto de la OCDE un 3,7% y en Alemania un 2,6% (OCDE Health Statistics 2013).

Ambos países presentan similitudes en cuanto a la importancia de los cuidados informales. Si comparamos el porcentaje de la población mayor de 50 años que realiza cuidados informales que se sitúa en un 14,18% en España y el 15,65% en Alemania (OCDE: 15,63%), la diferencia entre Alemania y España es de apenas 1,5 puntos porcentuales (OCDE Health Statistics 2013).

La diferencia es mayor si nos fijamos en qué medida son las mujeres mayores de 50 años las que asumen estos cuidados aunque en ambos países este porcentaje supera el 60% (Alemania: 60,8%; OCDE: 62,3%; España: 63,9%). (OCDE Health Statistics 2013).

Una de las consecuencias directas de que sea la mujer la que se encarga de los cuidados informales es un empeoramiento de su estado de salud. Comparando el sistema alemán con el de los países escandinavos, más centrados en los servicios, podemos constatar una considerable diferencia en el número de años de vida sana a partir de los 65 años de edad. En 2009 se situaba en 14,6 años mientras que en Alemania

era de 6,5 años. (Heintze, 2012).

El sistema alemán y el español son similares en lo relativo al peso de los cuidados informales pero la diferencia es significativa en cuanto a la intensidad de la atención que prestan los cuidadores informales. En España el 85% de los cuidadores realiza estas tareas a diario, un porcentaje que en Alemania se sitúa en el 59% (OCDE: 66%). (OCDE Health Statistics 2013). Además, en España y en los otros países mediterráneos la familia presta estos cuidados prácticamente en exclusividad. En el resto de los países es más frecuente que estos cuidados se complementen con cuidados formales y con cuidados informales ajenos a las familias como p.ej. vecinos, amigos o antiguos compañeros de trabajo (Hank, 2010).

5. RETOS DE LA ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA.

Centraré este apartado en describir algunos de los retos que considero centrales para cada uno de los sistemas. En el caso alemán se trata de las diversas propuestas para afrontar la viabilidad financiera del seguro de cuidados y la reforma de la definición de dependencia. En lo que se refiere al SAAD trataré la compleja estructura de gobernanza del sistema y los profundos recortes que éste ha sufrido a partir de 2011 y que ponen en peligro al sistema en su conjunto.

5.1. Los retos del seguro público de cuidados alemán.

El cambio demográfico tendrá como consecuencia un importante aumento de las personas mayores y probablemente también de las personas en situación de dependencia. Esto unido a una ampliación de las prestaciones lle-

vará a un considerable incremento de los gastos en concepto de atención a la dependencia. La Oficina Federal de Estadística parte de la base que el cambio demográfico llevará a una disminución de la población del 5% hasta 2030 en comparación a 2009 y del 15% hasta 2050. A su vez, el número de personas mayores de 80 años aumentará un 55% hasta 2030 y un 150% hasta 2050 (Rothgang, 2013a). Si bien es cierto que las condiciones de salud de las personas mayores mejorarán considerablemente, no es descartable que ello lleve a ampliar la duración en la que las personas mayores dependen de los cuidados suministrados por terceros (Unger, 2011). A ello se le añade un probable incremento de los cuidados formales por la caída de la atención familiar debido a los profundos cambios que experimentan las estructuras familiares y cambio en la estructura de edad (Rothgang, 2013).

Bajo el aspecto de la contención y redistribución de gastos se han barajado varias propuestas de reforma del sistema de financiación. Una Comisión de expertos creada por el Ministerio de Sanidad (Bundesministerium für Gesundheit, 2003) lanzó la idea de pasar a un sistema financiado a través de impuestos y complementarlo con una capitalización de fondos. Además de los enormes problemas que plantea la transición desde un modelo de cotizaciones (Zuchandke, 2011), la volatilidad de los mercados y la experiencia acumulada en otros países suscitan dudas acerca de la viabilidad de esta propuesta.

La opción de un seguro privado complementario para cubrir el copago no parece atractiva a la vista del exiguo número de pólizas suscritas hasta la fecha, apenas un 2,2% de todos los asegurados en un seguro de cuidados (Zuchan-

dke, 2011). En 2012 el entonces ministro de Sanidad liberal Christian Bahr creó una modalidad de subvención de pólizas adicionales privadas para los asegurados al seguro de cuidados. La introducción de este instrumento suscitó un considerable debate (Jacobs, 2013) ya que la introducción de seguros complementarios en el sistema de pensiones no benefició a personas con ingresos bajos o medios (Schmähl, 2010; Blank, 2011; Kleinklein, 2011). Precisamente los colectivos con ingresos más bajos son los que necesitan de una mayor intensidad de cuidados pero, a la vez, no cuentan con medios suficientes para contratar estas pólizas (Comas-Herra, 2012).

Forman parte de este debate las propuestas encaminadas a eliminar la dualidad de los sistemas privados y públicos. Los afiliados al sistema público pueden elegir el seguro al que quieren pertenecer pero no tienen la opción de cambiar al seguro privado. La normativa alemana limita este derecho de opción a aquellas personas que a través de su trabajo obtengan ingresos superiores a unos topes definidos por la Administración. En el caso de la dependencia estos ingresos no pueden ser inferiores a 47.250,00 euros anuales. Además pueden optar por los seguros privados los funcionarios, autónomos y las profesiones liberales.

El sistema público se rige por el principio de la solidaridad que se traduce en la determinación de las cotizaciones en función de los ingresos y en la concesión de prestaciones con independencia de los ingresos. El seguro privado no determina las cotizaciones en función de los ingresos pero sí en función del riesgo individual. Las prestaciones de ambos seguros deben ser idénticas, la valoración aplica el mismo baremo. Sin embargo, la media de edad de los

afiliados al seguro privado de dependencia es claramente inferior a la del seguro público, los ingresos medios de los afiliados a los seguros privados son superiores. Todo ello redundaría en que el seguro de cuidados público soporta un gasto medio por afiliado doble del que genera un afiliado en el seguro privado (Rothgang, 2011).

Esto ha suscitado un amplio debate acerca de la necesidad de eliminar esta duplicidad. Los partidos de izquierda y los sindicatos abogan por un seguro que unifique ambos ramos e incluya en el cálculo de las cotizaciones ingresos patrimoniales excluidos hasta la fecha (Theobald, 2013; Rothgang, 2011). Este modelo supondría la inclusión de funcionarios y trabajadores por cuenta propia en el sistema único, la eliminación de la opción de afiliación al seguro privado a partir de un determinado ingreso y la inclusión de todos los ingresos, incluidos los patrimoniales en el cálculo de la cotización (Zuchandke, 2011). Esta propuesta, rechazada por conservadores y liberales, no ha sido tenida en cuenta en el acuerdo de gobierno firmado recientemente por socialdemócratas y demócrata-cristianos.

Sin embargo, el principal motivo de debate desde hace varios años es la reforma de la definición de la dependencia. Una vez puesta en marcha la ley, diversos actores criticaron que el proceso de valoración aplicaba criterios excesivamente restrictivos dejando a un lado trastornos causantes de dependencia motivados por trastornos mentales o psíquicos (Kuratorium Deutsche Altenhilfe, 1996).

La exposición de motivos de la ley aprobada en 1993 ya dejaba claro que era necesario restringir el ámbito de aplicación de la ley

para garantizar la viabilidad financiera de la atención a la dependencia (Deutscher Bundestag, 1993; ver también: Deutscher Bundestag, 1997). Sin embargo ya el Segundo informe sobre el seguro de cuidados publicado en 2001, constató que la atención a los enfermos de una demencia por el seguro de cuidados era uno de los asuntos que debían ser solucionados con la mayor urgencia y al que el Gobierno le daría la mayor prioridad. (Bundesregierung, 2001: 25 y s., ver también Schneekloth, 2000; Bundespflegeausschuss, 2002; Deutscher Bundestag, 1998; Bundesregierung, 2003).

En 2006 la Ministra de Sanidad creó una comisión de expertos para reformar la definición de la dependencia que presentó su informe final en 2009 (Bundesministerium für Gesundheit, 2009). Concluye que la actual definición de la dependencia no permite determinar la necesidad real de cuidados debido a la fijación exclusiva en las tareas de la vida diaria. La Comisión propuso una definición de la dependencia que engloba todas las causas que motivan una dependencia: corporales, psíquicas y mentales y elaboró un instrumento de valoración que cubra todas las realidades vivenciales y las necesidades de las personas dependientes de una forma flexible, garantice un elevado grado de diferenciación y la necesaria transparencia del proceso.

El objetivo es lograr una valoración integral de la necesidad de atención a personas dependiente incorporando las situaciones cognitivas y psíquicas que motivan una necesidad de apoyo. A diferencia del instrumento de valoración actual no pretende cifrar el tiempo necesario para atender a las personas dependientes sino que intenta determinar el grado de autonomía para la realización de actividades en diferen-

tes áreas de la vida diaria, pasando de los tres niveles de dependencia actuales a cinco (Wingenfeld, 2009). El coste adicional de esta reforma variaba en función de los criterios a aplicar, pero en ninguno de los casos sería inferior a los 3.000 millones de euros anuales (Rothgang, 2009, 16 y s.).

El cambio de Gobierno en el año 2009 y, sobre todo, el hecho de que la cartera de sanidad fuera ocupada por un miembro del partido liberal paralizó la reforma. En 2011 el Ministerio de sanidad nombró una segunda comisión de expertos de la que formaban parte 37 organizaciones del sector y varios expertos en la materia que inició sus trabajos a comienzos de 2012 y entregó su informe final el 27 de junio de 2013. Este informe recoge las propuestas elaboradas anteriormente, lo que supondría un cambio paradigmático en la valoración ya que el factor tiempo dejaría de ser el criterio decisivo para determinar la necesidad concreta e individual de cuidados (Hoffer, 2013). En la actualidad, el proceso de valoración se fundamenta básicamente en el tiempo que los cuidadores familiares tienen que dedicar a atender a la persona en situación de dependencia. La propuesta toma como referencia el tipo de dependencia que presenta la persona y el grado de autonomía. La introducción de esta reforma sí ha tenido entrada en el acuerdo de gobierno firmado por socialdemócratas y demócrata-cristianos.

5.2. Los retos del SAAD.

También la LAPAD presenta diversos retos, me centraré en dos aspectos que considero centrales: el modelo de gobernanza creado por la LAPAD y los profundos recortes que cuestionan la viabilidad del SAAD, el principal reto de la

atención a la dependencia en España.

El encaje en la Constitución se realiza a través del artículo 149.1.1, que faculta al Estado para la regulación de las "condiciones básicas". "1. *El Estado tiene competencia exclusiva sobre las siguientes materias: 1º La regulación de las condiciones básicas que garanticen la igualdad de todos los españoles en el ejercicio de los derechos y en el cumplimiento de los deberes constitucionales.*" Podría haberse realizado a través del artículo 149.1.7 que regula la legislación básica y el régimen económico de la seguridad social. Si bien la LAPAD contó con un alto nivel de consenso, precisamente este punto fue uno de los motivos por los que diversas formaciones políticas nacionalistas se abstuvieron por considerar que la ley invadía sus competencias.

La LAPAD presenta una estructura compleja que ha dificultado su implementación. El SAAD precisa de una estrecha colaboración entre la AGE y las CC.AA. (Marbán, 2013: 389 s.) ya que éstas deberán negociar la materialización de las prestaciones previstas por la LAPAD. Este aspecto se vio agravado por el hecho de que la LAPAD no pertenece al ámbito de la Seguridad Social sino de los Servicios Sociales, competencia de las CC.AA. que tenían desarrolladas toda una serie de actuaciones y servicios en materia de atención a la dependencia y la discapacidad (Rodríguez, 2012).

Cobo (Cobo, 2007a) resalta lo novedoso de este sistema que crea un marco de cooperación altamente formalizado. Pero se trata de un sistema expuesto a las respectivas mayorías políticas y que ha sido utilizado por los partidos en su pugna política (González, 2013). Unido a las diferencias existentes en los servicios sociales de las CC.AA. (Rodríguez, 2013) esto explica en

buena parte las disparidades en lo relativo a la implementación del SAAD en las CC.AA. (Marbán, 2013). Como señala Sitges (Sitges, 2011) no existe un SAAD sino diecisiete sistemas diferentes con más de 500 normas distintas. La LAPAD además está sometida a coyunturas sociopolíticas generales y de las CC.AA. que han llevado a una considerable heterogeneidad en lo *“relativo al acceso, acreditación de centros y copago.”* (Marbán, 2013: 390). Otro aspecto problemático en este complejo entramado creado para la gestión y financiación del SAAD es la práctica ausencia de los municipios que ostentan un papel central en la provisión y financiación de los servicios sociales básicos (Rodríguez, 2013).

La complejidad del sistema de relaciones entre los diferentes actores institucionales se refleja en los niveles de protección previstos por la LAPAD. El artículo 7 de la Ley prevé un nivel de protección mínimo, determinado por el Estado para garantizar la igualdad en todo el territorio. El nivel intermedio es que el Estado debe acordar con cada una de las CC.AA. Por último, el tercer nivel es el adicional y que será fijado y financiado únicamente por las CC.AA.

Posiblemente un sistema de cooperación entre los diferentes niveles de la administración como el creado por la LAPAD solamente es viable si hubiera una mayor cultura política de colaboración de la que parece existir en España.

El segundo aspecto que quiero tratar es el del impacto de la crisis sobre el sistema de la dependencia español. El derrumbe de Lehmann Brothers en los EE.UU. en otoño de 2008 desató una de las crisis más profundas del sistema financiero y económico. La puesta en marcha de la ley coincidió con los primeros síntomas de

esta crisis. Los gobiernos nacionales pronto tuvieron que enfrentarse al impacto de esta crisis en los mercados de trabajo y los presupuestos nacionales. Despidos masivos, un incremento espectacular de la tasa de desempleo y, en especial, del desempleo juvenil, el aumento de los índices de pobreza y, en consecuencia, de las protestas sociales fueron algunos de los resultados inmediatos de la crisis. Ésta también se tradujo en una creciente presión sobre algunos de los estados más afectados por parte de instituciones internacionales como el FMI y la UE para que implementen programas de ahorro drásticos.

En 1981 la OCDE ya diagnosticaba la crisis de los sistemas públicos de bienestar (OCDE, 1981), crítica que se agudizó a partir de 1989. Esta argumentación insiste en el lastre que supuestamente supone el gasto social para las economías nacionales en un mundo globalizado. Desde entonces, la insistencia en desregularizar, privatizar y reducir el gasto social ha pasado a formar parte no solo de los discursos de partidos conservadores y liberales sino también de la socialdemocracia de la denominada tercera vía (Weishaupt, 2013).

También la LAPAD ha sido reformada en diversas ocasiones desde el 2010, todas ellas en sintonía con los recortes sufridos por el conjunto de las prestaciones sociales en España (Vilá, 2013; González, 2013; Rodríguez, 2012).

La Asociación Estatal de Directoras y Gerentes en Servicios Sociales identifica cuatro etapas desde la aprobación de la LAPAD en diciembre de 2006. A una primera fase de inicio y desconcierto le sigue una fase de consolidación y expansión que dura hasta finales de 2010 y se caracteriza por la incorporación masiva de

nuevos usuarios al sistema. A partir de mayo de 2011 con las elecciones autonómicas se inicia un período de ralentización o estancamiento del número de solicitudes y finalmente, una vez iniciado el mandato del actual Gobierno, pasamos a una fase que esa asociación denomina de retroceso y demolición, acelerada con el RD 20/2012 y que se caracteriza por recortes presupuestarios y un caída del número de beneficiarios (Observatorio de la dependencia, 2013).

Diversas normas aprobadas desde 2010 han mermado considerablemente la eficacia del SAAD (RD 8/2010, de 20 de mayo, por el que se adoptan medidas extraordinarias para la reducción del déficit público, RD 20/2011, de 30 de diciembre, de medidas urgentes en materia presupuestaria, tributaria y financiera para la corrección del déficit público y RD 2/2012, de 29 de junio, de Presupuestos general del Estado para el año 2012).

Merece especial mención el RD 20/2012 que ha sido la de mayor calado (Vilá, 2013) y que se rige principalmente por el principio de *“la exigencia de cumplimiento de los objetivos de déficit público”* lo que, *“desde el punto de vista de la protección no significa otra cosa que eliminación o empeoramiento de la calidad de la tutela”* (González, 2013:11). Introduce la obligatoriedad de volver a presentar documentación que ya obra en poder de la Administración, concede a las Administraciones la competencia para ajustar la intensidad de los servicios a personas que hayan obtenido una resolución afirmativa y a determinarla para aquellas personas que las soliciten. Supedita la concesión de la prestación económica en el entorno familiar a la Administración, excluye los efectos retroactivos de las prestaciones por

cuidados en el entorno familiar que quedarán sujetas a un plazo suspensivo máximo de dos años. Elimina las cotizaciones a la Seguridad Social de los cuidadores no profesionales y suprime los niveles de los tres grados de dependencia. En general se observa cierta centralización pasando algunas competencias del Consejo Territorial al Gobierno en lo relativo a la hora de establecer cuantías máximas de las prestaciones económicas. Establece algunas incompatibilidades entre prestaciones y servicios. Por último, reduce un 15% las prestaciones económicas por cuidado en el entorno familiar. El conjunto del ahorro generado por estas medidas alcanza los 800 millones de euros en 2012 a lo que habría que sumar la reducción del gasto de las CC.AA.

Una medida que ha tenido un efecto inmediato sobre la cuantía de las prestaciones han sido los Acuerdos del Consejo Territorial del 10 de julio de 2012 encaminados a *“prestar una mejor atención a los beneficiarios del Sistema, de más calidad, con unos criterios que garanticen la igualdad en la concesión de las prestaciones en todo el territorio nacional, más profesional, con impacto en el empleo y respetando los principios recogidos en la propia Ley de Dependencia.”* (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2013: 2). La reducción de las prestaciones económicas en un 15% ha redundado en una caída del gasto de las CC.AA. por este concepto en un 23%. La prestación media de una persona con un Grado III pasó de 414,58 euros a 343,38 euros, la del Grado II de 295,09 a 214,43 euros y las del Grado I de 137,20 a 100,94 euros.

En el Programa Nacional de Reformas el Gobierno anuncia que, con el fin de proseguir en la senda del ajuste presupuestario, regulará

el copago que supondrá un incremento de la carga para los usuarios del 5%, siendo la introducción gradual durante los próximos 3 años. Asimismo el Gobierno prevé publicar dos Reales Decretos que pretenden dar prioridad a los servicios sobre las prestaciones económicas y regular el conjunto de las prestaciones, lo que generaría un ahorro de 489 millones de euros (Gobierno de España, 2013:53).

El Gobierno justifica estos recortes con una supuesta mejora de los servicios, argumentando que las medidas son adecuadas *“para racionalizar y modernizar los servicios prestados, garantizando su sostenibilidad.”* (Gobierno de España, 2013:23). No obstante este ejercicio retórico no puede soslayar que las medidas han empeorado considerablemente la atención que se presta a las personas en situación de dependencia y vacía de contenido el derecho subjetivo a estas prestaciones. *“Las reformas efectuadas han debilitado el contenido de los derechos reconocidos, debido a las medidas adoptadas (rebaja de la intensidad y de las cuantías, aumento de las aportaciones de los usuarios y reducción de la financiación pública, retrasos en la aplicación de la ley y en la percepción de las cantidades adecuadas, etc.)”* (Vilá, 2013: 17).

Las reformas se justifican afirmando que se quieren reforzar los servicios frente a las prestaciones económicas. Esta argumentación se aleja de la tendencia europea que fomenta los cuidados informales introduciendo p.ej. sistemas de cheques que permiten contratar servicios (Rodríguez, 2012). Intenta enlazar con la intención inicial de la Ley que preveía la excepcionalidad de estas prestaciones económicas hasta que estuviera implementada la red de servicios necesaria para garantizar la

atención a todas las personas en situación de dependencia, aún siendo conscientes todos los actores que la preferencia de buena parte de las personas en situación de dependencia es la de ser atendidas en su entorno familiar (Cobo, 2007b).

Sin embargo, la realidad es que los servicios profesionales de atención a la dependencia están siendo estrangulados por los recortes económicos. (Jiménez, 2012: 21). La retirada de la financiación estatal supone incluso un duro revés para aquellas CC.AA. que apostaron por ampliar la red de servicios profesionales y que ahora deben afrontar el elevado coste que generan estos servicios (Observatorio, 2012).

El efecto de estas reformas no será otro que la reprivatización y refamiliarización de la atención a las personas en situación de dependencia y *“crea las condiciones para consolidar una visión de protección social en la que los riesgos sociales se convierten en riesgos individuales, sustituyendo de este modo las políticas de cohesión social por combinaciones variadas de darwinismo social, familiarismo y asistencia social.”* (Rodríguez, 2012).

Rodríguez (Rodríguez, 2012) concluye que el giro de la política estatal en materia de dependencia, sustanciado sobre todo con el RDL 20/2012 de julio de 2012 sobre medidas de estabilidad presupuestaria y mejora de la competitividad golpean en especial al SAAD por ser un sistema de reciente creación que comenzaba a afianzarse, por frustrar las expectativas que los usuarios actuales y potenciales ponen en él y, por último, por truncar una de las vías más prometedoras de creación de empleo. Se trata de un conjunto de reformas que cuestionan el carácter universal y público de la LAPAD (Serrano, 2013).

Estos recortes están en línea con los que sufre el sistema público de salud en su conjunto y que básicamente van a tener dos efectos: reducir considerablemente la calidad de los servicios y con ello la salud de la población y a hacer más vulnerables los sistemas públicos a posteriores recortes (Gaffney, 2013). El desmantelamiento de los servicios públicos sigue unas pautas que parecen preestablecidas. Se escuda en la reducción del déficit y supuestas ineficacias de los sistemas públicos para acelerar procesos de privatización y reducción del gasto público. Los primeros pasos suelen ser restringir el acceso a las prestaciones incrementando las aportaciones de los usuarios o excluyendo a diferentes colectivos como p.ej. los indocumentados, eliminando aportaciones estatales y prestaciones de los catálogos de servicios. Reducen la calidad de los servicios con el objetivo de ir modificando gradualmente el carácter universal y público de los sistemas (Gaffney, 2013). Son reformas que no solo debilitan la capacidad de los sistemas para dar respuesta a las necesidades más urgentes sino que acaban de agravar estas necesidades (Scheil-Adlung, 2013: 28).

Ante la acumulación de recortes que está sufriendo el sistema español de atención a la dependencia deberíamos preguntarnos pues en que medida las recientes reformas del SAAD no van mucho más allá de simples reformas paramétricas y si en la suma no pueden llegar a suponer un cambio paradigmático. La rapidez con la que se ha puesto en marcha y posteriormente desmantelado el sistema de atención a la dependencia español prueba la vulnerabilidad de sistemas de reciente creación.

Conclusión

Los dos sistemas de protección a la dependencia analizados en este artículo presentan ciertas similitudes, pero están tomando sendas completamente diferentes. Mientras que el modelo alemán -con todas sus limitaciones- se encuentra en un proceso lento de ampliación de derechos y prestaciones, el sistema español se encuentra en una profunda crisis institucional y financiera que podría cuestionar lo creado desde 2007.

6. BIBLIOGRAFÍA.

ALBERS, JENS (1982). Vom Armenhaus zum Wohlfahrtsstaat. Analysen zur Entwicklung der Sozialversicherung in Westeuropa. Frankfurt a. M.: Campus.

APPLEBAUM, Robert; BARDO, Anthony; ROBBINS, Emily (2013). International Approaches to Long-term Services and Supports. Generations. Journal of the American Society of Ageing, 37 (1), 59-65.

ARNTZ, MELANIE; SACCHETO, RALF (2007). The German Social Long-Term Care Insurance, ZEW Discussion Paper N° 2625, Mannheim.

AUSSCHUSS FÜR GESUNDHEIT DES DEUTSCHEN BUNDESTAGES (2012). Änderungsantrag 18 der Fraktion der CDU/CSU und FDP zum Entwurf eines Gesetzes zur Neuausrichtung der Pflegeversicherung. 17(14)287, 12.6.2012.

BEHNING, UTE (1999). Zum Wandel der Geschlechterrepräsentation in der Sozialpolitik. Opladen: Leske und Budrich.

BERTRAM, HANS; RÖSLER, WIEBKE; EHLERT, NANCY, Zeit (2005). Infrastruktur und Geld: Familienpolitik als Zukunftspolitik. Aus Politik und Zeitgeschichte, 23-24, 2005, 6-15.

BLANK, F. (2011). Die Riester-Rente: ihre Verbreitung, Förderung und Nutzung. Soziale Sicherheit 60 (12), 414 – 420.

BORRÁS, VICENT; TORNS, TERESA; MORENO, SARA (2007). Las políticas de conciliación: políticas laborales versus políticas de tiempo. Papers, 83, 83-96.

BUNDESAMT FÜR STATISTIK (2013). Sozialleistungen. Empfänger und Empfängerinnen von Leistungen nach dem 5. bis 9. Kapitel SGB XII. Wiesbaden.

BUNDESAMT FÜR STATISTIK (2014). Ausgaben und Einnahmen der Sozialhilfe: Deutschland. https://www-genesis.destatis.de/genesis/online;jsessionid=5F8D26C840864CAC1AC8FD3B15F8A337.tomcat_GO_2_2?operation=previous&levelindex=2&levelid=1389348180346&step=2.

BUNDESMINISTERIUM FÜR ARBEIT UND SOZIALES (2008). Übersicht über das Sozialrecht. Nuremberg: BW Bildung und Wissen, 2008.

BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT UND SOZIALES (2003). Nachhaltigkeit in der Finanzierung der Sozialen Sicherungssysteme. Berlin.

BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT (2011b). Bericht der Bundesregierung über die Entwicklung der Pflegeversicherung und den Stand der pflegerischen Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland. Berlin.

BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT (2011a). Abschlussbericht zur Studie „Wirkungen des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes“, Bericht zu den Repräsentativerhebungen im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit von TNS Infratest Sozialforschung München. Berlin.

BUNDESREGIERUNG (2004). Dritter Bericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung. Berlin.

BUTTERWEGGE, CHRISTOPH (2006). Krise und Zukunft des Sozialstaates. Vs-Verlag.

CASADO, Demetrio (2005). Nota sobre el futuro de los servicios sociales: nuevas necesidades, actividades y garantías. Documentación administrativa, 271-272, 176-204.

CASADO, DEMETRIO (2011). Objetivos y medios de la LAAD. Presentación ppt en el Seminario SIPOSO, ENCUENTRO ENVEJECIMIENTO ACTIVO, Madrid, 30 de noviembre 30 de 2011.

COBO GÁLVEZ, Pablo (2007a). El desarrollo e implantación del Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia y de sus prestaciones desde la Administración General del Estado: normas y criterios comunes. Documentación administrativa, 276- 277.

COBO GÁLVEZ, Pablo (2007b). Génesis y elaboración de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. Documentación administrativa, 276- 277.

COMAS-HERRERA, ADELINA; BUTTERFIELD, REBECCA; FERNÁNDEZ, JOSÉ-LUIS, WITTENBERG, RÁPAEL; WIENER, JOSHUA M. (2012). Barriers and Opportunities for Private Long-Term Care Insurance in England: What Can We Learn From Other Countries? Kent: PSSRU Discussion Paper 2780.

COMAS-HERRERA, ADELINA (2013). Dependencia, financiación público-privada y sostenibilidad. *Actas de la dependencia*, 9, 7 – 27.

CUELLAR, ALISON EVANS; WIENER, JOSHUA M. (2000), Can social insurance for long-term care work? The experience of Germany. *Health Affairs*, 19, 3, 8 – 25.

GAFFNEY, Adam (2013). Austerity and the Unraveling of European Universal Health Care. *Dissent* (Spring), 11-15.

GKV (2013). Kennzahlen der Sozialen Pflegeversicherung. Berlín.

GOBIERNO DE ESPAÑA (2013). Programa Nacional de Reformas 2013. Madrid.

GOHDE, JÜRGEN (2013). Reformbedarf der Pflegeversicherung. *Gesundheit und Sozialversicherung*, 4, 4 – 13.

GONZÁLEZ ORTEGA, Santiago (2013). La aplicación de la Ley de Dependencia en España. Madrid: Consejo Económico y Social.

HANK, KARSTEN, JÜRGES, HENDRIK (2010). The last year of life in Europe: regional variations in functional status and sources of support. *Ageing & Society*, 30, 1041 – 1054.

HEINTZE, CORNELIA (2012). Auf der Highroad –der skandinavische Weg zu einem zeitgemäßen Pflegesystem. Ein Vergleich zwischen fünf nordischen Ländern und Deutschland. Bonn: Friedrich-Ebert-Stiftung.

HINRICHS, KARL; WARFELMANN, CAROLINE A. (2011). El seguro social de cuidados en Alemania. *Papeles de Economía Española*, 129, 123 - 136.

HOFFER, HEIKE (2013). Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff: Die Empfehlungen des Expertenbeirats zur konkreten Ausgestaltung seiner Einführung revisited. *Gesundheit und Sozialversicherung*, 4, 14 – 20.

HOLDENRIEDER, JÜRGEN (2003). Comparative evaluation of Long-Term Care Policies for Elderly in the EU. Frankfurt a. M.: Verlag Peter Lang, Francfort.

IMSERSO (2013). Aspectos destacables de la gestión del Sistema para la Autonomía y la Atención a la Dependencia. Madrid: IMSERSO.

IMSERSO (2014). Avance de la evaluación 2013 del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, según datos a 31 de diciembre de 2013. Madrid: IMSERSO.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA (2008). Encuesta sobre Discapacidades, Autonomía personal y situaciones de Dependencia 2008.

JACOBS, KLAUS; ROTHGANG, HEINZ (2013a). Der Pflege-Bahr: falsches Signal und untaugliches Geschäftsmodell. *Gesundheit und Sozialversicherung*, 4, 24 – 27.

JIMÉNEZ LARA, ANTONIO (2012). Crisis y atención a la dependencia. Efecto sobre el empleo y las familias. Actas de la dependencia, 5.

KLEINKLEIN, A (2011). Zehn Jahre „Riester-Rente. Bestandsaufnahme und Effizienzanalyse. Expertise im Auftrag der Abteilung Wirtschafts- und Sozialpolitik der Friedrich-Ebert-Stiftung. Bonn.

KLIE, THOMAS / BLINKERT, BALDO (2008): Die Versorgungssituation pflegebedürftiger Menschen vor dem Hintergrund von Bedarf und Chancen. Bauer, A. / Büscher, U. (Hg.): Soziale Ungleichheit und Pflege. 238-255; VS-Verlag.

LESSENICH, STEPHAN (2000). Soziologische Erklärungsansätze zur Entstehung und Funktion des Sozialstaates. En: ALLMENDINGER, JUTTA (ed.), Soziologie des Sozialstaates. Gesellschaftliche Grundlagen, historische Zusammenhänge und aktuelle Entwicklungstendenzen, Juventa, Weinheim y Munich, 2000.

MARBÁN GALLEGO, VICENTE (2012). Actores sociales y desarrollo de la Ley de Dependencia. Revista Internacional de Sociología, 70 (2), 375 – 398.

MEYER, J. A. (1996). Der Weg zur Pflegeversicherung. Frankfurt am Main: Mabuse.

MORENO, LUIS; MCEWEN, NICOLA (2005). Exploring the Territorial Politics of Welfare. Working Paper 05-05, Unidad de Políticas Comparadas (CSIC), Madrid.

OBSERVATORIO ESTATAL DE LA DEPENDENCIA (2012). Presupuestos públicos y financiación de la atención a la dependencia. La cuadratura del círculo. Madrid: Asociación estatal de directoras y gerentes de servicios sociales.

OBSERVATORIO ESTATAL DE LA DEPENDENCIA (2013). Informe sobre el desarrollo y evaluación territorial de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia. Madrid: Asociación estatal de directoras y gerentes de servicios sociales.

OBSERVATORIO ESTATAL DE LA DEPENDENCIA (2014). XII Dictamen del Observatorio. Madrid: : Asociación estatal de directoras y gerentes de servicios sociales.

OCDE (1981). The welfare state in crisis: an account of the Conference on Social Policies in the 1980s. OCDE, Paris, 20-23 October.

RODRÍGUEZ CABRERO, Gregorio (2011). Los sistemas públicos europeos de atención a la dependencia. Actas de la dependencia, 1.

RODRÍGUEZ CABRERO, Gregorio (2012). La Ley de la Dependencia: ¿una oportunidad perdida en el desarrollo de los derechos sociales?. Gaceta sindical: reflexión y debate, 19, 319-338.

RODRÍGUEZ CABRERO, GREGORIO; MARBÁN GALLEGO, VICENTE (2013). Long-Term Care in Spain: Between Family Care Tradition and the Public Recognition of Social Risk. En: Ranci,

CONSTANZO; PAVOLINI, EMMANUEL (2013). Reforms in Long-Term Care Policies in Europe. Investigating Institutional Change and Social Impacts. Berlin: Springer, 2013, 201 – 219.

RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ, PILAR (2006). El sistema de servicios español y las necesidades derivadas de la atención a la dependencia. Documento de trabajo 87/2006. Madrid: Fundación Alternativas.

ROTHGANG, HEINZ; MÜLLER, ROLF; UNGER, RAINER; WEISS, CHRISTIAN; WOLTER, ANNIKA (2010). Barmer GEK Pflegereport 2010. Schwerpunktthema: Demenz und Pflege. Schwäbisch Gmünd: Barmer GEK.

ROTHGANG, HEINZ (2011). Solidarität in der Pflegeversicherung: Das Verhältnis von Sozialer Pflegeversicherung und Privater Pflegeversicherung. Sozialer Fortschritt, 4, 81 – 87.

ROTHGANG, HEINZ; MÜLLER, ROLF; UNGER, RAINER (2013). Barmer GEK Pflegereport 2013. Schwerpunktthema: Reha bei Pflege. Schwäbisch Gmünd: Barmer GEK.

ROTHGANG, HEINZ; JACOBS, KLAUS (2013a). Pflegereform 2014: Was ist zu tun ?. GGW, 13, 3, 7 – 14.

SCHÄFFER, DORIS; EWER, MICHAEL (2004). Ambulant vor stationär. Ambulantisierung – Konsequenzen für die Pflege. Arbeiterwohlfahrt, 42 – 50.

SCHEIL-ADLUNG, Xenia; BONAN, Jacopo (2013). Brechas en la protección social de la salud y en los cuidados de larga duración en Europa: ¿bancarrota para la tercera edad? Revista Internacional de la Seguridad Social, 66 (1), 27-51.

SCHMÄHL, W. (2011). Die Riester-Reform von 2011 – Entscheidungen, Begründungen, Folgen. Soziale Sicherheit 60 (12), 23 – 28.

SCHNEIDER, U.; REYES, C. (2007). Mixed blessing: long-term care benefits in Germany. Ungerson, C.; Yeandle, S. (eds.). Cash for care in developed Welfare states. Houndmill: Palgrave Macmillan, 137 – 165.

SCHULZ, ERIKA; LEIDL, REINER; KÖNIG, HANS-HELMUT (2001). Starker Anstieg der Pflegebedürftigkeit zu erwarteten Vorausschätzungen bis 2020 mit Ausblick auf 2050. DIW-Wochenbericht 5/01, Berlin.

SERRANO PASCUAL, A.; ARTIAGA LEIRAS, A. & DÁVILA DE LEÓN, M.C. (2013), "Crisis de los cuidados, Ley de Dependencia y confusión semántica. Revista Internacional de Sociología. doi: 10.3989/ris. 2012.07.30.

SITGES, JUAN (2011). Análisis del estado actual de la Ley de dependencia. Papeles de Economía Española, 129, 244 – 248.

SKUBAN, RALPH, Pflegeversicherung in Europa. Sozialpolitik im Binnenmarkt, VS-Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden, 2004.

STATISTISCHES BUNDESAMT (2010). Statistik der Sozialhilfe – Hilfe zur Pflege. Wiesbaden.

STATISTISCHES BUNDESAMT (2013). Pflegestatistik 2011. Wiesbaden.

STATISTISCHES BUNDESAMT (1994): Soziale Leistungen. Fachserie 13. Reihe 2: Sozialhilfe 1994. Wiesbaden.

THEOBALD, HILDEGARD (2010). Pflegepolitik, Sorgetätigkeiten und Ungleichheit: Europäische Perspektiven. Sozialer Fortschritt, 2, 31 – 39.

THEOBALD, HILDEGARD; HAMPEL, SARAH (2013b). Radical Institutional Change and Incremental Transformation: Long-Term Care Insurance in Germany. En: Ranci, Constanzo; Pavolini, Emmanuel (2013). Reforms in Long-Term Care Policies in Europe. Investigating Institutional Change and Social Impacts. Berlin: Springer, 2013, 117 - 138.

THEOBALD, HILDEGARD; SZEBEHELY, MARTA (2013a). Care Workers and New Public Management. A comparison in long-term care reforms and their effects on care workers in Sweden and Germany. Paper presented at the 11th Annual ESPAnet conference, Poznan.

TN INFRATEST SOZIALFORSCHUNG (2011). Abschlussbericht zur Studie "Wirkungen des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes". Berlin: Bundesministerium für Gesundheit.

UNGER, R.; MÜLLER, R.; ROTHGANG, H. (2011). Lebenserwartung in und ohne Pflegebedürftigkeit. Ausmaß und Entwicklungstendenzen in Deutschland. Das Gesundheitswesen, 73, 5, 292 - 297.

VILÁ MANCEBO, Toni (2013). Evolución y reforma del sistema para la autonomía y atención a la dependencia. Actas de la dependencia, 8.

WEISHAUPT, J. TIMO; EBBINGHAUS, BERNHARD; WENDT, CLAUS (2013) Der Umbau des Wohlfahrtsstaates in Krisenzeit Institutioneller Wandel in Deutschland im internationalen Vergleich. Zeitschrift für Sozialreform , 2013, 59 (3), 279-290. Wiesbaden.

ZUCHANDKE, ANDY; REDDERMANN, SEBASTIAN; KRUMMAKER, SIMONE (2011). Financing Long-Term Care in Germany. En: Costa-Font, Joan; Courbage, Christophe (2011). Financing long-term care in Europe. Institutions, markets and models. New York: Palgrave Macmillan, 214 – 235.

SOLUCIONES PARA CUBRIR RIESGOS VINCULADOS A LA DEPENDENCIA

MANUEL ÁLVAREZ RODRÍGUEZ

Director de Desarrollo de Vida y Pensiones. Caser Seguros

PALABRAS CLAVE

Dependencia, Hipoteca Inversa, Vivienda Pensión, Renta Vitalicia, Solvencia, Riesgos, Recursos Propios.

RESUMEN

Los seguros de vida forman parte del desarrollo de las economías modernas, permitiendo la sostenibilidad de las empresas y la reducción de sus riesgos.

Desde el punto de vista de las compañías de seguros, éstas disponen de soluciones pensadas para atender las necesidades de dos tipos de clientes: los ya dependientes, que necesitan hacer líquida su riqueza para atender a la nueva situación y los no dependientes, que desean tener una cobertura adecuada en previsión a una potencial dependencia.

El desarrollo de los seguros de dependencia para no dependientes es muy bajo, concurriendo varias causas. Para posibilitar su crecimiento se proponen diferentes medidas de impulso para su extensión a la población general.

El gran reto del sector asegurador, especialmente del ramo de vida, es adaptarse a la nueva directiva de Solvencia II. Esta directiva supone un cambio de perspectiva de los riesgos aseguradores, tanto de los derivados de la suscripción como de los de las inversiones, cambiando completamente la forma en la que las compañías de seguros deben valorarlos.

KEYWORDS

Dependency, Reverse Mortgage, Home Pension, Life Annuity, Solvency, Risk, Own Funds.

ABSTRACT

Life insurance forms part of the development of modern economies, allowing the sustainability of companies and reducing their risks.

From the point of view of insurance companies, these have solutions designed to meet the needs of two types of customer: Those already dependent, who need to make their wealth liquid to meet the new situation and those non-dependants who want to have adequate coverage in anticipation of a potential dependency.

Dependency insurance for non-dependants has developed very little, this being due to several causes. To allow its growth, different stimulation measures are proposed for its extension to the general population.

The great challenge for the insurance industry, especially life insurance, is to adapt to the new Solvency II directive. This directive represents a change in insurance risk perspective, both those arising from coverage and those from investments, completely changing the way in which insurance companies should assess them.

Sumario

1. Introducción.
 - 1.1. El origen de los seguros y su función social.
 - 1.2. El sector asegurador, clave para el futuro del bienestar.
2. Soluciones para cubrir riesgos vinculados a la dependencia desde las aseguradoras de vida.
 - 2.1. Introducción.
 - 2.2. Soluciones para los ya dependientes.
 - 2.3. La hipoteca inversa.
 - 2.4. El seguro de dependencia para no dependientes.
 - 2.4.1. El sector de seguros de vida hoy.
 - 2.4.2. Los seguros de dependencia hoy.
 - 2.5. Propuestas de mejora de las soluciones privadas ante el reto de la dependencia.
3. Dependencia y Solvencia II.
 - 3.1. Los seguros y los riesgos a los que hacen frente la industria Aseguradora.
 - 3.1.1. El riesgo de suscripción.
 - 3.1.2. Riesgo de mercado.
 - 3.1.3. Riesgo de crédito.
 - 3.1.4. Riesgo operacional.
 - 3.1.5. Riesgo de iliquidez.
 - 3.2. Los recursos propios y su función.
 - 3.3. ¿Qué es Solvencia II y cómo puede afectar a la industria del seguro?
 - 3.4. Solvencia II y su impacto posible en los seguros para dependencia.
 - 3.4.1. Seguros y productos para personas que necesitan hacer líquido un patrimonio y obtener una renta.
 - 3.4.2. Los seguros de dependencia para no dependientes.
 - 3.5. Conclusiones.
4. Bibliografía.

1. INTRODUCCIÓN.

1.1. El origen de los seguros y su función social.

Muchos datan el inicio de los seguros en aquellos relacionados con el tráfico marítimo. Estando la actividad sometida a fenómenos impredecibles como las tormentas, que producían aleatoriamente la pérdida de la carga y del barco, los propios armadores optaron por mutualizar sus riesgos para así limitar sus pérdidas y quiebras.

Mucho se ha avanzado desde entonces. Hoy la industria aseguradora ha crecido en importancia y abarca a todas las actividades de la vida.

A nivel macroeconómico, facilita la dispersión de los riesgos, transfiriéndolos a las compañías de seguro con lo cual aumenta la resistencia de las empresas frente a la adversidad.

También facilita a las personas una cobertura ante sucesos inesperados que causen un perjuicio grave como pueda ser un fallecimiento prematuro o una invalidez.

Muchos de estos seguros facilitan la vida cotidiana proporcionando una seguridad vital en la actividad.

Actividades tan comunes como ir a trabajar en el propio vehículo serían inconcebibles sin la existencia de seguros de responsabilidad civil obligatoria.

La actividad aseguradora también permite que los individuos consigan alcanzar metas de acumulación de ahorro pensando en la jubilación

y en otras contingencias, y asegurando a la vez la riqueza alcanzada frente a imprevistos.

Hoy por hoy la actividad aseguradora es clave para facilitar crecimiento económico y la prosperidad de los ciudadanos.

1.2. El sector asegurador, clave para el futuro del bienestar.

En Europa están operando unas 5000 entidades aseguradoras y reaseguradoras para dar cobertura a las actividades diarias y extraordinarias de la economía y las personas de la Unión Europea. Y, en el futuro, su relevancia será creciente. ¿Por qué?

Aunque el desempleo sea el mayor reto a corto plazo de este país, a largo plazo lo es el envejecimiento.

Hay que transmitir una muy buena noticia: el desempleo está en vías de solución. Al menos en el largo plazo.

El número de nacimientos en España se aproxima a los 425.000 al año. Dentro de unos veinte o veinticinco años, los retoños que acaban de nacer se incorporarán al mercado de trabajo en un país muy diferente al que ahora vemos. A largo plazo, con un cálculo simple, una economía en la que los empleados trabajen durante cuarenta años y tenga cohortes de edad de 425.000 personas, requiere aproximadamente unos 17 millones de empleos para alcanzar el pleno empleo más absoluto, hecho que nunca hemos visto hasta ahora.

Justamente ahora estamos muy cerca de esta cifra. Incluso en el medio de la crisis, el número de empleos de nuestra economía ronda los 17

millones. Por tanto, aunque no creásemos más empleos, se alcanzaría el pleno empleo de forma natural.

La feliz pero ingenua conclusión a la que llegar es que aunque ahora veamos el desempleo como un inmenso problema a corto plazo, que inequívocamente lo es, la demografía sopla como un viento favorable para su resolución a medio y largo plazo.

¿Debemos pensar en una sociedad idílica de pleno empleo donde casi el 100 por 100 de las mujeres y hombres en edad de trabajar estén ocupados? No, no debemos pecar de ingenuos. Este grupo de bebés que vinieron al mundo en 2013, cuando alcancen los cuarenta años de edad, alrededor de 2050, vivirán en un país de los más envejecidos del mundo.

En efecto, el tsunami gris de las pensiones registrará olas de más de 12 millones de pensionistas haciendo imposible financiar un sistema de pensiones como el actual. Muchos de ellos serán dependientes, implicando un coste elevado tanto para las familias como para las arcas públicas.

El estado del bienestar requerirá entonces que hoy diseñemos con antelación sistemas sostenibles de pensiones y de ayuda a los dependientes.

Debería ser un objetivo principal a largo plazo fortalecer la financiación de la dependencia tanto desde el plano público como en colaboración con las entidades aseguradoras, que pueden ser agentes que colaboren a sostener un nivel de bienestar elevado para el mayor número posible de ciudadanos.

Resulta también fundamental establecer criterios de solvencia reforzada para las entidades aseguradoras, que serán un pilar creciente para financiar las prestaciones vinculadas al envejecimiento. Por ello en este artículo dedicaremos una parte específica a Solvencia II como la realidad en la que desarrollará su actividad el sector asegurador en las próximas décadas.

2. SOLUCIONES PARA CUBRIR RIESGOS VINCULADOS A LA DEPENDENCIA DESDE LAS ASEGURADORAS DE VIDA.

2.1. Introducción.

Hablamos de soluciones y no de seguros, puesto que hay varios instrumentos de protección que no son productos aseguradores en sentido estricto.

Desde el punto de vista del asegurado, del cliente, existen dos grupos de características muy diferenciadas:

- Los ya dependientes, o que previsiblemente pueden serlo a corto plazo. Se trata de personas que ya han quedado en situación de dependencia y que necesitan hacer frente a gastos derivados de la nueva situación. Por tanto, fundamentalmente, necesitan productos que transformen riqueza ilíquida en líquida.
- Los no dependientes, que buscan protección frente a una contingencia posible en el corto, medio o largo plazo. Según las estadísticas aproximadamente una cuarta parte de la población se verá implicada en esta situación, mayormente a partir de los ochenta años de edad. Ahora bien, a un accidente o a una enfermedad que derive en situación de

dependencia estamos expuestos todos, todos los días.

2.2. Soluciones para los ya dependientes.

Cabe recordar que las compañías del ramo vida pueden tanto ser gestoras de planes de pensiones, asegurar riesgos de vida a corto y largo plazo, conceder hipotecas y realizar hipotecas inversas.

Existen varias soluciones en el ámbito asegurador. Las más conocidas son:

- Disponer de lo ahorrado previamente a través de planes de pensiones o de PPAAs.
- Seguro de renta vitalicia. El tomador paga la prima con un inmueble y a cambio recibe una renta vitalicia para hacer frente a su nueva situación.
- Hipoteca pensión asegurada. Sin necesidad de vender su vivienda, el cliente opta por pedir un crédito hipotecario convencional y con el importe (o parte de éste) contrata una renta vitalicia
- Seguro vivienda-pensión. El asegurado enajena la nuda propiedad de una vivienda y adquiere una renta de supervivencia inmediata. Por tanto se queda con el usufructo de la vivienda, pudiendo vivir en ella.
- Hipoteca inversa. El cliente recibe un capital o una renta vitalicia o temporal garantizando el pago con una hipoteca creciente sobre su vivienda.

Ninguna de las soluciones es la panacea. De hecho todas tienen ventajas e inconvenientes,

por lo que se requiere un asesoramiento profesional adecuado. Hay que tener en cuenta la liquidez del sujeto, las ventajas e inconvenientes fiscales, y las implicaciones que dejan a sus herederos.

La más sencilla útil es la primera: derivado de una planificación financiera acertada, todos deberíamos ahorrar para la jubilación y postjubilación a través de un plan de pensiones o equivalente. La mejor solución es tener ahorros disponibles suficientes para cuando se produzca la situación de dependencia. Y debería ser impulsado como forma de ahorro y riqueza para toda la población.

En España pensamos que las familias de más al norte, típicamente las alemanas, son mucho más ricas que las españolas. Sin duda tienen más rentas, porque hay más población activa empleada y el sueldo medio es más alto.

Sin embargo, el BCE reiteradamente realiza informes de riqueza de las familias europeas y

resalta la paradoja de que somos más ricos los europeos del sur.

La causa es algo más bien cultural: en el sur estamos obsesionados con adquirir vivienda en propiedad mientras que en el norte se ha desarrollado mucho más el alquiler. En consecuencia en el sur pedimos créditos hipotecarios, forzamos el ahorro familiar y nuestra riqueza se solidifica en forma de ladrillos.

Uno de los múltiples inconvenientes de esta forma de acumular riqueza es su iliquidez: no podemos pagar los gastos sobrevenidos por una situación de dependencia, por lo que hay que buscar fórmulas específicas.

Las soluciones para hacer líquida la riqueza enladrillada son varias. Habitualmente no se realiza un análisis comparado, por lo que resulta interesante ofrecer el cuadro adjunto que refleja como no existe una solución universal.

Diferentes soluciones para proveer de liquidez: ventajas e inconvenientes.

	Seguro de Renta Vitalicia	Hipoteca Pensión Asegurada	Vivienda Pensión	Hipoteca Inversa
Características	La renta vitalicia se constituye sobre un inmueble.	El cliente suscribe un crédito hipotecario y luego se contrata con este dinero una renta vitalicia.	El asegurado enajena la nuda propiedad de una vivienda y adquiere una renta de supervivencia inmediata.	El cliente recibe un capital o una renta vitalicia o temporal garantizado el pago con la vivienda habitual o inmueble.
Propietario	Se pierde la propiedad del inmueble.	No se pierde la propiedad del inmueble.	Se pierde la propiedad de la vivienda, pero tiene derecho a su uso y disfrute.	No se pierde la propiedad de la vivienda o inmueble.
Ventajas	El propietario deja de tener los gastos asociados a la vivienda como son el IBI, la comunidad o los seguros de hogar.	El crédito puede tener un periodo de carencia hasta el fallecimiento del beneficiario. Se puede ampliar el crédito si se revaloriza el inmueble.	El propietario deja de tener los gastos asociados a la vivienda como son el IBI, la comunidad o los seguros de hogar.	Es la operación con mejor tratamiento fiscal. Las rentas están exentas de tributación en la declaración de la renta. No se pierde el uso y disfrute de la vivienda o inmueble.
Desventajas	Las rentas percibidas tributan como rentas vitalicias en el IRPF. No se contempla la revalorización del inmueble.	Los intereses de la deuda deben ser pagados por el propietario de la vivienda. La pensión tributa como renta vitalicia en el IRPF.	Las rentas percibidas tributan como rentas vitalicias en el IRPF.	Las rentas no suelen actualizarse con el IPC.
Herederos	El inmueble no se puede transmitir a los herederos. La mayoría de las entidades para evitar problemas con los herederos suelen pedir su conformidad.	Pueden hacer frente a la deuda del acreedor, vendiendo la casa o pagando la cantidad dispuesta del crédito.	Los herederos no pueden acceder a la propiedad del inmueble. La mayoría de las entidades para evitar problemas con los herederos suelen pedir su conformidad.	Son los propietarios de la vivienda hipotecada. Pueden dejar que la entidad venda el inmueble y recupere el dinero de las rentas, o que éste sea pagado por los herederos para obtener el inmueble.

Como se aprecia hay dos grandes soluciones: bien vender la propiedad del inmueble, bien constituir una hipoteca sobre el mismo.

En el caso de la venta esta puede ser directamente a la compañía aseguradora o a un tercero.

Desde luego requiere de una tasación independiente de forma que no haya un conflicto de interés, sobre todo si el adquirente es la compañía aseguradora.

El caso especial de la vivienda pensión se produce cuando se vende la nuda propiedad pero se mantiene el usufructo. Dado que la dependencia muchas veces deriva en la necesidad de

ser atendido en un centro especializado, esta solución presenta algún inconveniente adicional. Además el tema de valorar la nuda propiedad resulta especialmente complejo dado que ésta depende del valor del inmueble menos el valor actual de la renta vitalicia de supervivencia.

En el caso de la hipoteca pensión asegurada, obtener la misma muchas veces choca con el interés de las entidades financieras de otorgar hipotecas a largo plazo a gente joven.

La hipoteca inversa es una solución específica para hacer líquida una vivienda, y relativamente reciente, por lo cual me detendré en ella especialmente.

2.3. La hipoteca inversa.

La hipoteca inversa es un producto financiero no específico para los dependientes, sino para todos aquellos que deseen percibir liquidez gradualmente.

Es un instrumento financiero que tiene como finalidad transformar el valor de una vivienda o inmueble sin necesidad de abandonarlo ni de perder la propiedad del mismo. Pueden concederlas tanto las entidades de crédito como las aseguradoras de ramo vida autorizadas a operar en España.

Se constituye a través de un contrato mediante el cual una entidad de crédito o aseguradora (entidad acreedora) pone a disposición de una persona (deudor) un capital (crédito) bien periódicamente o de una sola vez, quedando la obligación de reembolsar el capital garantizado a través del inmueble.

Como característica extraordinaria, el reembolso del capital y los intereses que se hayan generado sólo serán exigibles una vez fallecido el deudor.

Las hipotecas convencionales se utilizan para garantizar la compra de un inmueble y el deudor se suele obligar a devolver el préstamo hipotecario en cuotas periódicas durante varios

años. Por tanto en la hipoteca convencional el capital pendiente de amortizar es máximo al principio y va decreciendo hasta extinguirse.

En la hipoteca inversa la operación es la opuesta. El deudor recibe a plazos o de una sola vez (menos frecuente) el crédito. Este crédito vence al momento del fallecimiento del deudor, no pudiendo el acreedor reclamar el pago o ejecutar la hipoteca hasta ese momento.

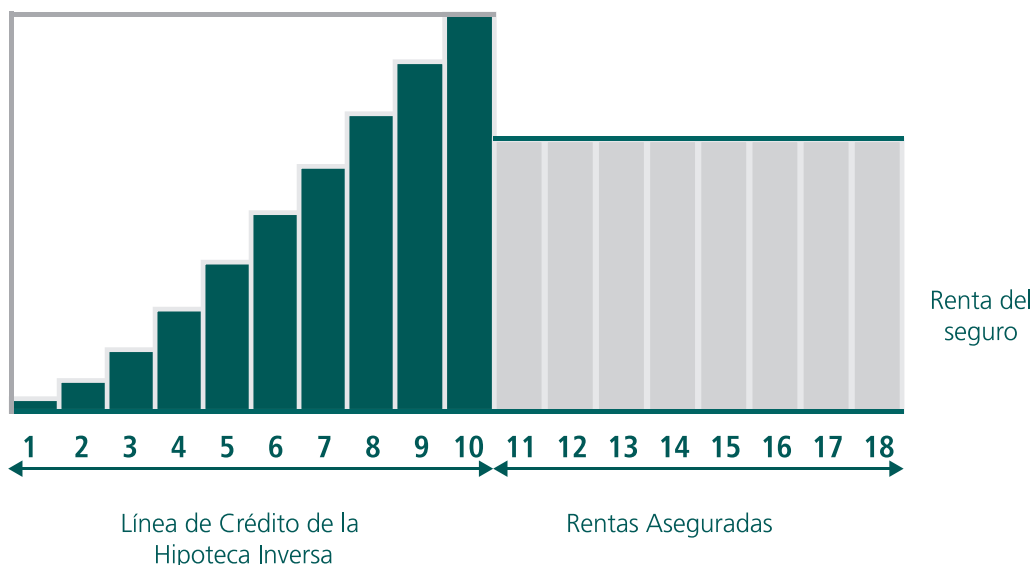
El deudor no pierde en ningún momento la propiedad y debe seguir haciendo frente a los gastos y obligaciones derivadas de la misma.

Cuando el deudor recibe a plazos el préstamo, este crece, de forma que podemos ver la hipoteca inversa como una hipoteca escalera. El crédito lógicamente tiene un máximo y por tanto la hipoteca inversa es una hipoteca en forma de escalera.

Cuando se alcanza el máximo previsto de crédito, no se puede seguir aumentando. Para el supuesto de que el deudor viva en ese momento, el complemento idóneo es contratar conjuntamente una hipoteca inversa junto con un seguro de rentas vitalicias diferidas que garantice la percepción de las rentas hasta el fallecimiento del deudor, independientemente de la duración del contrato de la hipoteca inversa.

Perfil de la Hipoteca Inversa.

Disposición Hipotecaria



Es posible suscribir una hipoteca inversa sobre un inmueble distinto al de la vivienda habitual. Ahora bien, en ese caso no se aplicará la ley 41/2007 y por tanto el cliente no obtendrá las ventajas fiscales en relación con las rentas percibidas de este producto ni su especial protección jurídica.

La hipoteca inversa protegida por la ley 41/2007 conlleva las siguientes ventajas fiscales:

- Su constitución, subrogación, novación modificativa y cancelación están exentas del Impuesto sobre Transmisiones y Actos Jurídicos Documentados.
- Existe una reducción en los derechos arancelarios notariales y una bonificación para las inscripciones registrales
- Las rentas que se perciben derivadas de la hipoteca inversa están exentas del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas.

Finalmente, los herederos no adquieren una responsabilidad personal de pagar el crédito.

Cuando el deudor fallece, los herederos eligen entre:

- Quedarse con la vivienda y cancelar el préstamo, si poseen recursos para hacer frente.
- Obtener una hipoteca para mantener la propiedad y amortizar ese nuevo crédito hipotecario.
- Vender la vivienda para pagar el crédito y quedarse con el remanente.
- Esperar que el acreedor ejecute la hipoteca, saldando la deuda. Si no fuese suficiente el banco iría contra otros bienes de la herencia hasta saldar el crédito.

2.4. El seguro de dependencia para no dependientes.

2.4.1. El sector de seguros de vida hoy.

La realidad del sector de los seguros de vida en España es la de un área en expansión. Ha superado la crisis económica y gana interés como opción de ahorro e inversión en la cartera de las familias españolas.

Según la reciente nota de UNESPA el seguro de Vida está gestionando ahorro de sus clientes por un valor global de 195.573 millones de euros al finalizar el cuarto trimestre de 2013. De esa cantidad, 161.610 millones corresponden a productos de seguro y el resto, 33.963 millones, a patrimonio de partícipes de planes de pensiones gestionados por entidades aseguradoras.

Las provisiones, o saldo del ahorro de los clientes gestionado por el seguro de vida, se elevan a 31 de diciembre de 2013 a 161.610 millones de euros, lo que representa un crecimiento del 3,48% interanual, siendo un resultado meritorio en el contexto económico de 2013.

El ahorro gestionado por el seguro de vida individual ha crecido desde enero un 5,34% mientras que el seguro de vida colectivo registró un decrecimiento del 1,55%. Este comportamiento dispar refleja el que los españoles ahorren más en sus economías familiares a través de los seguros, mientras que las empresas reducen plantillas e indemnizan usando los seguros colectivos como vehículos idóneos.

Los PIAS, Planes individuales de Ahorro Sistemático, superan los 4.335 millones de euros en ahorro gestionado, registrando un crecimiento interanual del 36,33%, aunque aún son una fórmula poco generalizada de ahorro a largo plazo.

Los Planes de Previsión Asegurados (PPAs), sistemas de previsión social que se diferencian de los planes individuales por asegurar rentabilidad y utilizar técnicas actuariales, han crecido un 14,13%, registrando un ahorro gestionado de 12.786 millones de euros, por encima de lo que han crecido los PPIs.

Modalidades, número de asegurados y provisiones técnicas -Total Seguro Vida-

	MODALIDADES	NÚMERO DE ASEGURADOS			PROVISIONES TÉCNICAS		
		A 31/12/2013	▲ interanual	▲ desde enero	A 31/12/2013	▲ interanual	▲ desde enero
SEG. RIESGO	Total Seguros de Riesgo	21.087.879	-4,64%	-4,64%	6.248.704.997,82	-3,01%	-3,01%
DEPENDENCIA	Total Seguros de Dependencia	21.724	10,71%	10,71%	8.278.830.,83	20,85%	20,85%
SEGUROS DE AHORRO/ JUBILACIÓN	Planes de Previsión Asegurados	1.040.144	8,25%	8,25%	12.785.992.412,70	14,13%	14,13%
	Capital Diferido	3.672.443	-6,21%	-6,21%	40.124.422.812,95	-0,06%	-0,06%
	Rentas	2.817.309	0,41%	0,41%	80.169.906.704,72	2,93%	2,93%
	P.I.A.S.	892.990	22,84%	22,84%	4.335.673.404,40	36,33%	36,33%
	Vinculados a Activos	991.888	-5,07%	-5,07%	18.938.146.821,13	3,27%	3,27%
	TOTAL SEGUROS DE AHORRO	9.414.774	-0,42%	-0,42%	168.364.142.166,90	3,71%	3,71%
	TOTAL VIDA	30.634.177	-3,30%	-3,30%	161.610.128.084,86	3,48%	3,48%

2.4.2. Los seguros de dependencia hoy.

Del cuadro anterior se pueden extraer varias conclusiones acerca de los seguros de dependencia, pero la fundamental es que apenas tienen un carácter testimonial. Con menos de 22.000 asegurados y unas escuálidas provisiones matemáticas de 6 millones de euros, podemos afirmar que seguimos aún en la casilla de salida.

Existen varias causas para este infradesarrollo asegurador:

- Este seguro tiene su sentido como ayuda al copago. Hasta tanto los ciudadanos no sepan claramente cómo y cuánto van a tener que pagar ante una situación de dependencia, resulta difícil planificar el importe a cubrir por el seguro privado complementario.
- La población en general desconoce la existencia de este producto específico.

- Lo que es más preocupante, se ofrece escasamente por los mediadores de seguros, asesores financieros, redes bancarias.
- Solvencia II plantea dudas acerca del coste de capital futuro de un producto como éste, como se comenta más adelante en este artículo.
- El diseño fiscal del producto mejoraría con algunos ajustes.

Desde luego, no cabe la menor duda de la necesidad del producto asegurador. Desde el momento en que la ley establece obligatoriamente un copago, el dependiente debe tener una cobertura adicional. El sector asegurador cuenta con la experiencia y los recursos necesarios para atender a esa necesidad.

No existe un único formato estándar de estos seguros en España. Las principales características de los seguros de vida para la dependencia son:

- Coberturas del seguro:

a) Gran dependencia y dependencia severa. La dependencia moderada no suele incluirse porque la prima pagada no es deducible en el IRPF.

b) Fallecimiento. Para evitar el efecto de seguro a fondo perdido, en caso de que el asegurado fallezca sin quedar dependiente, los beneficiarios perciben un capital, que en algunos casos se define como la suma de las primas pagadas por el asegurado hasta el momento del fallecimiento.

- Forma de cobro de la prestación: típicamente en forma de renta vitalicia, si bien el diseño admitiría adicionalmente cobro en forma de capital o una prestación mixta. Las rentas pueden ser constantes o crecientes.

- Carencia: es un período mínimo que debe transcurrir entre el alta del asegurado y la declaración de la dependencia. Si se produce durante este período, lo normal es que el asegurado perciba el reembolso de las primas pagadas.

- Aportaciones en favor de terceros: es factible en este seguro

- Edad mínima y máxima: La edad mínima suele ser la de mayoría de edad, la máxima varía en cada aseguradora, pero suele coincidir con la edad normal de jubilación.

- En caso de impago de primas se suele producir una reducción proporcional de las prestaciones aseguradas.

- Cuestionario de salud: hasta la fecha las declaraciones de estado de salud son relativamente sencillas y livianas. Suelen estar vinculadas con los requisitos de reaseguramiento.

Finalmente, una cuestión recurrente que se plantean los potenciales asegurados es ¿a qué edad es recomendable contratar el Seguro de Dependencia?

Tres cuartas partes de los dependientes se producen a partir de los sesenta y cinco años de edad. Y una quinta parte entre los cuarenta y cinco y sesenta y cinco años. La edad ideal para contratar este seguro es en el entorno de los cuarenta años de edad por varias razones:

- Por la propia previsión ante una contingencia que puede producirse en cualquier momento.

- A los cuarenta años de edad las primas de este tipo de seguro son muy afrontables por una economía familiar media.

- Por obtener ventajas fiscales en el momento de la vida de máximos ingresos.

- Porque, como en todo seguro de vida riesgo, es conveniente suscribirlo antes de tener las pequeñas e inevitables goteras en la salud (sobrepeso, tensión alta, colesterol, glucosa) que dificultan la asegurabilidad y elevan la prima. Mejor y más barato anticiparse y asegurarse más joven.

2.5. Propuestas de mejora de las soluciones privadas ante el reto de la dependencia.

Sabiendo que:

- La atención a la dependencia es el gran pilar en construcción de nuestro estado del bienestar.
- La dependencia va a tener un desarrollo exponencial derivado de un proceso de envejecimiento imparable en las próximas cuatro décadas.
- Este sector de servicios constituye hoy y será más importante en el futuro uno de los grandes filones de empleo, muy intensivo en mano de obra.
- Los ajustes de gasto público son necesarios e impuestos por nuestra pertenencia a la Unión Europea y existe poco margen para ampliar gasto público.
- La propia Ley fija en el artículo 33 la necesidad de un copago y consiguientemente que el desarrollo actual de las soluciones privadas para la dependencia son fundamentales para complementar los ingresos de los dependientes.
- Sin embargo su dimensión actual es insuficiente para afrontar los retos de la dependencia .

Todo lo anterior nos induce a proponer reformas.

Dentro del ámbito de las soluciones privadas para la dependencia propondría las siguientes:

1. Un primer objetivo es la extensión rápida y efectiva de la cobertura básica de dependencia a grandes capas de la población. Se trata de sensibilizar a los ciudadanos, facilitar la competencia en el aseguramiento y su eficiencia. Posibles medidas:

- Siguiendo el modelo alemán, establecer una obligatoriedad de contratar un seguro de dependencia (público o privado) para los mayores de 50 años de edad. Con un buen tratamiento fiscal del cobro de las prestaciones y con la posibilidad de subvencionarlo a las personas que no alcancen unos ingresos mínimos.
- Favoreciendo su desarrollo mediante la inclusión en los convenios colectivos sectoriales, por ejemplo haciendo que las aportaciones empresariales a seguros de dependencia no tributen como rendimiento del trabajo en especie.

2. Un segundo objetivo consiste en difundir, sensibilizar a las personas para que se aseguren voluntariamente una cobertura complementaria. Para ello habría que tomar diferentes medidas:

- Que los bancos y entidades financieras relacionadas con la previsión social ofrezcan a sus clientes esta cobertura al menos con ocasión de alcanzar una edad determinada, 50 y 60 años.
- Desarrollar un seguro combinado de previsión social que incluya vida riesgo, incapacidad y dependencia con ventajas fiscales en el IRPF. Permitir que sea un elemento adicional de los planes individuales y PPAs.

- Aplicar coeficientes reductores a las prestaciones de los seguros de dependencia, actualmente las prestaciones tributan casi íntegramente en el IRPF, la más gravosa de las tributaciones posibles.
- Impulsar el ahorro finalista para la dependencia. Para ello exonerar de tributación las prestaciones de planes de pensiones, PPA y PPSE si se destinan a un seguro de dependencia.
- Exención total o parcial de la tributación de las plusvalías cuando se empleen en suscribir un seguro de dependencia.
- Elevar los límites de aportación máxima deducible para los seguros de dependencia a prima única.
- Favorecer los seguros de dependencia en favor de terceros, para lo cual establecer un límite de deducción en el IRPF para las aportaciones propias y otro adicional para las efectuadas en favor de terceros.

3. Un tercer objetivo radica en favorecer, impulsar, desarrollar soluciones como la hipoteca inversa. En un país en el que las familias acumulan mayor riqueza que en otros más prósperos del norte europeo, pero en el que éstas invierten obsesivamente en inmuebles, la hipoteca inversa debe generalizarse. Para ello, dos medidas son clave:

- Dentro del copago, una fórmula básica debe establecer un procedimiento sencillo, rápido y poco costoso para que por el propio estado se garantice el copago de forma casi automática estableciendo hipotecas inversas sobre los inmuebles de los depen-

dientes. De esta forma se facilita el acceso económico de los dependientes a los servicios que necesitan y el estado no se grava con una carga elevada.

- Tras la jubilación, toda persona que tenga inmuebles debería tener acceso a una hipoteca inversa sobre su vivienda habitual por un mínimo garantizado. Para ello el estado debería ser el prestamista de último recurso en condiciones de mercado, de forma que se generalice como una fórmula eficaz y eficiente.

3. DEPENDENCIA Y SOLVENCIA II.

3.1. Los seguros y los riesgos a los que hacen frente la industria aseguradora.

Siempre es conveniente recordar que los riesgos son de dos tipos: asegurables y no asegurables.

Para un asegurador, lo verdaderamente importante es que el riesgo sea cuantificable tanto en distribución de la probabilidad de ocurrencia, como en daño ocasionado.

Cuando no lo es, existe incertidumbre, el riesgo como es una figura borrosa en la niebla y por tanto no se puede asegurar frente a lo desconocido.

Por todo lo anterior, los seguros deben definir un conjunto claramente estipulado de riesgos y eventos cubiertos, que permitan delimitar claramente qué está incluido.

Cuando la probabilidad del suceso es baja pero sus consecuencias son catastróficas, por ejemplo un terremoto, la capacidad de responder de

los aseguradores es limitada y han de recurrir a fórmulas como las del Consorcio de Seguros.

Como mecanismos que facilitan el aseguramiento y su eficiencia, los aseguradores prefieren diversificar sus riesgos entre diferentes eventos cubiertos poco correlacionados entre sí, les convencen más muchos riesgos pequeños a unos pocos grandes, buscan diversificar riesgos geográficamente y en diferentes ramos de la economía.

Aunque estamos acostumbrados a ver los riesgos desde el punto de vista del asegurado, las propias compañías tienen un conjunto de riesgos intrínsecos derivados de su propia naturaleza.

Siguiendo la clásica estructuración de los riesgos de la Asociación Internacional de Actuarios, los riesgos se clasifican como.

- Riesgo de Suscripción.
- Riesgo de Mercado.
- Riesgo de Crédito.
- Riesgo operacional.
- Riesgo de liquidez.

3.1.1. El riesgo de suscripción.

El riesgo de suscripción es típicamente asegurador. Todos hemos visto que antes de que una compañía proponga una prima a un tomador, hace preguntas. Estos cuestionarios buscan determinar las claves de la aceptación o no del riesgo propuesto y su cuantificación adecuada, como paso previo a la determinación de la prima.

Por lo tanto, los criterios de selección son claves para determinar una prima consistente

con el riesgo asumido. No es lo mismo asegurar un edificio valorado en 1 millón de euros, que otro valorado en 10 millones. Como no es lo mismo que esté en zona inundable o no, que tenga una altura o veinte pisos.

En los seguros de vida, ante las contingencias de fallecimiento o invalidez es clave la no existencia de enfermedades graves preexistentes, y factores como el IMC (índice de masa corporal) que señalan posibles riesgos de fallecimiento prematuro.

Aunque en general hablamos de riesgos en vida, estos tienen dos caras, como las monedas.

De una parte tenemos los riesgos vinculados a eventos imprevisibles y emergentes (un fallecimiento o una incapacidad que ocurre en muy poco tiempo). Son los seguros de vida riesgo tradicionales.

De otra parte tenemos el riesgo de longevidad que se traduce en que cuando un asegurador se obliga a pagar una renta vitalicia, el actuario suele tener en cuenta la esperanza media de vida del asegurado. Si éste logra exceder la cifra mágica derivada de las tablas actuariales, la compañía incurre en pérdidas crecientes en función del exceso de longevidad sobre el previsto.

Como es notorio, la longevidad creciente de nuestra sociedad es un bien social y una pesadilla para las compañías aseguradoras de rentas vitalicias. Entre otras razones, porque los compromisos que adquiere una aseguradora cuando acepta un riesgo de longevidad pueden alargarse más allá de 80 años. Pensemos lo que ha cambiado nuestro país desde 1934: la república, la guerra, los años de penurias de

la posguerra, la recuperación de los 50, el desarrollismo de los sesenta, las crisis económicas del petróleo de 1973 y 1979, la democracia, la movida de los ochenta, incorporarnos a Europa, las dos guerras del Golfo, las torres gemelas y la guerra del terrorismo, la década prodigiosa y la crisis financiera mundial. Ochenta años es mucho tiempo.

Y la sociedad ha cambiado de forma paralela, de una sociedad rural, con alto grado de analfabetismo, con graves carencias sanitarias a un modelo como el actual de sociedad urbana, de servicios, con alta formación, alto consumo y bien alimentada.

En consecuencia, resulta muy difícil asegurar horizontes tan prolongados en el tiempo.

Por ejemplo, en Alemania 1990 los actuarios se dieron cuenta que las pólizas de rentas vitalicias adolecían de tres fallos:

- La tendencia a una creciente longevidad había sido infraestimada.
- Las tablas ignoraban la selección adversa o antiselección que se produce cuando el asegurado elige en el momento de la jubilación, si prefiere cobrar en forma de renta o de capital. Lo normal es que las personas que consideren que su estado de salud es malo prefieran cobrar en capital, mientras que los que están fuertes como robles, prefieran cobrar en forma de renta. Dar esta opción al asegurado tiene un coste elevado para el asegurador.
- Las tablas estimaban una edad máxima límite de los asegurados de 100 años de edad. Estos tres elementos podrían haber genera-

do la quiebra generalizada de entidades aseguradoras ante la falta de recursos propios para hacer frente a tal déficit de provisiones. No ocurrió puesto que, como afectaba a todo el sector, fue el gobierno el que intervino facilitando la resolución tutelada del problema.

Resulta instructivo recordar que en la longevidad hay dos riesgos: el riesgo de modelización incorrecta (suponer que las personas no van a vivir más allá de 100 años) y el riesgo paramétrico, de infraestimación de la tasa de crecimiento de la edad media de vida.

Además tenemos un tercer riesgo, la volatilidad de la muestra, ya que inexplicablemente hay años en que se produce más mortalidad que otros. Finalmente existe un riesgo que es el de riesgo catastrófico derivado de epidemias (pensemos en la gripe pandémica de 1918) o en el derivado de la actividad humana (Fukushima). Este riesgo catastrófico es favorable en el caso de las rentas vitalicias, dado que reduce la longevidad.

Para evitar que un exceso de siniestralidad se lleve por delante a las compañías de seguro, éstas deben constituir capitales que permitan hacer frente a una eventual siniestralidad extrema.

3.1.2. Riesgo de mercado.

Para los aseguradores del ramo vida, especialmente aquellos que toman riesgos a largo plazo, como planes de jubilación o seguros de dependencia de rentabilidad garantizada, el riesgo de mercado es fundamental.

Cuando se aseguran capitales o rentas a obtener dentro de años o décadas, basadas en el

aporte de primas previas al derecho de cobro de las prestaciones, las compañías de seguro suelen asegurar al menos un tipo de interés mínimo. Una vez cerrada la operación, las primas deben ser invertidas en activos financieros, inmuebles, etc. Es aquí dónde entra en juego el riesgo de mercado. Los mercados abiertos, como por ejemplo la bolsa, son por su propia naturaleza, volátiles. Según diversas teorías,

nunca suficientemente contrastadas, a largo plazo se obtiene más rentabilidad si se invierte con mayor riesgo. Por ello en horizontes largos, resulta menos rentable la inversión en tesorería que en renta fija a medio o largo plazo. Y las acciones son más rentables, al precio de asumir mayor riesgo financiero.

Volatilidad histórica de diferentes activos financieros.

ACTIVOS	VOLATILIDAD HISTÓRICA
Corto plazo (< 1 año)	0,40%
EFFAS 1-3 ESP.	2,87%
EFFAS 3-5 ESP.	4,98%
EFFAS 5-7 ESP.	6,41%
EFFAS 7-10 ESP.	7,58%
EFFAS >10 ESP.	10,51%
EFFAS 1-3 ESP.	1,61%
EFFAS 3-5 ESP.	2,86%
EFFAS 5-7 ESP.	4,00%
EFFAS 7-10 ESP.	5,06%
EFFAS >10 ESP.	7,42%
RF EMERGENTE	8,96%
RV EURO	18,37%
RV ESPAÑOLA	20,50%
RV EE.UU.	14,75%
RV EMERGENTE	23,32%
INV. ALTERNATIVAS (*)	2,00%

A su vez se ha desarrollado toda una industria que atribuye un rating, un nivel de solvencia, a cada emisor. La técnica consiste en evaluar a cada emisor y, por así decirlo, ponerle una nota. Después se trata de aplicar una matriz de transición de estados que permita estimar la solvencia futura del emisor a diferentes plazos.

De esta forma aunque hoy invirtamos todas las primas en un activo de la mejor cualificación, por ejemplo Deuda pública alemana, el inversor debe ser consciente de que la solvencia del emisor puede degradarse a lo largo del tiempo. Lo que hoy es sólido dentro de una década puede serlo menos y e incluso suspender el pago.

Rating actual de deuda de diferentes países a 10 años y de sus rentabilidades. Bonos 10 años gobierno.

PAIS	TIR	RATING
ESPAÑA	3,53%	BBB-
ITALIA	3,61%	BBBU
FRANCIA	2,28%	AA+
ALEMANIA	1,69%	AAA

A su vez, cuando se invierten primas a largo plazo, existe un riesgo abierto de que los tipos de interés fluctúen y ello impacte asimétricamente en el activo y en el pasivo de la entidad aseguradora. Como las prestaciones están diferidas en el tiempo más que las aportaciones, una subida de tipos de interés (manteniéndose el rating de los activos) perjudica la valoración a mercado de los activos pero reduce aún más el valor actual de las prestaciones, por lo que favorece a la solvencia de la entidad.

Otro riesgo incluido por Solvencia II dentro de los riesgos de mercado es el riesgo de spread de crédito, que se deriva de que una empresa o un sector aumente el tipo de interés que tiene que pagar por sus emisiones de bonos derivado de una mala valoración desde la perspectiva del mercado. Pensemos en, por ejemplo, el spread que temporalmente sufrió todo el sector de operadoras telefónicas en Europa cuando hace una década pagaron precios exorbitantes por adquirir licencias para la tecnología 3G que además padeció retrasos en su implantación. Todo el sector fue puesto en cuestión, aumentó el spread temporalmente, aunque finalmente las aguas retornaron a su cauce.

Sin embargo en operaciones a largo plazo la realidad nos dice que no podemos invertir a treinta, cuarenta o cincuenta años vista puesto que no hay emisiones líquidas y solventes para esta operación. Habitualmente la duración de las inversiones del activo es menor a la duración de las prestaciones comprometidas del pasivo del balance. Ello comporta un riesgo de reinversión.

Finalmente existe un riesgo elevado cuando una entidad asegura una rentabilidad futura para las primas futuras a cobrar. Cuando las primas ya están cobradas, se decide y se conoce la rentabilidad previsible de las mismas, pero

asegurar rentabilidad a largo plazo de primas que se recibirán en el futuro implica asumir un riesgo de que los tipos a los que se pueda invertir en el futuro sean los suficientes para los compromisos asumidos con los asegurados.

3.1.3. Riesgo de crédito.

La mayor parte de las inversiones de las empresas de seguros es en bonos. A nivel internacional, suelen ser bonos emitidos por empresas, bonos corporativos.

En estos bonos, el mayor riesgo es que la empresa no pague los intereses o no devuelva el capital al vencimiento del bono. Ilustrémoslo con un ejemplo simple.

Supongamos que una entidad de seguros invierte 100 millones de euros a 10 años, 1 millón en cada una de 100 empresas, todas con el mismo rating, con una rentabilidad idéntica del 5% TAE. Por tanto una cartera diversificada que obtiene un 5 por ciento de rentabilidad. Al menos en teoría. Una gestión adecuada descontará que la rentabilidad esperada cambia. Por diferentes razones:

- Es altamente probable que alguna de estas empresas impague en el plazo de 10 años y no logremos la devolución del capital invertido. Es el riesgo de default. Supongamos que es probable que en media dos de esas empresas impaguen en el plazo de 10 años. La rentabilidad esperada de esta cartera no puede ser el cinco por ciento, intuitivamente debe ser algo más parecido al tres por ciento.
- Además es altamente probable que alguna de estas empresas mejore su rating, y otras lo empeoren. Por tanto, periódicamente hay

que evaluar los cambios en los ratings para determinar si las probabilidades de impago crecen o decrecen a lo largo del tiempo.

Por tanto el riesgo de crédito implica cuantificar el riesgo de default, bajada de rating y cambios en el mismo durante el horizonte contemplado de la duración de la inversión.

La metodología al uso para evaluar este riesgo de crédito es similar a la actuarial de seguros generales y a la empleada en los créditos que otorgan los bancos.

Básicamente se estima una probabilidad de default (PD), por la pérdida estimada en caso de que se produzca el default (lost given default LGD) y la parte que podrá recuperarse una vez finalizado el proceso de impago (EAD).

Las probabilidades dependen no sólo del rating de cada empresa al momento inicial, sino también de la matriz de transición de cambios en el rating y por tanto el riesgo de crédito crece con la duración media de la inversión.

3.1.4. Riesgo operacional.

Es un riesgo emergente, en el sentido de que empieza a considerarse como una categoría en sí misma y que requiere de un consumo de capital.

Lo podemos definir como el riesgo de tener pérdidas derivadas del mal funcionamiento de los procesos, los sistemas, las personas o eventos externos.

Es por tanto un asunto poco estructurado, incómodo, difícil de cuantificar, donde las entidades deben colaborar para conseguir los datos

de las pérdidas por riesgo operacional en el sector.

Una característica peculiar es que, a diferencia de los riesgos financieros, más riesgo no da lugar a más rentabilidad esperada. Sólo los procesos, planes de contingencia y procedimientos pueden mitigar estos riesgos.

3.1.5. Riesgo de iliquidez.

La mejor imagen del riesgo de iliquidez es la que vimos durante la crisis bancaria reciente. En algunos bancos y en ocasiones puntuales se formaron colas de clientes prestos a recuperar cuanto antes sus depósitos. Para los bancos el riesgo de iliquidez es aterrador puesto que suele disparar las crisis bancarias, en forma de estampida.

En el extremo opuesto tenemos a los fondos de pensiones. Dado que sólo pagan cuando se produce una pensión, el riesgo de iliquidez es bajo (salvo que se haya calibrado mal o se invierta en activos ilíquidos una parte elevada de los activos).

Las compañías de seguros de vida tienen un riesgo de liquidez intermedio. De una parte invierten a largo plazo, generalmente en activos cotizados en los mercados y que por tanto se pueden vender en caso necesario. De otra parte, los vencimientos de los productos de vida ahorro suelen ser previsibles y congruentes en plazo con las inversiones financieras realizadas.

Sin embargo, las empresas de seguros tradicionalmente tienden a invertir en inmuebles. No es tan sencillo desprenderse rápidamente de estas inversiones sin incurrir en pérdidas.

Las compañías de seguro de no vida no suelen tener problemas relevantes, puesto que cobran las primas antes de pagar los siniestros y sus inversiones suelen ser a corto plazo y líquidas.

3.2. Los recursos propios y su función.

Las empresas normales, que fabrican clavos o producen abonos inorgánicos, necesitan una cierta infraestructura, locales, máquinas, ordenadores y todo ello requiere un capital mínimo.

En la industria del seguro también requiere de una infraestructura, oficinas, ordenadores pero la gran diferencia respecto a empresas convencionales es que las empresas financieras que asumen riesgos requieren específicamente de un capital, de unos recursos propios mínimos.

Los recursos propios se pueden contemplar desde tres perspectivas:

- Desde el punto de vista del accionista: el que ha puesto los recursos.
- Desde el punto de vista de quien evalúa externamente su solvencia: las agencias de rating.
- Desde el punto de vista del regulador, que busca proteger a los consumidores y ahorradores y que necesita evitar una crisis sectorial. Para ello exige un capital mínimo estándar, estimado de una forma homogénea, que es el capital regulatorio.

Desde el punto de vista de los accionistas y de las agencias de rating los recursos propios

deben ser los suficientes para evitar la quiebra de la empresa. Los accionistas, dueños de la empresa, deben decidir cuál es el perfil de riesgo que desean para su empresa y constituir el capital económico con el que se sientan cómodos. A más recursos propios, más capacidad de absorber pérdidas inesperadas y por tanto menos probable es la quiebra. Pero, a su vez, mucho capital implica que los accionistas obtengan menos rentabilidad de su inversión. Poco capital, implica problemas graves e insolvencia.

A diferencia del capital económico, Solvencia II requiere un capital regulatorio para que la probabilidad de ruina sea del 0,5%. Dicho en otros términos, que en media sólo uno de cada 200 años se produzca una quiebra. Claramente se aprecia que es muy exigente, por cuanto la esperanza media de vida de cualquier empresa es muy inferior a dos siglos.

3.3. ¿Qué es Solvencia II y cómo puede afectar a la industria del seguro?

Hasta ahora en Europa las directivas de solvencia en aseguradoras han requerido unos recursos propios fáciles de calcular pero que adolecían de no contemplar la magnitud ni la interrelación de los riesgos implicados.

En vida, donde el consumo de recursos propios resulta especialmente elevado, se requiere un cuatro por ciento de las provisiones matemáticas, que en el caso de los seguros unit linked (donde el riesgo financiero lo asume el tomador) baja al uno por ciento. Dependiendo de lo que decidan los accionistas como política de empresa, un cuatro por ciento de recursos propios suele llevar aparejado un coste de capital a tener en cuenta en los gastos del seguro del orden del 0,4 o 0,5 por ciento sobre

provisión matemática. En un ejemplo simple, si tenemos un seguro de vida ahorro de 100 millones de euros, se requiere unos recursos propios de 4 millones de euros propiedad de los accionistas que demandan en torno a 400.000 o 500.000 euros por el uso de su capital.

En los seguros de vida riesgo, el importe gira sobre el capital en riesgo, que varía mucho con cada tipo específico de seguro y con cada colectivo. En orden de magnitud, el capital regulatorio no supera el 40 por ciento del importe de las primas de vida riesgo de forma que se requiere recargar las primas menos de un 5 por ciento como coste de capital. De forma intuitiva aunque inexacta, si tenemos 10 millones en primas, requerirán a los accionistas un capital de 4 millones de euros, por lo que deben recibir (como coste de capital) en torno a 400.000 o 500.000 euros, lo cual implica recargar las primas puras de riesgo entre un 4 y 5 por ciento para cumplir con el coste de capital.

Todo esto cambia con Solvencia II. La ponderación de los riesgos de mercado, de crédito, de iliquidez ganan peso bajo Solvencia II.

El riesgo de longevidad, el sobrevivir por encima de lo previsto por el actuario, emerge como un riesgo fundamental que debe ser cubierto por los recursos propios.

Todo esto impactará fuertemente en los seguros que operan alrededor de la dependencia.

3.4. Solvencia II y su impacto posible en los seguros para dependencia.

3.4.1. Seguros y productos para personas que necesitan hacer líquido un patrimonio y obtener una renta.

Siguiendo el esquema del segundo apartado ¿cuál es la necesidad de constituir recursos propios bajo Solvencia II?

Depende de la nueva ponderación de los riesgos implicados.

Todo seguro que garantice una renta vitalicia pura de supervivencia debe aparcar un importe adicional de recursos propios, por lo que su coste podría volverse prohibitivo.

Riesgos de diversas soluciones financieras y aseguradoras.

RIESGOS	SEGURO DE RENTA VITALICIA	HIPOTECA PENSIÓN ASEGURADA	VIVIENDA PENSIÓN	HIPOTECA INVERSA
LONGEVIDAD	MUY ALTO	MUY ALTO	MUY ALTO	ALTO
MERCADO	MEDIO	MEDIO	MUY ALTO	MEDIO
CRÉDITO	BAJO	BAJO	BAJO	MEDIO
ILIQUIDEZ	BAJO	ALTO	MUY ALTO	ALTO
OPERACIONAL	ALTO	BAJO	ALTO	ALTO

El Seguro de renta vitalicia a cambio de una vivienda tiene un riesgo operacional alto, por cuanto suele haber reclamaciones por parte de los herederos cuando se produce un fallecimiento prematuro del asegurado. Al ser transmisible la propiedad, el riesgo de iliquidez y de mercado es medio.

En la operación de hipoteca pensión el riesgo de crédito lo asume quien otorga la hipoteca (que puede ser un banco o la propia compañía de seguros). Con el dinero de la hipoteca se paga la prima de la renta vitalicia. Por tanto el riesgo de mercado es medio y el de iliquidez depende del tipo de inversiones y del momento aleatorio del fallecimiento.

El seguro vivienda pensión donde lo que se adquiere por la compañía es la nuda propiedad pero el usufructo es del asegurado, presenta graves inconvenientes desde el punto de vista de la iliquidez del activo y de que la valoración a mercado sea especialmente compleja e interdependiente del valor de la renta futura a pagar al asegurado.

La hipoteca inversa normal, como producto financiero puro, no presenta graves problemas de longevidad. Pero si la aderezamos con su complemento idóneo que es una renta vitalicia diferida, juntamos los problemas de la longevidad con los de una probabilidad baja (y varianza alta) de supervivencia del dependiente por encima de una determinada edad.

Como conclusión, habrá que calibrar muy finamente los diferentes productos bajo Solvencia II puesto que parece previsible que el consumo de capital se dispare frente a Solvencia I. En consecuencia habría que imputar unos gastos de coste de capital tan altos que podrían hacer difícil cualquier operación distinta de una hipoteca inversa pura, sin elementos aseguradores complementarios.

3.4.2. Los seguros de dependencia para no dependientes.

Son los seguros que una persona cualquiera necesita para tener un complemento de pensión ante la eventualidad de que sufra un accidente o una enfermedad y quede dependiente. Por tanto puede ocurrir en cuestión de días o diferirse décadas. Estos seguros cubren dos necesidades: a corto plazo y a largo plazo. Lo normal es que la dependencia aparezca a partir de los ochenta años de edad, por lo que estamos hablando de los seguros que contemplan un plazo incluso más largo que los seguros de jubilación.

Los seguros de dependencia vinculados al ramo vida tienen diseños diferentes y el impacto de Solvencia II es muy diferente, dependiendo de su concepción.

Por ello propongo evaluar un modelo de seguro que cubre:

- A corto plazo la dependencia y cuya prestación es una renta vitalicia de supervivencia. Por tanto, si se causa, otorga una renta vitalicia inmediata.
- A largo plazo cubre la dependencia mediante una renta vitalicia que, probablemente,

se encuentre diferida varias décadas. Esto comporta la necesidad de invertir las primas, con un tipo de interés asegurado a larguísimo plazo.

- Si se produce el fallecimiento sin pasar por la situación de dependencia, permite la devolución de primas pagadas, de acontecer a una edad inferior a, por ejemplo, 75 años de edad.

Por tanto tenemos un formato de seguro de vida riesgo con reembolso de primas en caso de fallecimiento más un seguro tipo vida ahorro con interés garantizado a largo plazo.

Bajo Solvencia II, hay que evaluar unos cuantos riesgos complejos.

De una parte, los riesgos de suscripción de un producto nuevo que vincula las prestaciones a su reconocimiento por parte del sistema público, implícitamente asume un doble riesgo: el de selección de riesgos y el operacional.

A su vez, las rentas vitalicias que se causen presentan una longevidad diferente a las normales de una persona no dependiente de la misma edad y no hay suficiente experiencia empírica de su duración. Habrá que esperar por lo menos una década para estimar mejor la esperanza media de vida tras una dependencia.

La colaboración del reasegurador es especialmente necesaria para la mitigación de los resultados potencialmente adversos en el corto plazo.

Riesgos de los Seguros de Dependencia.

RIESGOS	CORTO PLAZO	LARGO PLAZO
SUSCRIPCIÓN	ALTO	ALTO
LONGEVIDAD	MUY ALTO	ALTO
MERCADO	MUY BAJO	MUY ALTO
CRÉDITO	MUY BAJO	MUY ALTO
ILIQUIDEZ	MUY BAJO	MUY ALTO
OPERACIONAL	ALTO	BAJO

En el pilar del seguro a corto plazo, los riesgos vinculados a las inversiones son muy reducidos.

Todo lo contrario ocurre con el pilar a largo plazo. Recordemos que las compañías de seguros aseguran rentabilidades al cliente y que esta obligación es independiente de los resultados obtenidos por las inversiones de la compañía. Por tanto, si la compañía invierte en un activo que causa default, a los clientes no se les repercute esta pérdida. En consecuencia, las compañías aseguradoras deben cuidar especialmente sus inversiones y además diversificar adecuadamente sus riesgos.

Nadie puede asegurar que nuestra economía en las próximas décadas caiga en tipos de interés nominales del cero por ciento o bien que la enorme inyección de liquidez a nivel mundial para evitar la crisis financiera acabe propiciando una elevada inflación. A treinta o cuarenta años vista, todos los escenarios son posibles y ninguno descartable, incluyendo guerras o disturbios a nivel mundial. A corto plazo es descartable un default de cualquier emisor, pero

la probabilidad de un default crece con el plazo de la inversión. Incluso invirtiendo en deuda pública del gobierno alemán, la probabilidad de default es significativa en horizontes de más de tres décadas.

En consecuencia, si el asegurador ofrece un tipo de interés mínimo a lo largo de todo el plazo éste debe aproximarse a cero. Vincularlo a inversiones a plazo largo, por ejemplo a deuda pública española a veinte años, puede convertirse en una trampa mortal para las aseguradoras. Por tanto lo razonable sería un seguro con un tipo de interés muy bajo y en su caso una participación en beneficios baja.

Alternativamente, diseñar un producto en el que el tomador asume el riesgo de inversión es adecuado y coherente para instrumentar el pilar del ahorro a largo plazo de los seguros de dependencia bajo Solvencia II.

3.5. Conclusiones.

Solvencia II es un reto de primera magnitud para todo el sector asegurador, un cambio cultural, económico y de enfoque del riesgo asumido por las entidades aseguradoras.

Por sus peculiaridades, el seguro de dependencia presenta riesgos especiales que deben ser ponderados por las compañías de seguro a la hora de asumir riesgos. Un diseño adecuado y la colaboración de los reaseguradores son elementos fundamentales para evitar dificultades a largo plazo.

4. BIBLIOGRAFÍA.

AAVV (2012) Previsión Familiar, ed. Empresa Global SL, cap. 15, 16.

BUCKHAM, WAHL, ROSE (2011). Executive Guide to Solvency II, ed John Wiley Cap. 2, 5.

UNESPA (2014). Nota informativa sobre el sector de Seguros. Pág. 3.

LA BIOÉTICA Y LA PROTECCIÓN JURÍDICA EN LA ATENCIÓN A LAS PERSONAS MAYORES CON DEPENDENCIA

ANTONIO MARTÍNEZ MAROTO
Jurista-Gerontólogo
Máster en Bioética

Sumario

1. INTRODUCCIÓN.
2. LA BIOÉTICA, DEFINICIÓN Y SINGULARIDADES.
3. BREVE HISTORIA.
4. LA BIOÉTICA ACTUAL.
5. LA DIGNIDAD HUMANA Y EL VALOR ESENCIAL DE LA AUTONOMÍA PERSONAL.
6. EL CUIDADO Y LA HUMANIZACIÓN.
7. INGRESO EN UNA RESIDENCIA Y CUIDADO ASISTENCIAL.
8. LA CONFIDENCIALIDAD: LA INTIMIDAD, LA PROPIA IMAGEN Y LA PROTECCIÓN DE DATOS PERSONAL Y FAMILIAR.
9. EL MALTRATO Y TRATO INADECUADO A LAS PERSONAS MAYORES. ESPECIAL ATENCIÓN AL MALTRATO ECONÓMICO.
10. LA INFORMACIÓN Y EL CONSENTIMIENTO INFORMADO. LAS INSTRUCCIONES PREVIAS Y EL PODER PREVENTIVO.
11. RELACIONES FAMILIARES Y CON EL ENTORNO: INTEGRACIÓN Y NORMALIZACIÓN. INTERGENERACIONALIDAD. RELACIÓN ABUELOS-NIETOS.
12. BIBLIOGRAFÍA.

PALABRAS CLAVE

Ética, bioética, personas mayores, valores, dependencia, protección jurídica, prestación de cuidados, humanización, ingreso en residencia.

RESUMEN

Con este documento se pretende poner de relieve la importancia que tiene la dimensión ética, en la atención a las personas mayores y muy especialmente a las personas mayores con dependencia. Tras una parte introductoria en la que se produce un acercamiento mínimo a lo que es la bioética, su nacimiento y desarrollo, probablemente conocido por los lectores, se pasa a una descripción de la bioética relativa a los cuidados. Se habla de una bioética más actual y específica en la que se sale del estricto marco sanitario, para hacer una prospección por el campo asistencial y en definitiva sociosanitario.

Se analizan a continuación aquellas situaciones, del entorno asistencial a las personas mayores con dependencia, en las que se puede precisar mejor lo que es una actuación ética de otra que no lo es y que a veces es, incluso, ilegal además de poco ética. Así se habla de los internamientos en centros, de todo lo relacionado con la confidencialidad, el maltrato o trato inadecuado, y también de cómo debe hacerse la información, el consentimiento informado y las instrucciones previas. Se finaliza con una remisión a las relaciones familiares e intergeneracionales.

KEYWORDS

Ethics, bioethics, the elderly, values, dependency, legal protection, caregiving, humanization, admission to home.

ABSTRACT

This paper aims to highlight the importance of the ethical dimension in care of the elderly and, most especially, elderly dependent people. Following an introduction with a very short explanation of what bioethics is, its emergence and development, probably already known to readers, it moves on to a description of bioethics related to care. It talks of a more current and specific bioethics which goes beyond the strict health framework, surveying care and, ultimately, social and health fields.

Discussed below are those situations in the care environment for elderly dependent people in which it is easier to distinguish an ethical action from others that are not, and which are sometimes even illegal as well as unethical. It thereby discusses admission to centres, everything related to confidentiality, abuse or improper treatment, and also how information, informed consent and preliminary instructions should be given. It ends with a reference to family and intergenerational relationships.

1. INTRODUCCIÓN.

Se relacionan y aparecen conectados en este documento, que pretende ser técnico sin dejar de ser al propio tiempo divulgativo, dos conceptos que no por sabidos podemos pasar por alto, y sobre los que conviene insistir. El primero y principal es el que hace referencia a la línea medular de esta publicación, la dependencia y el segundo, la bioética. (El tema jurídico que podría ser un tercer factor, se cita aquí en tanto en cuanto va muy relacionado con temas bioéticos importantes, que han devenido en derecho positivo).

La dependencia en tanto en cuanto carencia de capacidad para la realización de determinadas actividades de la vida diaria no afecta solo al que, como sujeto activo de la misma, la detenta, sino que es algo que nos concierne a todos, y en ese sentido, lo afirmaba el profesor Marciano Vidal en una de sus conferencias, en el Instituto de Estudios Morales, en Madrid. A este sentirnos concernidos es a lo que denominamos dimensión ética de la dependencia. Cuanto más afectada esté la persona en situación de dependencia y cuanta más fragilidad acumule como ser humano, mayor será, indudablemente, la forma en que nos concierne y la dimensión en la que nos afecte.

Dejando a un lado lo que es la dependencia, por sabida, y tratando de hacer una aproximación a la bioética, se podría empezar diciendo, de forma muy sencilla, que la bioética es una disciplina que intenta lograr que un buen profesional, tienda a lograr la excelencia en el desarrollo de su trabajo profesional.

En un mundo, como el actual, en el que nos preguntamos dónde están los valores que sos-

tienen la vida en sociedad, y en el que hay quien ya ni se lo pregunta y afirma que vivimos en una sociedad carente de valores, parece aconsejable insistir en la necesidad de seguir apostando por la idea de que el ser humano no es una máquina ni forma parte de un determinado engranaje tecnológico, sino que es una persona con valores, con independencia de que los valores de unos no son necesariamente los valores de otros y esto no se nos puede pasar por alto en modo alguno.

Siempre que hablamos de bioética, hablamos de valores, y estos están de una u otra forma presentes, tanto en la persona a la que pretendemos dar una atención profesionalizada porque se encuentra en situación de dependencia, como en la persona que presta esa atención o servicio, que no es una máquina que cumple, en el mejor de los casos, con su deber, sino que es un ser humano con su bagaje de conocimientos, experiencias y valores y estos van a tener su reflejo necesariamente en el trabajo que realiza, como también lo va a tener "la historia de vida" de aquel a quien se le atiende.

La sociedad en la que vivimos ha cambiado muy rápidamente, en todo, y los valores se resienten. Estamos en una sociedad de cambios rápidos. Y esto a veces hace olvidar valores de siempre, de toda la vida; pero también nos movemos en una sociedad de redes sociales muy potentes y podemos fomentar con más facilidad que nunca la relación responsable con los otros. Esta responsabilidad en el tema que nos ocupa (cuidar a las personas mayores con dependencia) va más allá del cumplimiento estricto del deber, para llegar a la atención personal individualizada y humanizada, conexiónada al otro, que tiene una altitud de miras superior al deber.

Es claro que lo ético y lo moral va ligado a lo jurídico en muchas ocasiones, por lo que las normas de conducta morales, éticas, se ven reflejadas en las leyes con mucha asiduidad, y por ello vamos a hablar bastante, en este documento, de reflexiones de marcado tinte ético, que constituyen normas de derecho positivo vigentes. Esto también hay que tenerlo en cuenta.

La importancia, por último, de conocer estos temas es considerable para todos, pero muy especialmente resulta vital para quien se encuentra en esa franja etaria de la vida en la que va a necesitar de alguna manera ser cuidado, y sobre todo para quien se dedica profesionalmente al cuidado de las personas mayores con dependencia.

2. LA BIOÉTICA, DEFINICIÓN Y SINGULARIDADES.

Se dice de la bioética que tuvo un origen bilocal y bifocal ya que empezó prácticamente al mismo tiempo en la Universidad de Georgetown en Washington y en la Universidad de Wisconsin en Madison. Fue en 1971 cuando el oncólogo y humanista Van Rensselaer Potter escribió su libro titulado "La Bioética, un puente hacia el futuro", y en él se habla por primera vez de "bioética". Él mismo razona de esta forma que "Hay dos culturas -ciencias y humanidades- que parecen incapaces de hablarse una a la otra y si ésta (la biología, las ciencias) parte de la razón de que el futuro de la humanidad sea incierto, entonces posiblemente podríamos construir un "puente hacia el futuro" a partir de la disciplina de la Bioética, como un puente entre las dos culturas, la biología y la ciencia en general y por otro lado el mundo de

las humanidades. Los valores éticos no pueden ser separados de los hechos biológicos. La humanidad necesita urgentemente de una nueva sabiduría que le proporcione *el conocimiento de cómo usar el conocimiento*, para la supervivencia del hombre y la mejora de la calidad de vida." (prefacio de "Bioethics: *Bridge to the future*", Potter)¹.

Él propone el nombre de Bioética, para esta nueva ciencia que trata de acercar las ciencias sociales a la tecnología, y más concretamente, en aquel momento, la biología a los valores humanos, surgiendo así un acercamiento paulatino pero constante, desde entonces, entre las ciencias en general y la filosofía.

Aparte del origen bilocal, se ha dicho que tiene también un origen bifocal, y con ello se quiere aludir al enfoque que pretendió transmitir Potter y que hacía referencia a una bioética más general y globalizada, que profundizaba en los avances científicos y la reflexión ética que sobre los mismos cabría hacer. Y por otro lado al enfoque que dio André Hellegers en la Universidad de Georgetown, un médico obstetra holandés, que emigró a los Estados Unidos y que empieza a hablar de una bioética más pegada a la realidad del día a día en el ámbito, sobretodo, sociosanitario y que usaba el mismo método reflexivo, pero sobre otro tipo de temas más frecuentes en la medicina convencional y en el ámbito de la investigación biomédica. Hellegers nos habla de una bioética más personal y cercana, fundamentada sobre todo en una tradición filosófica europea, que proviene de los clásicos. Ambas formas de entender la bioética, una más globalizada y otra más pegada a lo cotidiano, empiezan su singladura de la mano y en el mismo tiempo;

¹ Ya en 1970 en un artículo previo a la aparición de este libro introdujo el término "bioética". El artículo se titulaba "Bioethics: The science of survival".

con los mismos métodos de reflexión, pero con perspectivas diferenciadas. André Hellegers fundó en la Universidad mencionada el primer Instituto Universitario de Bioética, el Instituto Joseph and Rose Kennedy para el estudio de la reproducción humana y la bioética, que fue inaugurado a finales de 1971.

La Bioética es por tanto un diálogo vivo e interdisciplinario entre vida y ética. Así, se habla de temas como el aborto, las células madre, la clonación, la reproducción humana asistida, la eutanasia, los transgénicos, la capa de ozono, el hambre en el mundo, el reparto de la riqueza, el uso de determinadas tecnologías, la deshumanización de la medicina y otras ciencias y un largo etcétera.

Tratando de acercarnos más a una definición y sin ánimo de extendernos demasiado en esta parte del documento, porque no es el objeto del mismo, se puede decir que el término contiene dos vocablos diferenciados "bios" (conocimiento biológico, conocimiento sobre la vida, la medicina, la tecnología, el medioambiente...) y "Ethos" (conocimiento del sistema de valores humanos). Estas dos ideas están siempre presentes en la bioética.

Warren Thomas Reich, la define como "El estudio sistemático de las dimensiones morales y políticas de las ciencias de la vida y del cuidado de la salud, usando una variedad de metodologías éticas dentro de un contexto interdisciplinario".

Roy la define como "Estudio interdisciplinar del conjunto de condiciones, que exige una gestión responsable de la vida humana en el marco de los rápidos y complejos progresos de la ciencia y de la tecnología biomédica".

A mí me ha parecido más clara la siguiente definición que dice que la bioética es el estudio sistemático de la conducta humana en el área de las ciencias de la vida, en tanto en cuanto se examina esta conducta, desde la perspectiva de los valores y principios morales.

La bioética aborda los problemas atendiendo a la totalidad de la persona y a sus facetas bio-psico-socio-espiritual.

Potter, habla de una "ciencia que relaciona los conocimientos técnicos, especialmente biológicos, con un conocimiento adecuado de los sistemas de valores".

Aunque en un principio la bioética nace muy pegada a la medicina y la práctica de esta ciencia, actualmente se ha expandido y llega a otros muchos saberes. En la parte que nos atañe, hay que decir que se habla insistentemente de una ética asistencial que tiene mucho que ver con los cuidados y como dice Prat, entran en reflexión la enfermería, el trabajo social, la terapia ocupacional, y demás profesiones que se ponen en juego en el cuidado de personas en el campo sanitario, social o sociosanitario. En este marco está la bioética que afronta los problemas de atención a las personas mayores, y muy especialmente a las personas mayores más frágiles y que se encuentran en el final de la vida.

La actualidad de la bioética la podemos encontrar en preguntas como éstas: ¿Es lícito utilizar un ser humano, aunque sea en estado embrionario, como medio y no reconocerlo como fin en sí mismo? ¿Tiene la misma prioridad para un trasplante de órganos vitales un señor de 72 años que uno de 35? ¿Puede alguien dejar morir a su hijo de 15 años por convicciones

religiosas? Sin ánimo de entrar en semejantes debates, bástenos tenerlo en cuenta al menos, para calibrar la actualidad y la oportunidad de una disciplina como la bioética.

La bioética, aunque tiene semejanzas, no es igual que la moral, ni por supuesto es igual que el derecho, y tiene mucha relación con otras disciplinas o ciencias como la medicina, la biología, las nuevas tecnologías, las ciencias medioambientales y un largo etcétera. Los conflictos éticos necesitan de interdisciplinariedad y del conocimiento de otras ciencias, así como, y sobre todo, de un diálogo reflexivo, plural y humanista.

3. BREVE HISTORIA.

Sin ánimo de profundizar en este tema, ya que no es pretensión expresa de este documento, no me parece oportuno pasar por alto, al menos, dos momentos muy significativos en el desarrollo de esta disciplina.

Me refiero, en primer lugar, al conocido Informe Belmont, de extraordinaria importancia en el desarrollo de la bioética y que es la conclusión de una comisión nacional nombrada por el Congreso de los Estados Unidos y que trabajó durante cuatro años en el análisis de determinados abusos cometidos en este país. Bástenos recordar simplemente el denominado caso Tuskegee (experimento Tuskegee) en el que no se proporcionó intencionadamente el tratamiento con antibióticos a un grupo de ciudadanos de raza negra (399 personas) afectados por la enfermedad de la sífilis, al objeto de poder estudiar pormenorizadamente la evolución de esta enfermedad. Se trata de un estudio longitudinal que va desde 1932 a 1972,

en Alabama (USA). A mitad del estudio se descubrió la eficacia de la penicilina en este tipo de enfermedad, pero se les ocultó intencionadamente para terminar el estudio, lo que llevó a algunos de ellos a la muerte, varias mujeres resultaron infectadas y algunos niños nacieron con la enfermedad. Éste y otros casos más llevaron a la creación de la Comisión Nacional que estudió los casos y terminó con un informe (Informe Belmont) en donde se recogen una serie de directrices para la investigación con seres humanos.

El otro hito, a mi parecer, muy importante es la sentencia del tribunal Supremo del Estado de New Jersey, en 1976, respecto al célebre caso de Karen Ann Quinlan, joven estadounidense que llega a una situación de coma irreversible por la ingesta de alcohol y barbitúricos y cuyos padres piden la desconexión del respirador. Tras grandísimo debate a todos los niveles en Estados Unidos, una sentencia de la Corte Suprema del Estado de New Jersey concede esa desconexión reconociendo a la joven el derecho a morir dignamente².

A estos dos hitos históricos podríamos añadir la Carta de Derechos de los Enfermos, el artículo de Life Magazine, sobre la hemodiálisis en la ciudad de Seattle, estado de Washington y muchos más. Es suficiente que se tenga en cuenta que fueron éstos y muchos más los acontecimientos que determinaron un estudio más profundo de determinados modos de actuar, que por los avances tecnológicos estaban ocurriendo ahora y que no habían ocurrido en tiempos anteriores. Ahora era preciso introducir otra metodología de estudio y debate para tomar determinadas decisiones, que no se había hecho anteriormente, y que ya tendrá

² Al quitarle el respirador la joven siguió respirando con el asombro de los que la cuidaban. Recibió alimentación asistida y vivió nueve años más en estado vegetativo. Murió por neumonía en 1985.

necesariamente que ser tenida en cuenta siempre.

Los avances tecnológicos han ido en aumento y las situaciones a debate se han ido multiplicando y nos encontramos con hombres y mujeres con valores, que necesariamente son subjetivos, y que se introducen en la dialéctica común, creando diferentes formas de tomar decisiones.

4. LA BIOÉTICA ACTUAL.

Según el profesor Gafo, el Informe Belmont (1978) fue un verdadero espaldarazo a la bioética y marcó un camino metodológico de trabajo para el futuro. Al año siguiente Beauchamp y Childress publican sus célebres "Principios para una ética biomédica", principios que de alguna manera ya estaban en el Informe Belmont, pero que ellos trataron a fondo y que hoy constituyen la metodología más usada a la hora de deliberar sobre cualquier cuestión bioética. Los principios en cuestión, conocidos de todos, son No maleficencia, Beneficencia, Autonomía y Justicia.

Estos principio nos van a ayudar a establecer una metodología de trabajo actual, generalizada y aceptable, por contrastada, que nos va a permitir aunar posturas dispersas y estar de acuerdo al menos en una ética de mínimos. Así, Adela Cortina, manifiesta sobre esta cuestión, que es absolutamente imprescindible en una sociedad globalizada, como la actual, acercar posturas y marcar consensos mínimos sobre los que edificar después responsablemente un mundo más humano. Es una sabia reflexión, que nos debe llevar a buscar una moral más universalizable.

Estos principios, nos dice Prat, no son sino

pautas de actuación o criterios orientativos que facilitan el buen comportamiento personal y el correcto ejercicio profesional; y sobre los mismos, García Férrez, dice que son criterios supremos de argumentación práctica, que se muestran implícita o explícitamente en toda la justificación de los juicios morales. Estos principios dan racionalidad y rigor técnico a los debates que podemos plantearnos en el desarrollo de nuestro trabajo diario.

Un buen profesional debería actuar cumpliendo los cuatro principios de bioética, pero al menos el de no maleficencia y el de justicia son patrimonio de una ética de mínimos que a todos obligan. El profesor Diego Gracia habla de unos principios jerarquizados y dice que el principio de autonomía y de beneficencia gobiernan un primer nivel de la vida moral, un nivel más privado, y de autorrealización personal, los otros dos tienen carácter público. Estos son propios de una ética de mínimos y los otros de una ética de máximos. De esa ética de mínimos se derivan obligaciones perfectas y de la ética de máximos se derivan obligaciones imperfectas. Así, no hacer daño a una persona mayor dependiente en nuestro trabajo profesional, obliga lógicamente dentro de una ética de mínimos. Si no tenemos esto claro, dentro de una conciencia generalizada, no podríamos hablar de una mínima ética profesional. Por otra parte, hacer el bien o lo que más beneficia en todo momento a la persona a la que cuidamos, estaría dentro de una ética de máximos, no exigible a todo profesional, sino solo a los que buscan la excelencia en el desarrollo de sus obligaciones, ésta sería una obligación imperfecta y la otra una obligación perfecta.

La bioética actual trabaja con una metodología de trabajo deliberativa, basada principalmente

en la reflexión dilemática, multidisciplinaria, global, civil o laica, que facilitará en gran medida el acuerdo de profesionales sobre los temas más difíciles. De la deliberación surgirá el acercamiento y a la larga, se irá construyendo una ética profesional e incluso institucional que a todos ayudará en la difícil hora de decidir determinadas cuestiones de capital importancia.

5. LA DIGNIDAD HUMANA Y EL VALOR ESENCIAL DE LA AUTONOMÍA PERSONAL.

La base y el fundamento de una bioética aplicada están en la dignidad de la persona. Toda persona por el mero hecho de serlo merece respeto y atención. Esa característica es la que le diferencia del resto de los seres vivos³, por ello es importante remarcar que las personas mayores, aunque estén inmersas en un proceso de deterioro importante siguen siendo personas y son sujetos de una serie de derechos a los que llamamos fundamentales y que les afectan de manera plena.

Como muy bien matiza González Morán⁴, la dignidad hace del ser humano algo distinto y especial, singular respecto a otras entidades. Sus notas específicas son la diferenciación, la especial consideración y la superioridad con respecto a otros seres vivos. De la dignidad humana deriva la igualdad de todas las personas. Al igual que la dignidad hace a los seres humanos diferentes y superiores al resto de los demás seres no racionales, así les hace también iguales entre sí, porque todos tienen la misma dignidad.

El fundamento de un trato digno a la persona mayor dependiente está en la idea de Kant, que afirmaba que la persona es un fin

en sí misma, y nunca puede ser considerada como medio. Cualquiera que sea su estado y situación el ser humano es un fin en sí mismo y como tal debe ser tratado.

Así lo proclama igualmente el artículo primero de la Declaración Universal de Derechos Humanos de 1948 cuando dice que todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos. Del mismo modo el artículo 10 de nuestra Carta Magna señala la dignidad de la personas como fundamento del orden político y social.

A la realidad ontológica del ser humano le es propia la dignidad personal. Ésta es inherente a la personalidad y como tal la acompaña siempre con independencia de otros factores accidentales, como el deterioro físico o psicológico que la persona pueda padecer.

De la dignidad personal deriva la autonomía personal. Si se tiene en cuenta la dignidad del ser humano y el respeto que ésta merece, no habrá problemas con el respeto a su autonomía personal. Pero con todo lo simple que parece este razonamiento es de extrañar que todavía en infinidad de ocasiones se vulnere de manera reiterada este derecho y esta condición moral de la persona, imponiendo modos o pautas de actuación que muy poco tienen que ver con ese respeto, llegando en ocasiones a constituir un verdadero maltrato a la persona mayor.

La persona mayor mientras pueda, y se presume que puede salvo que un juez haya dicho lo contrario o salvo que haya razones suficientemente probadas que demuestren lo contrario, debe poder llevar a término su itinerario

³ Con ello no se quiere afirmar que el resto de seres vivos no merezcan respeto y atención, pero por otras causas y en otra dimensión.

⁴ En Dignidad humana y bioética. Cátedra de Bioética de la Universidad de Comillas en Madrid.

de vida. En muchas ocasiones el querer hacer el bien choca frontalmente con el respeto a la autonomía personal de la persona con dependencia, y es preciso asumir que a veces la persona puede tener opciones que no sean las nuestras e incluso que éstas sean equivocadas, pero que por ser propias y conscientemente asumidas, son absolutamente respetables. Por desgracia la dependencia va unida con demasiada frecuencia a imposibilidad de tomar las propias decisiones, teniendo que recurrir en estos casos al apoyo que nos pueda prestar un familiar o a la protección judicial.

6. EL CUIDADO Y LA HUMANIZACIÓN.

Como ya hemos dicho el principialismo es la forma más común de resolución de los dilemas bioéticos, pero no es la única. Recurrir a los principios de no maleficencia, beneficencia, autonomía y justicia ayuda de manera notable a resolver problemas concretos, que con relativa frecuencia aparecen en el ámbito sociosanitario. Estos principios han sido y son actualmente el mejor recurso metodológico para la resolución de conflictos en bioética.

No obstante lo anterior, existen otras formas de atención y resolución de conflictos bioéticos que han dado lugar a diferentes denominaciones éticas, todas ellas con sus características especiales. Quizás la más adecuada y apropiada, para la relación con las personas mayores sea la que se denomina, "ética del cuidado", que surge muy al principio de la bioética y que trata de proporcionar a las personas mayores una atención más relacional, basada en la persona, como diríamos en la actualidad, aunque la ética del cuidado no es la atención basada en la persona.

Esta ética tiene su base fundamental en Aristóteles y el valor que se daba al ejercicio y la práctica de determinadas virtudes. De ahí que en ocasiones se haya llamado también, ética de las virtudes. En esta ética, el profesional tiene una implicación más directa con la persona a la que atiende y no se reduce a una resolución de casos, sino a una atención prolongada y que tiene un desarrollo muy especial.

En ocasiones a esta ética se le ha dado un marcado carácter feminista. Fue Carol Gilligan⁵, con su libro "*In a different voice*" quien trató de diferenciar el modo de atender o mejor dicho la diferente forma de proceder moralmente del hombre y de la mujer. No es cuestión de desarrollar aquí su visión de los cuidados desde el ámbito femenino y el masculino, y sin quitarle la razón, algo debe haber, ya que la práctica nos lleva a la necesidad de aseverar que las cuidadoras son muchas más que los cuidadores en todo el mundo, lo cual no quiere decir que las mujeres tengan una mayor predisposición general a prestar cuidados y cuidados de mayor calidad.

Sea como fuere, lo que sí es preciso resaltar es que la ética del cuidado ha sido muy estudiada y tenida en cuenta sobre todo en el campo de la enfermería e incluso de la medicina en general y está siendo tenida en cuenta en otras áreas. La necesidad de hablar de sentimientos, de afectos y de emociones era algo ajeno a la profesionalidad, no hace mucho tiempo, y ahora no es así, estudiar y demostrar la influencia de las emociones, el afecto y los sentimientos en el desarrollo de las tareas profesionales es algo relativamente frecuente y sobre todo digno de tenerse en cuenta.

⁵ Carol Gilligan es una feminista, psicóloga y filósofa de Estados Unidos de América del Norte, que adquirió gran popularidad con esta publicación por su teoría de roles claramente diferenciados.

Por lo tanto sin renunciar a la metodología principialista es claro que debe tenerse en cuenta algo más. Quedarse en el principialismo sería no pasar a una ética más especializada, más digna de un buen profesional, una ética en definitiva que va camino de la excelencia.

Como muy bien nos dice Prat, en definitiva, si vemos una necesidad, nos debe concernir y tenemos que sentirnos obligados a remediarla. Si actuamos así nuestro comportamiento será un comportamiento ético y moral; pasar de lejos, y decir, que esto no es mi problema, se aproxima mucho más a un comportamiento inmoral.

Esto y no otra cosa es la humanización de la salud, la necesidad de humanizar las relaciones de ayuda y las relaciones profesionales en determinados ámbitos. Igual que en el campo sanitario se puede afirmar en los ámbitos asistenciales, de tal manera que una simple y correcta relación no siempre va a ser válida, a veces estamos obligados a hacer más.

Así pues, este tipo de consideraciones éticas son importantes en la relación con las personas mayores con dependencia y con todos aquellos seres humanos en estado de fragilidad, a los cuales y en atención a la dignidad humana que les corresponde, se les debe atención y cuidados.

7. EL INGRESO EN UNA RESIDENCIA Y EL CUIDADO ASISTENCIAL.

Por lo que respecta a los cuidados que se deben prestar a las personas mayores, existe un consenso casi generalizado que admite que éstos deben propiciarse en un ambiente normalizado, próximo al que ha guiado y regido la vida de la persona a la que se debe cuidar. No

obstante lo anterior es claro y manifiesto que en ocasiones, determinados cuidados deben propiciarse en ámbitos especializados y por profesionales asimismo suficientemente preparados. En estos supuestos el ingreso en una institución residencial parece absolutamente necesario.

Y en relación a ello, no podríamos hablar de un adecuado proceder ético si dicho ingreso no es al menos legal. La legislación civil es clara en este tema y a ella me remito, pero la realidad, a través de las estadísticas, nos dice que no siempre se tiene en cuenta un protocolo de ingreso que sea legal. Si el ingreso no es acorde con la normativa legal vigente difícilmente podemos hablar de una actuación ética, el comportamiento ético al respecto exige al menos cumplimiento de la legalidad y algo más que veremos a continuación.

Así, aunque bien es verdad que la carga de los cuidados la conoce bien aquel que la está prestando y sabe lo que la misma significa y representa en el día a día, no es menos cierto que la elección de la forma de vida es algo muy personal y que no se puede prescindir de la dignidad de la persona y de su capacidad de autogobierno. Ambos conceptos son innegociables. La dignidad de la persona hay que tenerla siempre en primera fila, cuando de ingresos se trata, y la necesidad de que su voluntad sea tenida muy en cuenta es asimismo necesaria, siempre en la medida en que la misma pueda ser manifestada, o haya sido manifestada.

Es necesario constatar, y que la persona dependiente lo sepa, que se van a tener en cuenta sus gustos y preferencias, dentro de una atención centrada en la persona; que va a poder actuar con libertad, hasta donde la propia

naturaleza impongá; que no va a ser privada de visitas de amigos y familiares con la máxima permisibilidad; que el trato va a ser más que correcto y que en definitiva va a tener un hábitat adecuado para seguir su itinerario vital con total libertad. Todo ello es preciso tenerlo en cuenta si se quiere que éticamente sea aceptable un cambio de vida, que no por necesario, deja de ser penoso y no deseado, en ocasiones.

El derecho a comunicarse y tener relación con otras personas, así como el elegir un centro libre de sujeciones en donde la persona pueda seguir desarrollando su propia personalidad es fundamental, éticamente hablando, a la hora de elegir una institución residencial. A esto, lógicamente, debe acompañar el compromiso familiar de seguir al lado de la persona ingresada. El lado afectivo no debe en modo alguno sustituirse por unos cuidados profesionales excelentes, ya que la profesionalidad no deberá, ni podrá llegar, por supuesto, a donde lo puede hacer cualquier familiar. La cercanía y el afecto del entorno familiar, aunque sea en una institución es imprescindible para la persona mayor con dependencia.

8. LA CONFIDENCIALIDAD: LA INTIMIDAD, LA PROPIA IMAGEN Y LA PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y FAMILIARES.

Lo que normalmente llamamos confidencialidad es un compendio de obligaciones legales y morales que en modo alguno se pueden pasar por alto. El derecho positivo al respecto es bastante reciente, lo que no quiere decir que este tipo de obligaciones, hasta ese momento morales, no fueran de obligado cumplimiento ético. Pero conviene precisar que éste es un campo de reciente regulación y que por lo tanto la obligación moral y la legal van a ir muy concatenadas.

Lo que generalmente denominamos confidencialidad se desdobra en una serie de derechos que, aparte de en la Constitución, están regulados en la Ley Orgánica 1/1982 de 5 de mayo de protección del derecho al honor, a la intimidad personal y familiar y a la propia imagen, así como en la Ley 15/1999 de 13 de diciembre sobre protección de datos de carácter personal, que supone una vuelta de tuerca más en la protección de la intimidad personal y familiar. Así en su artículo 4º dice que los datos de carácter personal no podrán ser utilizados para fines incompatibles con aquellos para los que hubieran sido pedidos. Y sigue diciendo que cuando no fueran necesarios para aquello para lo que se pidieron, deben cancelarse.

Desde el punto de vista legal, hay que dar prioridad a lo que dice textualmente la Constitución Española, en su artículo 18, **“Se garantizará el derecho al honor, a la intimidad personal y familiar y a la propia imagen”**.

En la Declaración Universal de Derechos Humanos formulada por la Asamblea General de Naciones Unidas el 10 de diciembre de 1948, se establece en su artículo duodécimo que nadie será objeto de injerencias arbitrarias en su propia vida privada, en su familia, en su domicilio o su correspondencia, ni de ataques a su honra o reputación.

En muy similares términos se defienden estos derechos desde el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (1966) y desde la Convención Europea para la Salvaguarda de los Derechos Humanos y Libertades Fundamentales (1950).

Asimismo sigue diciendo la referenciada Ley Orgánica 1/1982 de 5 de mayo de Protección

del derecho al honor, a la intimidad personal y familiar y a la propia imagen en su artículo 7.4, que se considerará intromisión ilegítima la revelación de datos privados de una persona conocidos a través de la actividad profesional.

Lo íntimo, lo confidencial, lo privado está sometido a secreto profesional y no debe desvelarse sin permiso expreso de la persona a la que pertenece aquello de lo que queremos hablar. Esto que resulta tan fácil de entender es en la práctica muy difícil de aplicar y debe ser uno de los puntos principales en los que conviene seguir insistiendo desde los diferentes agentes sociales de intervención con personas mayores. Además de ser una obligación legal, es una grandísima obligación moral.

Todo esto viene a poner de relieve que estamos ante un derecho y una obligación de capital importancia. Es un derecho y una obligación moral que concierne a la persona, cualquiera que sea su estado de salud física o mental; poco importa el grado de dependencia en el que pueda encontrarse una persona, ni que ésta tenga un deterioro cognitivo grave.

De la Ley Orgánica anteriormente reseñada, se desprenden algunos modos de actuar que conculcan directamente el mandamiento legal y por ende serían contrarios a un buen comportamiento ético. Así podemos resumir algunos de ellos, que de ninguna manera cierran el elenco de posibles vulneraciones, pero que nos abren los ojos respecto a qué cosas pueden pertenecer al ámbito legal y qué otras serían propias de un comportamiento éticamente más exigente y que tienda a la excelencia en el trabajo.

- La ley prohíbe la colocación de aparatos

de escucha u otros dispositivos de filmación, grabación o reproducción de la vida más íntima de la persona en general. Las posibilidades de la tecnología en la actualidad son inmensas y en breves años lo serán aún más, pero ésta debe usarse respetando la intimidad personal.

- La ley también considera ilegítimos los medios que se puedan emplear para el conocimiento de la vida íntima de las personas o para la apertura de cartas o documentos privados, así como su reproducción. Asimismo está prohibida la escucha de llamadas telefónicas.

- La ilegítima intromisión, la divulgación de hechos de la vida privada de una persona o familia que afecten a su reputación o buen nombre, está totalmente vetada, cuando se han conocido por, o como consecuencia de la actividad laboral.

- La utilización de la voz o la imagen, así como fotografías, sin permiso, está asimismo recogida como una forma ilegítima de intromisión.

- También atentan contra el honor personal las referencias genéricas o los juicios de valor a través de expresiones que lesionen la dignidad de la persona.

Salvo en casos muy concretos, exageradamente graves, en que sea conveniente recurrir a la vía judicial, en la mayor parte de las ocasiones nos vamos a estar moviendo dentro de parámetros de tipo ético. De ahí la necesidad de tener estos temas muy en cuenta si se quiere prestar una atención adecuada a las personas mayores con dependencia.

9. EL MALTRATO O TRATO INADECUADO A LAS PERSONAS MAYORES: ESPECIAL ATENCIÓN AL MALTRATO ECONÓMICO.

Estamos ante un tema especialmente sensible y que exige un trato muy especial. Al igual que acontece con el maltrato al menor o con la violencia de género debemos pedir a los poderes públicos tolerancia cero con el maltrato a las personas mayores, máxime si éstas tienen dependencia o sufren cualquier otra circunstancia que las haga más frágiles y vulnerables. No son pocas las voces que se alzan pidiendo más relevancia para el maltrato a las personas mayores, porque todo maltrato es igualmente importante y ataca de lleno a la dignidad de la persona.

De acuerdo a la mayor parte de los estudiosos del tema, gran parte del maltrato infringido a personas mayores pasa totalmente inadvertido, sobre todo el maltrato psicológico. Es frecuente que las propias personas mayores se lleven el secreto bien guardado hasta la tumba. De ahí, la necesidad de advertir que el maltrato supone un grave quebranto legal, pero también, y como no puede ser de otra manera, es un deleznable comportamiento ético.

Hay que trabajar contra el maltrato en el ámbito familiar y en el ámbito residencial, teniendo en cuenta a los profesionales. Y después estar vigilantes contra los delitos recogidos por el código penal y que no son ajenos a este ámbito de trabajo. Así, se debe perseguir el abandono de las obligaciones familiares, los ingresos en residencias contra la voluntad de la persona mayor, más frecuentes de lo que sería deseable, los tratamientos degradantes, los engaños y las estafas o defraudaciones, las coacciones para conseguir firmas de donaciones o cesio-

nes de bienes y un largo etcétera que no podemos agotar, enumerándolos ahora. Entraría aquí todo tipo de maltrato físico, psicológico o emocional, sexual, el abandono de las obligaciones familiares y el expolio económico, tan factibles y tan oculto, y sobre el que hay que prestar una atención muy especial en estos tiempos. Son muchas las personas mayores que ayudan a sus familiares en momentos de crisis, pero esta ayuda debe ser voluntaria y no exigida. A veces la exigencia puede estar disfrazada de otras cosas y no por ello dejará de ser exigencia. Ni que decir tiene que el engaño o las coacciones para otro tipo de negocios jurídicos de contenido económico son éticamente reprobables, y además pueden ser delictivos.

Pero sobre todo, a mi modesto entender, hay que reflexionar sobre el maltrato psicológico que supone una potentísima arma destructiva de la felicidad y la autoestima de la persona mayor con dependencia. A veces no se percibe, pero su existencia, según los expertos, y los pocos estudios al respecto, no deja lugar a dudas de ningún tipo. Ante cualquier planteamiento ético en la atención a las personas mayores, este tipo de maltrato no puede tener cabida y constituye un planteamiento inmoral, que en muchas ocasiones será también ilegal, y como tal debe tratarse.

Mención especial merecen las sujeciones o contenciones, bien sean éstas físicas o farmacológicas. Existe una llamada de atención a nuestro país porque se estima que son muchas las personas que pasan por una institución residencial y en algún momento han sido objeto de sujeciones evitables, todo ello en mayor proporción que en el resto de Europa, lo cual no tiene ninguna justificación. Las sujeciones deben evitarse a toda costa. No es éticamente

aceptable ni aún en situaciones excepcionales; hay que mirar únicamente el beneficio de la persona mayor. El marchamo de “residencia libre de sujeciones” empieza a ser cada vez más frecuente en el ámbito residencial y yo diría que más necesario.

Como en muchas otras cuestiones, la prevención, junto con la información y formación a los profesionales y a las familias es clave para erradicar este tipo de conductas. Y sobre todo hay que propiciar la cercanía, la relación de ayuda y el apoyo como algo necesario para las personas mayores.

Desde el punto de vista ético, más que desde el legal, debe merecer nuestra atención, también, el hecho de la discriminación por edad (*etaísmo*, *edaísmo* o *ageísmo*). En una sociedad tan competitiva como en la que vivimos y a veces tan carente de valores ajenos a la belleza, el dinero o el poder, el estatus social o laboral y la juventud exagerada, por ejemplo, tratar de poner de relieve la significación y la importancia del sentido común, la mesura, la ponderación, el equilibrio entre diferentes y otros valores parecidos se hace tarea imposible. Esto nos lleva a considerar a los que no poseen los predicamentos en alza, como diferentes a la baja y en definitiva acarrea discriminación, a veces desprecio y en ocasiones verdadera separación del grupo social en el que están incardinados. Borrar de una vez los estereotipos negativos de la persona de edad avanzada es urgente, porque no son ciertos ni, aunque alguno de ellos se diera, son comunes, ni propios, ni generalizables al resto de personas de esa edad, antes al contrario es preciso hacer valer todo aquello que es propio y común de una generación admirable por tantas y tantas cosas.

10. LA INFORMACIÓN Y EL CONSENTIMIENTO INFORMADO. LAS INSTRUCCIONES PREVIAS Y EL PODER PREVENTIVO.

Si algo preocupa a las personas mayores es fundamentalmente su salud y su economía, y si tienen problemas con su estado de dependencia, la salud adquiere una dimensión prioritaria. Los deberes morales más frecuentes en el ámbito sanitario y también los legales tienen mucho que ver si existe una información adecuada y el consentimiento informado y a ellos vamos a dedicar este apartado.

Partimos de que lo prioritario es el respeto a la capacidad de decidir de las personas que ya con anterioridad hemos tratado. Viene a ser el principal derecho objeto de protección y también la principal obligación moral hacia la persona. Este derecho no se pierde con el paso de la edad, sino que se anula total o parcialmente con la merma de la capacidad de autogobierno que como consecuencia de una enfermedad persistente, afecta a la persona en cuestión. Dependencia y falta de capacidad de autogobierno no tienen una equivalencia directamente proporcional, aunque tengan algo que ver. De ahí que la primera obligación y el primer derecho es respetar la capacidad de obrar de las personas en la medida en que ésta pueda ejercerse.

Tal es la intención del legislador en la protección de este derecho que habilita instrumentos jurídicos para hacer valer nuestra voluntad en momentos en que la misma ya no puede ser manifestada, como veremos a continuación, con los poderes preventivos o las instrucciones previas.

La información y el consentimiento informado

están directamente relacionados. Hablaremos primero de la información y posteriormente del consentimiento informado.

Informar, como muy bien manifiesta el profesor Diego Gracia, no es un acto puro y aislado, sino que es un proceso. Un proceso dentro de un entramado de actos más genéricos, por el que se da a conocer al enfermo (ya que estamos hablando de salud) aquello que sobre su estado de salud debe conocer o está dispuesto a conocer.

La ley 14/1986 de 25 de abril, General de Sanidad en su artículo 10 defiende el derecho del enfermo o usuario del sistema sanitario a conocer todo aquello que tenga relación con su salud. En igual sentido se manifiesta el RD 63/1995 de 20 de enero sobre Ordenación de las prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Sanidad.

Se debe, no obstante, tener en cuenta que la opción de no recibir información es igualmente respetable y constituye asimismo un derecho. Así pues, existe el derecho a querer saber y el derecho a no querer saber. Este último puede ser manifestado de diferentes modos y el profesional de la salud debe comprender hasta dónde se puede dar información a alguien y quién está rechazando determinadas dosis de información.

Hay tres supuestos en los que legalmente no es preciso dar información: Cuando el enfermo no quiere ser informado, cualquiera que sea la causa. Cuando exista una urgencia terapéutica y cuando la información vaya unida necesariamente a la información sobre otra persona. En este caso predomina el derecho a la intimidad personal de la segunda, pero siempre matizan-

do dónde está el mal menor.

Saber cuándo hay que hablar con un paciente, cuánto hay que decirle respecto a algunas situaciones, sanitarias o sociales, y cómo se le debe decir, requiere una profesionalidad no exenta de un marcado tinte ético. Es oportuno resaltar su importancia y algunas características que este tipo de información/comunicación en tanto en cuanto relación con el paciente debe tener. La humanización de los procesos sanitarios es absolutamente necesaria si se quiere trabajar con buena dosis de profesionalidad y sobre todo si se quiere trabajar con un marcado carácter ético.

No obstante lo anterior hay algunas consignas que se deben respetar siempre, así en los temas muy importantes no hay que mentir nunca ni dar información contradictoria; es preciso, asimismo dejar que el enfermo se exprese, pueda hablar; las creencias son absolutamente respetables; y por último que la información en tanto en cuanto proceso, requiere un trabajo en equipo y una puesta en común.

No es lo mismo no querer recibir información que no poder recibir información. Queda claro que no querer recibir información es un derecho y será el propio paciente quien decida qué persona debe recibir información por él y tomar las decisiones. Si estamos ante un caso de imposibilidad de recibir información, por algún tipo de enfermedad mental, demencia, o cualquier otra causa, el código civil determina claramente los procesos de sustitución y no se puede recurrir a dar información a cualquier familiar, ni mucho menos cada día a un familiar distinto, sino a los representantes legales si los hay o a quien haga las funciones de "guardador de hecho". Todo esto requiere un trabajo

en equipo del que no es posible prescindir.

El consentimiento informado es asimismo, y como no podría ser de otro modo un proceso, como hemos dicho anteriormente de la información, ya que ésta es parte de aquél. Este proceso se construye entre el profesional sanitario y el paciente y se basa en el principio de autonomía personal, principio que afirma que la persona, en principio, es capaz de decidir por sí misma aquello que le es más conveniente en cada momento concreto de su vida.

El consentimiento informado a nivel práctico y en su modalidad formal, tal y como lo entendemos hoy, es relativamente reciente en la práctica sanitaria. La beneficencia y el paternalismo eran los motores de la relación médico-paciente con muy pocas excepciones. Parece que existía la obligación de hablar con el paciente sólo para pedir su colaboración en determinadas cuestiones, pero en los momentos decisivos, la sobreentendida voluntad benéfica del médico era la directriz motora de todo proceso sanitario. Y esto ha sido así hasta fechas no muy lejanas.

Es el Convenio relativo a Derechos Humanos y Biomedicina, firmado en Oviedo el 4 de abril de 1997 el que consagra definitivamente la superioridad de la voluntad humana sobre el interés de la ciencia o cualquier otro. En él se desarrollan los principios generales sobre el consentimiento informado y la información. Anteriormente la Ley General de Sanidad también hacía referencia a él.

No obstante lo anterior, jurídicamente hablando, y sobre todo desde el establecimiento de los sistemas de Seguridad Social, han existido ocasionalmente, reclamaciones judiciales

por la vulneración de este principio, que de alguna manera han sido tenidas en cuenta.

La Ley Básica de Autonomía del paciente, Ley 41/2002 de 14 de noviembre es la que incorpora el nuevo modelo de relación entre el profesional sanitario y el paciente y regula los derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Esta ley supuso un paso adelante muy importante en las relaciones anteriormente mencionadas. Por ella, todo profesional sanitario debe, entre otras cosas, adaptarse a la libre expresión de voluntad del paciente en relación con lo que hay o no hay que hacer.

El Consentimiento Informado comprende dos exigencias básicas: **informar y obtener la adhesión libre de la persona a lo formulado**. Con reiterada frecuencia, llevados por lo que consideramos bueno para los intereses generales de un determinado programa o para nosotros mismos, y con la mejor de las intenciones, se puede incurrir en el olvido de aspectos esenciales que van a ser perjudiciales para la libertad de la persona. El ámbito de aplicación no es sólo el sanitario sino también el sociosanitario.

García Férrez en su tesis doctoral, “¿Cómo debemos tratar y cuidar a una persona con enfermedad de Alzheimer? Perspectiva bioética” dice que el Consentimiento Informado es un proceso de diálogo, desarrollado en el marco de la relación sanitario-paciente, según el cual una persona con capacidad de decisión recibe una información comprensible y suficiente para sus necesidades, que le capacita para participar voluntaria y activamente en la toma de decisiones respecto a los procedimientos diagnósticos o terapéuticos a realizar o a los cuidados a recibir, como consecuencia de su enfermedad o motivo de consulta.

Consentimiento, del latín "sentire cum" significa unanimidad de voluntades, manifiestamente declaradas en relación con una cuestión. Significa estar de acuerdo en algo, coincidir completamente en aquello que se quiere llevar a término.

Parece quedar claro que el respeto a la voluntad de la persona mayor con dependencia, cuando la pueda expresar válidamente, es la base fundamental del Consentimiento informado. Pero también hay que saber que la voluntad del paciente no tiene un valor omnímodo y absoluto, y está sujeto a limitaciones, aunque en principio es necesario partir de que sin ella estamos incurriendo directamente en algún tipo de ilegalidad, de la que necesariamente se van a derivar diferentes responsabilidades.

Podemos decir que una decisión es autónoma si existen estos requisitos: 1) Capacidad suficiente en el sujeto para tomar decisiones válidamente. 2) Comprensión de la extensión y alcance de la propia acción. Se sabe de qué se está hablando. 3) Intencionalidad en la ejecución de la acción y 4) Ausencia de cualquier tipo de vicios jurídicos (errores objetivos o subjetivos, ausencia de coacciones, etc.) El límite de la autonomía se encuentra en donde empieza la lesión de los derechos de las demás personas.

El ejercicio de la autonomía personal tan propio del consentimiento informado tiene mucho que ver con otro principio bioético, el de beneficencia, que obliga a hacer el bien de forma generalizada, siempre que la persona que tiene que recibirlo, lo acepte como tal. Aquí es donde nos podemos encontrar con algunos problemas, dado que aquello que entendemos como bien para nosotros puede no serlo para otros, o dado que habrá personas que no quieran recibir ese bien.

¿Es éticamente aceptable dejar que alguien elija voluntariamente una alternativa que no es la mejor? O incluso ¿Es aceptable que alguien no elija lo objetivamente recomendable? Pues, evidentemente sí.

No obstante, hay excepciones al principio de autonomía personal, que aun rigiendo de forma genérica, están perfectamente delimitadas, reguladas y comúnmente aceptadas. Nos referimos a la regulación normativa del incapaz, conocida como "estatuto jurídico del incapaz", y a la del menor, cuya autonomía está en manos de los que ostentan su patria potestad, dando lugar al "estatuto del menor".

Las instrucciones previas o testamento vital, reguladas en la misma ley 41/2002 de 14 de noviembre, reguladora de la autonomía del paciente, no son más que una delación del consentimiento informado. Suponen la expresión de una voluntad, realizada en un momento anterior para que tenga eficacia posteriormente, cuando la persona no puede expresar válidamente su voluntad. La ley dice expresamente que es el documento por el que una persona, mayor de edad, capaz y libre, manifiesta anticipadamente su voluntad, con objeto de que ésta se cumpla en el momento en que llegue a situaciones en cuyas circunstancias no sea capaz de expresarla válidamente, sobre los cuidados y el tratamiento de su salud o, una vez llegado el fallecimiento sobre el destino de su cuerpo o de los órganos del mismo.

El Real Decreto 124/2007, de 2 de febrero contempla la regulación de un Registro Estatal de Instrucciones previas. En la actualidad son las distintas Comunidades Autónomas las que han ido haciendo una regulación diferencial, en parte, de estas instrucciones previas, lo

que no deja de tener cierta complejidad a la hora de aplicarlas a nivel estatal, pues por el momento no están conectados los diferentes archivos y los requisitos de validez de unas no son iguales a los de otras.

Este documento admite también, lo cual es sumamente interesante, nombrar un representante, que llegado el momento y ante cualquier duda, deberá tomar la decisión que de acuerdo al conocimiento que tiene de la persona a la que representa sea la más idónea. Con ello nos estamos garantizando un cumplimiento más o menos próximo a nuestra voluntad aún en aquellos momentos en los que no podemos manifestarla con eficacia.

No obstante y por último, lo que expresemos en este documento tiene que ser legal, ya que queda expresamente prohibido hacer mandatos de los que se pueda derivar responsabilidad civil o penal, y tampoco se puede ir contra las normas específicas de la *lex artis* expresadas en los códigos deontológicos de cada profesión. El contenido de las instrucciones previas es revisable y se puede cambiar sin ningún problema.

Dicho lo anterior no son pocas las dudas que sobre este documento existen y aunque no es lugar para resolverlas, sí, al menos, vamos a plantear algunas para tener una idea más acertada de lo que este documento aporta o por el contrario de las dificultades que acarrea tenerlo en cuenta. Así, se preguntan muchas personas, sobre todo del ámbito sanitario: ¿Unas instrucciones previas redactadas con veinte años de antelación pueden obligar actualmente?, ¿Por qué no está prevista una validez de cuatro o cinco años y se deja todo lo demás sin validez?, ¿Quién nos asegura que hubo una

previa información adecuada, de la que partir para redactar eficazmente este documento?, ¿Cómo se sabe si ha habido una revocación y ésta no se ha inscrito en el registro?, ¿Tiene más poder la interpretación que de este documento hace la familia que lo que indica la *lex artis* para cada situación en cada momento? A todo esto pueden seguir muchas más preguntas que con frecuencia se están haciendo al tratar de interpretarlas. Parece conveniente una revisión del tema que deje esta controvertida situación en un punto de mayor consenso. Pero esto no es óbice para que haya otras muchas instrucciones previas, recientes, claras y contundentes que no admitan ninguna duda y que cumplen plenamente su función.

Fortalecer los sistemas informáticos para una eficaz disposición de este documento en cualquier lugar del Estado ayudará mucho a su correcta aplicación y en eso se está actualmente.

El poder preventivo, por último, y dentro de la misma línea de preservar la autonomía de la voluntad más allá de los límites naturales que permite la expresión de la misma en el momento oportuno, es un instrumento de enorme importancia en la protección de los derechos de las personas mayores, como muy bien explica Carlos Ganzenmüller, en un documento de reciente publicación. Y sigue diciendo que este documento permite, según el artículo 1732 del código civil, nombrar un representante, cuando uno es capaz, para el caso de que lleguen a perderse las facultades mentales. Dicha pérdida no implica la revocación del poder⁶.

⁶ Para mayor información en esta materia, me remito al documento técnico de D. Carlos Ganzenmüller, en Actas de la Dependencia nº 9. Ha parecido oportuno la referencia a este tema para cerrar con él todo lo referente a la autonomía de la voluntad.

11. RELACIONES FAMILIARES Y CON EL ENTORNO: INTEGRACIÓN Y NORMALIZACIÓN. INTERGENERACIONALIDAD. RELACIÓN ABUELOS-NIETOS.

Integración y normalización.

Es conocida la preferencia existente entre las personas mayores por acabar su periplo vital, si es posible, en el hábitat propio, en el lugar en el que han vivido siempre y entre las personas con las que han convivido. En muchas más ocasiones de las que sería deseable, esto no es posible y las circunstancias exigen soluciones diferentes, menos deseadas y que no propician la normalización de los últimos años de la vida.

Decir que las personas mayores forman parte activa de la vida que les rodea y que debe evitarse el aislamiento y la soledad parece una obviedad, pero es necesario ponerlo de relieve, porque la integración de las personas de edad avanzada y de las personas con dependencia en la sociedad y en la familia es un requisito imprescindible de su bienestar social y familiar.

En algunas ocasiones he oído decir a algunos jueces que ellos pueden hacer que un hijo visite a un padre o que un padre o madre visite a un hijo, pero no pueden hacer que lo quieran. Las normas no pueden llegar hasta ahí, esto trasciende al sistema normativo y pasa a un terreno eminentemente ético, aunque las normas puedan regular las relaciones interpersonales en alguna medida.

Tratar de favorecer unas relaciones familiares cercanas y de afecto, comprensión y respeto de los amigos y vecinos es algo necesario en el modus operandi de las personas mayores más frágiles. La integración en el grupo familiar, el

ser tenidos en cuenta, el ocupar un sitio de preferencia, y sobre todo, el dejarles sentirse útiles en la medida de la posible es la fuerza vital que les mantendrá vivos.

La integración de las personas mayores con dependencia empieza por la propia familia, sin integración familiar no es fácil una normalización vecinal o de amistad. Esto no lleva necesariamente a que la persona tenga que estar viviendo en la casa de los hijos, sino a que los hijos sean sentidos como cercanos por los padres mayores con dependencia, y esto se puede conseguir de diferentes modos. Es importante el afecto, la cercanía y la atención que presta la familia.

Recuperar la **relación con los nietos** y con el resto de la familia tiene un sentido de no desvinculación y desarraigo y esto no sucede siempre. De ahí que muchas personas mayores estén y se sientan solas. Si fallamos en esto, el marco ético de referencia de valores que con toda seguridad nos han transmitido nuestros padres y abuelos se vendrá abajo y no podremos pasarlo a nuestros hijos y nietos. De ahí que la cercanía a las personas mayores con dependencia sea crucial dentro de un referente de atención integral que tratamos de propiciarles.

Hay que insistir en el deber de respeto, en el ámbito profesional, a las personas mayores, evitando determinados estereotipos, a veces frecuentes, de trato infantiloides que en nada favorece la integración de la que hablamos.

La aplicación de los modos y métodos del envejecimiento activo está propiciando una mejor forma de afrontar estos retos, por parte de la persona mayor y está haciendo que aún en edades muy avanzadas y con dependencias

severas se sigan ejerciendo funciones y se tengan actitudes positivas, que ayudan a esa integración y normalización.

Otro aspecto importante de las relaciones familiares y con el entorno son las denominadas **relaciones intergeneracionales**. Hablar y compartir con personas diferentes en muchos aspectos y también en el de la edad enriquece sobremanera. El aislamiento que suele conllevar la edad avanzada, incluso en el ámbito familiar no ayuda nunca a una mejor integración ni a unas mayores cotas de bienestar personal.

Es por ello que el Parlamento Europeo hace años que ha introducido la intergeneracionalidad en sus discursos. En un reciente informe sobre el futuro demográfico en Europa “insta a los Estados miembros a que promuevan los proyectos intergeneracionales en los que las personas mayores trabajan o simplemente estén junto con los jóvenes para compartir capacidades y adquirir nuevos conocimientos; Y pide a la Comisión que facilite el intercambio de buenas prácticas en este ámbito”.

Con los programas intergeneracionales pretendemos tener una visión más globalizada de la sociedad y una interacción entre personas de distintas edades. Estos programas ponen en plano de igualdad, previa planificación apropiada, actividades en las que interactúan personas mayores, a veces con dependencia, personas de edad madura, jóvenes y niños, consiguiendo beneficios recíprocos. En estos programas todos ponen algo y todos reciben algo.

En resumen, la intergeneracionalidad puede considerarse como un factor nuevo de interacción obligada en la conceptualización del

envejecimiento, que favorece la normalización y las relaciones de las personas mayores.

Las actuaciones intergeneracionales, de acuerdo a lo que dice el profesor Mariano Sánchez, si están bien planteadas y tienen una ejecución adecuada y unos objetivos claros van a incidir directamente en el fortalecimiento de las relaciones de todas las personas de la sociedad. Esto no sólo va a ser útil para la persona mayor, con dependencia o sin ella, sino para todos los que participan en ellas, porque la esencia de este tipo de relaciones es que todos aportan algo y que todos ganan algo y en definitiva se beneficia la sociedad, la familia y el entorno.

Como decía el doctor Guirao, los valores, incluidos los morales, cambian con el tiempo. Estos cambios deben ser asumidos para que veamos con buenos ojos dentro de una convivencia tolerante, que valores como la religiosidad o la obediencia, paradigmas de los valores de los jóvenes de otros tiempos, pueden dejar paso a la solidaridad como valor predominante al que tienden las nuevas generaciones de personas jóvenes. Análisis de este tipo van a propiciar modelos de convivencia mejores. Y a mi modesto entender, líneas de pensamiento de este tipo deben partir prioritariamente de los mayores universitarios, que conocen y a veces han compartido aulas y campus universitarios con los más jóvenes.

Para finalizar y sin ánimo de cerrar los temas éticos que pudieran haberse tratado, que podrían ser muchos más, entramos a analizar brevemente **las relaciones abuelos-nietos**. Si siempre han sido importantes, quizás ahora resultan mucho más y no solo por lo dicho anteriormente. Hemos resaltado la necesidad de las

relaciones familiares cercanas con las personas mayores y conviene insistir en ello.

Bien es verdad que las relaciones familiares y por supuesto las que los abuelos tienen, en ocasiones, con los nietos han cambiado al menos formalmente y quizás también esencialmente, pero ello no debe dejarnos sin la obligación de hacer una llamada de atención sobre este tema e insistir una vez más en que dichas relaciones son convenientes y en ocasiones necesarias.

La necesidad de estar activos, después de la jubilación, lleva a un gran número de personas de los dos géneros, pero mucho más de mujeres, que son las más esencialmente cuidadoras, a prestarse a ayudar a los hijos/as en el trabajo diario de sus casas y responsabilizarse del cuidado de los nietos. El que esto suceda puede ser bueno, siempre que se asuma voluntariamente y no constituya un abuso.

Los abuelos tienen derecho al trato frecuente con los nietos y esto con independencia de que ayuden mucho o poco a sus hijos. No se puede privar del trato con los nietos a ningún abuelo, incluso en las separaciones o divorcios se ha establecido en el código civil un régimen de visitas específico para los abuelos cuando no hay consenso. Los artículos 94, 160 y 161 del código civil vigente regulan este tema. Así en el artículo 160 párrafo segundo se dice que "no podrán impedirse sin causa justa, las relaciones entre el hijo y sus abuelos y otros parientes y allegados". Por ello no es preciso compensar con cuidados excesivos las posibles relaciones con los nietos, aunque somos conscientes de que este tipo de cuidados en un entorno normal se hacen con una enorme satisfacción por parte de los abuelos. Estos cuidados deben prestarse dentro de unos parámetros de normalidad,

sin necesidad de acercarse a lo que se conoce como síndrome de la abuela esclava.

A ello hay que unir ahora la necesaria ayuda económica que en ocasiones proporcionan a sus hijos en paro, y que de forma tan generosa y espontánea realizan las personas mayores, normalmente abuelos y abuelas, en favor de sus hijos y nietos.

La convivencia entre abuelos y nietos debe ser real y efectiva y el conocimiento de las alegrías y las penas mutuas también. No son moralmente aceptables ciertos comportamientos de alejamiento, que se producen con relativa facilidad en las sociedades modernas y que aumentan el malestar y la soledad de las personas mayores con dependencia. La sociedad debería reflexionar más sobre ello y poner freno a algunas actitudes poco recomendables.

La idea de mutua ayuda familiar es muy recomendable pero a lo largo de toda la vida, y no solo cuando una parte lo necesita, olvidando después la obligación del cumplimiento de ese compromiso familiar que tanto beneficio puede traer a todos.

12. BIBLIOGRAFÍA.

Constitución Española. B.O.E. 28 de diciembre, 1978.

Declaración Universal de Derechos Humanos. Asamblea General de Naciones Unidas.

Defensor del Pueblo. Informe. "La atención sociosanitaria en España: perspectiva gerontológica". Madrid. 2000.

IMSERSO. "Encuesta de condiciones de vida. año 2012".

Cortina, Adela, "Ética para una sociedad civil". Universidad de Valladolid. 2003.

De la Torre, Javier. "Dignidad humana y bioética". Universidad Pontificia de Comillas. Madrid. 2008.

Ferrer J.J. y Álvarez J.C. "Para fundamentar la Bioética". Universidad Pontificia de Comillas. Madrid. 2003.

Gafo, Javier. "Dilemas éticos de la medicina actual". Madrid. Universidad de Comillas. 2000.

Ganzenmüller, Carlos. "Por un verdadero impulso en la promoción y garantía de los derechos de las personas mayores" nº 9 de Actas de la dependencia. Fundación Caser. Madrid.

García Férrez, José (2003). "Bioética y Personas Mayores". Madrid, Portal Mayores, Informes Portal Mayores, nº 4. [Fecha de publicación: 31-03-2003].

Gracia Guillen, Diego. "Fundamentos de bioética" E. Triacastela. Madrid. 2007.

González Morán, Luis et Al "Dignidad Humana y bioética (ed. Javier de la Torre)" Universidad Pontificia de Comillas. Madrid. 2008.

Martínez Maroto, A. Temas jurídicos relacionados con la enfermedad de Alzheimer y otras demencias. Edit. AFAL. Madrid. 2002.

Martínez Maroto, A. et Al. Gerontología y Derecho. Edit. Panamericana. Madrid. 2001.

Prat, Francisco. Bioética en residencias. Sal Terrae. Santander. 2008.

DOCUMENTOS DE INTERÉS RELACIONADOS CON LA PROMOCIÓN DE LA AUTONOMÍA PERSONAL Y ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA

Sumario

- IV DIÁLOGOS DE LA DEPENDENCIA DE 2013.
- ESTRATEGIA DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD (SNS).

IV DIÁLOGOS DE LA DEPENDENCIA DE 2013.

Prestaciones y servicios del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia.

La Fundación CASER para la Dependencia celebró el día 28 de noviembre de 2013 sus "IV Diálogos para la Dependencia". Con esta Jornada la Fundación pretende poner a debate temas relevantes de la dependencia para que a puerta cerrada y con asistencia de representantes de alto nivel de las Administraciones y expertos en la materia llegaran a conclusiones operativas que mejoren a medio plazo el Sistema, analizando alternativas, compartiendo experiencias e intercambiando conocimientos y puntos de vista. El año 2013 el tema se ha dedicado a las prestaciones y servicios del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia

A continuación se ofrece una reseña de la Jornada con aspectos referidos a la organización, principales asuntos tratados y conclusiones a las que se ha llegado después de un profundo debate.

Director:

Pablo Cobo Gálvez, Director de la revista Actas de la Dependencia de la Fundación CASER.

Ponentes:

Jesús Fuertes, Gerente de Servicios Sociales de la Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades de la Junta de Castilla y León.
Coro Piñeiro Vázquez, Secretaria General de Política Social de la Xunta de Galicia.
Miguel Montero Lange, Sociólogo, experto en el sistema de dependencia alemán.

Temas a debate :

1. Coherencia entre prestaciones y necesidades de las personas dependientes.

¿Responde el catálogo de servicios actual a las necesidades de las personas con dependencia?

¿Es suficiente el Catálogo establecido o debería desarrollarse adecuando el catálogo de servicios a la tipología de las discapacidades generadoras de dependencia?

2. Servicios versus prestaciones económicas.

Las previsiones de la Ley eran que las prestaciones en el entorno familiar fueran excepcionales. Hoy representan el 43,7%. Sin la teleasistencia, que tiene carácter complementario, el 49,75%.

¿Por qué

- Es más económica para las CC. AA?
- Existe suficiente infraestructura de servicios para absorber tan alto porcentaje de prestaciones económicas?
- Qué desean los beneficiarios y sus familias?

¿Teniendo en cuenta la regulación de la Ley tenía sentido la excepcionalidad?

¿Qué se puede hacer?

- La Reforma ha minorado la cuantía y ha endurecido las condiciones a los cuidadores. También ha suprimido la cotización a la Seguridad Social a cargo del IMSERSO.
- Se puede hacer algo más sin limitar la libre elección del beneficiario establecida en el art. 29.

3. Libre elección versus prescripción facultativa.

El art. 29 de la ley dice que "los servicios sociales del sistema público establecerán un PIA.... con la participación previa consulta y, en su caso, elección entre las alternativas propuestas del beneficiario".

¿Cuál debería ser el papel del profesional en el proceso?

¿Cuándo el beneficiario tiene realmente derecho a decidir?

4. El papel de las familias en la atención. Servicios profesionales versus atención familiar.

¿Debe primar el servicio profesional cuando su criterio es contrario al del interesado y al de su familia que manifiesta su interés e intención en cuidar?

¿Pueden los poderes públicos imponer un determinado programa (PIA) en contra del interesado y de la familia?

¿Qué opinan las entidades que representan a los beneficiarios?

¿Qué dice la Convención de derechos humanos de las personas con discapacidad?

¿Cuál es la interpretación en este caso de las organizaciones y de las personas con discapacidad?

5. Servicios en casa versus servicios institucionales.

Los cuidados en nuestro sistema se prestan mayoritariamente, en un 80%, o bien con servicios en el domicilio o bien con el apoyo de los centros de día, sin que el beneficiario este institucionalizado.

El porcentaje es bajo comparado con otros países europeos, pero responde a los intereses y preferencias de la población, según las

encuestas realizadas.

La institucionalización está garantizada, evitando que pueda producirse en contra de la voluntad del interesado. Art. 3g) de la Ley "derecho a decidir libremente sobre el ingreso en un centro residencial".

6. Copago y suficiencia económica de las prestaciones.

Un problema fundamental de las prestaciones es el de la suficiencia económica. La suficiencia es algo indeterminado e indefinido. El Estado debería determinar con claridad el alcance real de la financiación de los poderes públicos por cada beneficiario.

También debe encargarse de los costes de quienes no pueden hacerlo por falta de recursos.

Es importante la regulación del copago. Debería llevarse a cabo mediante Real Decreto del Gobierno, para evitar las diferencias y lo que es peor la desregulación.

7. Idoneidad de la red de servicios.

El art. 6.2. establece que "El Sistema se configura como una red pública que integra, de forma coordinada, centros y servicios públicos y privados".

¿Es idónea la red cuantitativa y cualitativamente?

¿Cómo determinar la idoneidad?

- Aprobar una normativa y aplicar un procedimiento adecuados de acreditación.
- Inventariar los centros, servicios y plazas por tipo de servicio y ámbito territorial dentro de cada Comunidad Autónoma.
- Constatar la suficiencia o insuficiencia de

plazas y servicios en cada territorio.

- Planificar la solución de carencias e insuficiencias.

La información que según el Acuerdo del Consejo han de remitir las CC.AA. es fundamental para abordar la política de potenciación de los servicios.

8. Tendencias en Europa.

Refuerzo del papel de las familias, facilitando apoyos económicos y profesionales para que se responsabilicen de los cuidados.

Descentralización de la gestión de las prestaciones en las instituciones más próximas al ciudadano.

Coordinación con los servicios sanitarios, anclando la responsabilidad en los servicios sociales.

Tendencia al “personal baget” y a la prestación económica o cheque servicio con el que el ciudadano adquiere los servicios que necesita y puede hacer frente (por la exigencia de copago).

Libertad de elección entre servicios y proveedores.

Extensión de los cuidados en el entorno familiar a cuidadores inmigrantes (incluso con regularización de residencia).

9. Previsiones y realidad de la dependencia.

Desviaciones sobre beneficiarios.

Desviaciones sobre las prestaciones concedidas.

Desviaciones sobre el empleo.

10. Calidad.

Se ha avanzado poco en la acreditación de los profesionales.

Deben establecerse los indicadores de calidad a los que se refiere la Ley.

11. Prioridad en el acceso a las prestaciones y ventajas de la prestación económica vinculada.

Importancia de redefinir las prioridades en relación con los servicios.

Ventajas de la concesión de la prestación económica vinculada.

12. El papel de las Entidades Locales.

Problemas que pueden surgir con la aprobación del nuevo proyecto de Ley sobre Entidades Locales.

13. La financiación.

La importancia de abordar una modificación sustancial de la financiación de la Ley, incorporando ésta a la financiación de las Comunidades Autónomas.

14. El hecho diferencial de la discapacidad.

Los problemas de encaje de la discapacidad en la dependencia.

15. Cartera de servicios de Galicia.

I. Cartera de Servicios comunes.

II. Cartera de servicios específicos.

Para personas dependientes con alzhéimer.

Para personas dependientes con discapacidad física.

Para personas dependientes con parálisis cerebral.

Para personas dependientes con daño cerebral.

Para personas dependientes con discapacidad intelectual.

Para personas dependientes con trastorno del espectro autista.

Para personas dependientes con enfermedad mental.

16. El Régimen de prestaciones del Sistema alemán de Cuidados.

I. Beneficiarios del seguro de cuidados: 2.541.753.

• Atención a domicilio	1.768.345
• Cuidadores Familiares	1.053.632
• Servicios profesionales	181.865
• Combinación prestaciones	312.689
• Profesionales en ayuda a domicilio	290.714
• Atención en residencias	773.408
• Trabajadores	661.179

II. Distribución por tipo de prestaciones.

• Cuidadores Familiares	48,3%
• Servicios profesionales	5,8%
• Combinación prestaciones	17,1%
• Residencias	28,8%

III. Gasto en prestaciones, año 2011: 20.890 millones.

• Prestaciones económicas de cuidados familiares	4.470 millones.
• Cotizaciones	870 millones
• SAD profesional	3.250 millones
• Residencias	9.710 millones
• Otras prestaciones	2.590 millones

IV. Financiación.

• Cotización a la seguridad social del	2,05%.
• Cotización a la seguridad social de los que no tienen hijos:	2,05 + 0,25%

Conclusiones de la Jornada.

1. Es necesario profundizar en el desarrollo del catálogo de servicios, elaborando carteras de servicios más adecuadas a las necesidades de los distintos tipos de discapacidad generadoras de dependencia.

2. Galicia es un ejemplo de cartera de servicios a tener en cuenta; en dicha cartera aprobada por la Xunta hay un cambio de paradigma en la forma de atención, pasando la focalización desde los centros donde se presta el servicio a los servicios que necesita el beneficiario. La cartera se ha aprobado con el acuerdo de las organizaciones representativas del sector.

3. Asimismo, en el desarrollo del catálogo se consideran de gran interés los centros multi-servicio, incorporando en ellos la capacidad de evaluación de los distintos procesos de atención y la posibilidad de participación de los beneficiarios.

4. Deben establecerse en todo el territorio del Estado procedimientos comunes de acceso a las prestaciones de servicios sociales, así como en la determinación del copago, con el fin de facilitar trámites y lograr un trato equitativo de la participación de los beneficiarios en el coste de los servicios según su situación personal y económica.

5. Deben potenciarse los modelos de atención centrados en la persona, incorporando en la medida de lo posible la gestión del caso, especialmente entre quienes presentan un mayor grado de vulnerabilidad.

6. Deben potenciarse los servicios que generan actividad económica y empleo, pero

haciéndolos compatibles con la posible decisión de los beneficiarios y sus familias de ser atendidos en el entorno familiar, siempre que quede garantizada una adecuada atención.

7. La distribución de las prestaciones, aunque se está corrigiendo en alguna medida, se aleja de lo que se considera técnica y económicamente lo más adecuado. Entre las medidas a adoptar:

- Deberían incrementarse los servicios profesionales y de manera especial la ayuda a domicilio.
- También, en aras de la equidad y de facilitar la elección de los beneficiarios, debería facilitarse la concesión de prestaciones económicas vinculadas, cambiando el actual sistema, adaptando las cantidades económicas y el copago al tipo de servicio e intensidad del mismo.
- Deberían potenciarse las prestaciones de promoción de la autonomía, desarrollando este tipo de servicios para los Grados III y II y adecuando el funcionamiento de los centros de día para que puedan ofrecer servicios a más beneficiarios y de más calidad.
- Debería reglamentarse la prestación de asistencia personal para hacerla viable a todos los interesados en ella.
- Debería promoverse la adaptación de las residencias al modelo de atención centrada en la persona.

8. Conclusiones del análisis de sistema prestacional alemán:

- Los intereses de los alemanes en relación con la demanda de servicios y prestaciones de la ley no son muy diferentes de los de los españoles.

- Asimismo la distribución entre servicios profesionales y familiares en el domicilio se asemeja bastante.

- Existe una diferencia importante, sin embargo, en la financiación destinada por el sistema alemán y por el español, pero sobre todo en las fuentes de financiación para garantizar su sostenibilidad. En el sistema alemán las cotizaciones, a través de las cuales se financian las prestaciones, se adecúan periódicamente a las necesidades derivadas del número de beneficiarios, en el español, por el contrario, al no existir una fuente de financiación finalista no existe una correlación efectiva entre las necesidades de ingresos y gastos del sistema.

9. Aunque el porcentaje de atención en residencias es bajo comparado con otros países europeos, responde a los intereses y preferencias de la población, según las encuestas realizadas. No obstante, se considera que la red de residencias en España tiene un potencial que permite prestar otros servicios (centros de día y de noche, ayuda a domicilio, lavandería, comida...), además del de atención residencial.

10. Financiación, suficiencia económica y copago.

- Uno de los problemas fundamentales del Sistema es el de la suficiencia económica. Se debería avanzar en la claridad y la suficiencia de las fuentes de financiación.

- Por lo que se refiere a la participación del beneficiario en los costes, ésta debería regularse mediante Real Decreto del Gobierno para todo el territorio, teniendo en cuenta las necesidades especiales que presentan las personas con discapacidad.

11. Sobre la red servicios.

Con el fin de mejorar la idoneidad de la red de servicios de atención a la dependencia, se debería.

- Desarrollar un sistema estadístico de información y de indicadores de evaluación de centros, servicios y plazas, así como de profesionales completo a nivel estatal y por CC.AA.

- Aprobar una nueva normativa, única para todo el territorio nacional, con procedimientos de acreditación e indicadores de calidad de centros y servicios.
- Inventariar los centros, servicios y plazas por tipo de servicio y ámbito territorial dentro de cada Comunidad Autónoma y constatar la suficiencia o insuficiencia de plazas y servicios en cada territorio.

ESTRATEGIA DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD (SNS).

En el marco del abordaje de la cronicidad en el SNS.

MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD. Noviembre 2013.

La Estrategia se desarrolla en el marco del plan de implementación de la Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud (SNS), aprobada por el pleno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud del día 27 de junio de 2012.

Como Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad establece un marco general que permite el desarrollo progresivo de intervenciones dirigidas a ganar salud y prevenir las enfermedades, las lesiones y la discapacidad.

La estrategia según señala en su introducción, además de basarse en la efectividad, tiene cinco características importantes para conseguir los mejores resultados:

Una es su aplicación a lo largo de todo el ciclo vital. Conseguir el máximo potencial de salud es un proceso que se desarrolla a lo largo de toda la vida y que tiene que ver, no solo con un individuo en diferentes edades, características, y etapas vitales, sino también con las condiciones en las que vive.

La segunda es el abordaje por entornos. El abordaje por entornos conlleva no solo cuidar los aspectos físicos que ponen en riesgo la salud, sino también los procesos internos que rigen la actividad en ese entorno donde las personas desarrollan su vida diaria para que genere salud, la proteja y posibilite la prevención de enfermedades.

El enfoque poblacional, que es la tercera característica, marca una enorme diferencia con las intervenciones selectivas (solo aplicadas a grupos definidos como de riesgo) porque permite que se inicie un proceso de mejora de la salud dando la posibilidad a cada persona de avanzar en el mismo, independientemente de en qué nivel de riesgo o no riesgo se sitúe, siempre obteniendo mejor nivel de salud. Este enfoque ofrece además la oportunidad de dirigir intervenciones proporcionales a las diferentes necesidades.

La cuarta característica es el abordaje de los problemas o factores no solo desde el enfoque de déficit (como el sedentarismo) sino también desde el enfoque positivo, es decir potenciando los factores protectores y facilitadores del proceso de ganancia en salud, teniendo además en cuenta, las fortalezas y capacidades de las personas, la comunidad y sus "activos" en general.

La quinta característica es el enfoque integral. Aunque la definición de salud fue realizada hace más de 60 años con tres componentes inseparables, hasta el momento nos hemos centrado más intensamente en el componente físico de la misma quizá debido al gran desarrollo de la biomedicina, que ha contribuido, junto con la mejora de las condiciones generales y la Salud Pública, a un gran aumento de la esperanza de vida. Sin embargo, el componente mental de la salud, ha sido desarrollado fundamentalmente solo bajo el nombre de "salud mental" con un abordaje casi exclusivo de la enfermedad mental. Esto ha creado una situación y una tendencia que sitúa a la enfermedad y el malestar mental entre los principales problemas de salud en la actualidad. El componente social de la salud también debe ser reforzado en una estrategia de este tipo y especialmente en relación a los factores concretos que vamos a abordar.

Esta Estrategia es, no solo una oportunidad de integrar y coordinar los esfuerzos de promoción de la salud y prevención de la enfermedad entre todos los niveles, sectores y actores implicados, sino también una demanda de nuestro entorno. Este es un buen momento de integrar y coordinar los esfuerzos para un abordaje conjunto, proporcional y ordenado.

Especial interés en esta reorientación hacia la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad tienen los sistemas de información que actualmente se enfocan mayoritariamente en la enfermedad y en sus procesos, y proporcionan escasa información para el desarrollo de la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades y discapacidad. Asimismo, es necesario promover la investigación en esta área y la transferencia de sus resultados.

En el actual contexto socioeconómico, con las tensiones a que está sometida la sociedad y el propio sistema sociosanitario, se hace imperativo un giro hacia la promoción y la prevención, lo que proporcionará un doble beneficio, aumentar el bienestar y la cohesión social y trabajar en la sostenibilidad del sistema a medio y largo plazo.

La Estrategia desarrolla el siguiente ÍNDICE:

- Introducción.
- Análisis de situación.
- El estado de salud de la población.
- Factores abordados en esta Estrategia.
 - Actividad física.
 - Alimentación saludable.
 - Consumo de riesgo y nocivo de alcohol.
 - Consumo de tabaco.
 - Bienestar emocional.
 - Seguridad y lesiones no intencionales.
- Visión, misión, objetivo.
- Principios rectores.
- Líneas estratégicas.
 - Ejes de acción de la Estrategia.
 - Poblaciones priorizadas.
 - Entornos de actuación.
 - Factores abordados.
- Objetivos específicos.
- Metodología.

- Intervenciones seleccionadas para la acción.
- Proceso de implementación.
- Seguimiento y evaluación.
- Lista de acrónimos.
- Anexos.
- Referencias.

Se puede consultar el texto íntegro en la siguiente dirección de internet: http://www.isfie.org/documentos/Estrategia_Promocion_salud_prevenion_SNS.pdf.