

# La protección a las situaciones de dependencia desde la perspectiva de las personas con discapacidad y sus organizaciones representativas

L. Cayo Pérez

## CONSIDERACIÓN PREVIA

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

envejecimiento; en las personas con discapacidad severa, las situaciones de dependencia suelen tener un origen no previsto, pues la discapacidad se presenta inesperadamente (causas congénitas, perinatales, traumáticas por accidente, mórbido, etc.), «factor sorpresa» que llega de pronto, «desestabiliza» al entorno de la persona y requiere de un período de maduración, que permita la asunción de la nueva situación, por la propia persona o por la familia circundante.

Por tanto, como premisa, desde el sector de la discapacidad nos gustaría dejar sentado y ver aceptado por este Comité de Expertos, que *las situaciones de dependencia pueden darse en todas las etapas de la vida de la persona y que la respuesta jurídico-institucional y asistencial que se le dé ha de tener presente esta realidad. Centrar la atención a la dependencia única y exclusivamente en las personas mayores, por más importantes que estos segmentos de edad sean, constituiría una aproximación sesgada y limitada que este Informe no puede hacer suya.*

## EL FENÓMENO DE LA DEPENDENCIA EN EUROPA

El envejecimiento de la población, el *alargamiento de la esperanza de vida*, el aumento

del número de personas mayores que viven solas y el *debilitamiento o la fragilidad de la solidaridad familiar tradicional*, son factores que, entre otros, acarrearán problemas crecientes para las personas, que habitualmente requieren el cuidado de otras para la realización de las necesidades más cotidianas y que han traído a primer plano de la actualidad cuestiones que, sin embargo, *afectaban ya a un número muy considerable de ciudadanos que por razones principalmente de discapacidad se encontraban en situación de dependencia* y que, tradicionalmente, han sufrido el olvido de los poderes públicos, al menos en cuanto a la aplicación de políticas integrales de protección que garantizaran su derecho constitucional a una vida plena y autónoma.

Lo cierto es que, quizás sea porque se prestan más y mejores cuidados médicos que en el pasado, o porque las personas de edad han llevado una forma de vida más saludable que en otros tiempos, o por ambos factores a la vez, la realidad es que cada vez se viven más años, lo que no significa necesariamente el mantenimiento de la calidad de vida que se tenía previamente. Y que ello ha generado una *demanda creciente de cuidados*, que se ha producido en los últimos años y va a incrementarse de forma mucho más notable en los próximos, como consecuencia de factores demográficos, pero también de orden social y médico, entre los que podemos citar los avances médicos que llevan a unas mayores tasas de supervivencia de personas con enfermedades congénitas y enfermedades graves, o la mayor incidencia de los accidentes laborales y de tráfico.

La evolución de la tasa de población de 65 o más años en los próximos años pone de relieve

**Tabla I.** Tasa de la población de 65 y más años en relación con el total

País	2000	2020
Alemania	16,1	21,7
Austria	15,4	19,9
Bélgica	16,7	19,8
Dinamarca	14,7	18,6
España	17,0	19,8
Finlandia	14,9	23,1
Francia	15,9	20,6
Grecia	17,1	20,6
Irlanda	11,2	14,5
Italia	18,0	23,2
Luxemburgo	14,6	17,9
Países Bajos	13,6	18,9
Portugal	15,3	17,9
Reino Unido	15,6	18,9
Suecia	17,3	22,1
<i>Total UE</i>	<i>16,2</i>	<i>20,6</i>

ve que dicha tasa se va a incrementar en más de 4 puntos en las dos décadas siguientes (Tabla I).

Estas tasas se reflejan en valores absolutos, de acuerdo con los datos de la Comisión Europea, que se reflejan en la tabla II.

Las mayores necesidades de las personas mayores dependientes, *unidas a las de aquellas que se encuentran en situación de discapacidad*, vienen a coincidir en el tiempo con la crisis del modelo de cuidados informales a través de la familia, que tiene su origen tanto en los cambios en las estructuras familiares como en la progresiva, y deseable, incorporación de la mujer al trabajo, lo cual acarrea mayores demandas de cuidados formales o institucionales. Por una parte, existe el objetivo de incrementar la tasa de actividad sobre todo de los colectivos femeninos –necesaria para el man-

**Tabla II.** Evolución de la población de 65 y más años (millones de personas)

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

tenimiento de los activos, que favorezcan la sostenibilidad de los sistemas de pensiones—dentro de las recomendaciones aprobadas por los Consejos Europeos; pero, de otro, esa mayor participación laboral de la población va a incidir, de forma importante, en la continuación, en los niveles actuales, de los cuidadores informales.

Las *personas dependientes* (sea por razón de la edad o por causa de la discapacidad) *necesitan de actuaciones especiales* que su propia familia, en muchos casos, no les puede facilitar, y las prestaciones económicas que puedan percibir tampoco son de una cuantía tal que con ellas puedan hacer frente a los costes que genera esa nueva situación. Tampoco parece socialmente asumible que la situación de las personas dependientes se convierta en una auténtica ruina económica para ellos mismos y para sus familiares, si es que los tie-

nen, o degeneren en un motivo más de abandono familiar y rechazo social. *No hacer nada es desde luego condenar a muchas personas dependientes, ya sea por su discapacidad o por su edad, a llevar y terminar sus vidas de forma penosa y financieramente ruinosa.*

Frente a esta situación, se intenta poner remedio a través de los mecanismos de lucha contra la dependencia. Pero existe un cierto confucionismo sobre el concepto de dependencia, como si se tratase de una situación nueva; lo cierto es que el riesgo de la dependencia, como antes se apuntaba, ha existido siempre, aunque en la actualidad el fenómeno se exterioriza de forma diferente y existe una percepción distinta a la de hace algunos años por parte de la sociedad acerca de cómo y quiénes han de proteger ese riesgo. En la Recomendación (98) 9 del Comité de Ministros del Consejo de Europa *se define la depen-*

dencia como un estado en el que las personas, debido a la falta o a la pérdida de autonomía física, psicológica o mental, necesitan algún tipo de ayuda y asistencia para desarrollar las actividades diarias. Lo que antes eran ayudas dispersas (prestaciones económicas de la Seguridad Social por gran invalidez, residencias públicas de ancianos con escasos recursos, ayuda a domicilio, etc.) y subsidiarias del cuidado familiar, hoy se reclama que se reconozcan también de responsabilidad pública y para toda la población dependiente. De ahí, por ejemplo, el planteamiento de reconocer la dependencia como una nueva rama protectora, del que también en España, aunque con cierto retraso respecto de otros países de la Unión Europea, se efectúan las correspondientes propuestas.

Ante este fenómeno, la mayoría de los países europeos están preocupados por el aumento de los costes de atención a las personas dependientes y la ausencia o la falta de eficacia de los seguros privados para la atención comunitaria y residencial de aquéllas. Por ello, se están implantando o reformando los sistemas de atención, dentro de los cuales se observan varias tendencias. Pero, a pesar de los intentos y proyectos llevados a cabo, la protección de la dependencia en Europa no muestra una convergencia clara hacia un modelo genérico de financiación y prestaciones en favor del colectivo señalado; más bien, un deterioro, incluso, de la atención, debido al retroceso en los cuidados, más acusado incluso en los países del Sur, en los que la cobertura es baja y la mayoría de la responsabilidad recae en la familia; pero también en los países nórdicos se observa una cierta erosión, especialmente a causa de los costes, como sucede en países como Noruega o Finlandia.

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

- El Estado desempeña un papel central en la financiación de los cuidados de larga duración, en buena parte en el marco de una fórmula de reparto de costes, que anime a las personas a preferir la atención domiciliaria al ingreso en residencias.
- El seguro privado desempeña un papel secundario, debido especialmente a la imposibilidad de la mayoría de la población de costearlo.
- Se reconoce más la necesidad de apoyar a los familiares cuidadores, mediante el incremento del gasto en atención comunitaria.
- Se acepta la necesidad e importancia de controlar el acceso a los servicios caros de larga duración, especialmente en lo que hace referencia a la calidad de tales servicios.

Hay sobradas razones a favor de una protección pública –que no impide, sino que, incluso requiere como complemento, especialmente en la prestación de los servicios, la presencia de la iniciativa privada– del riesgo de dependencia:

- a. Razones sociales, porque es la única forma de garantizar una protección en condiciones de equidad.
- b. Razones históricas, puesto que los sistemas de protección social europeos, y en particular el español, se han ido adaptando a las nuevas necesidades sociales (universalización de la sanidad, pensiones no contributivas, etc.) con un alto grado de eficiencia económica y equidad social.
- c. Razones funcionales, puesto que la protección de las personas dependientes

puede resultar rentable al facilitar que los cuidadores informales (principalmente las mujeres) puedan incorporarse al mercado de trabajo y favorece, además, la *creación de un importante volumen de empleo directo e indirecto*.

- d. Razones de *orden jurídico-político* puesto que sería deseable —a la vista de cómo han evolucionado, por ejemplo, las rentas mínimas en las Comunidades Autónomas— una cierta *homogeneidad en todo el ámbito estatal que contribuya a reducir las desigualdades territoriales* que se dan actualmente en la provisión de servicios sociales.
- e. En el caso de *España, razones de oportunidad*, ya que en el momento actual, y tal y como se explicita a continuación, *la evolución demográfica otorga un cierto respiro al sistema de protección social* que puede permitir abordar este problema, lo que además contribuiría a propiciar el acercamiento de nuestro país a los niveles de protección social medios en Europa, de los que parece haberse alejado en los últimos años.

### LA DEPENDENCIA EN ESPAÑA: ALGUNOS DATOS DEMOGRÁFICOS

En España, el problema de la dependencia no es nuevo. *Lo verdaderamente novedoso es la dimensión del problema*, debido a factores sociodemográficos, entre los que se encuentran: a) el envejecimiento de la población y b) los cambios producidos en la estructura y dinámica de la familia española. Sin embargo, lo característico del caso español —frente a otros países, en los que se producen fenómenos similares— es la aceleración en el

**Tabla III.**

Grupo de edad (años)	Nº personas	% total
65-69	2.090.809	30,01
70-74	1.847.316	26,52
75-79	1.441.362	20,69
80-84	876.532	12,58
85-89	479.610	6,89
90-94	184.380	2,65
95-99	38.962	0,56
+100	5.296	0,07
<i>Total</i>	<i>6.964.267</i>	<i>100,00</i>

tiempo de la magnitud e intensidad del fenómeno.

Entre la España de principio de los años 50 y la de principios del siglo XXI, la esperanza de vida ha crecido más de 20 años. En la primera fecha, sólo dos de cada tres mujeres y uno de cada dos hombres llegaban a los 65 años; en la actualidad, a esa edad —que sigue considerándose como el inicio de la vejez— es un destino al que aspiran más del 92% de las mujeres y el 80% de los hombres. Una vez traspasados los 65 años, las mujeres, como media, viven más de 20 años y 16 años, los hombres. Por último, más del 26% de las mujeres y el 11% de los hombres alcanzan los 90 años.

En España, la población mayor de 65 años respecto de la población total, ha pasado de representar en el año 1970 el 9,8%, al 17,1% en el año 2000, con un total de 6.964.267, con tendencia a seguir creciendo en los próximos años por las mayores expectativas de vida. En la tabla III se puede apreciar el número de personas mayores de 65 años por tramos de edad en España en el año 2001.

**Tabla IV.** Evolución de la población de 65 y más años en España

	2000		2050	
	65 y más	85 y más	65 y más	85 y más
% Sobre el total de la población	17,0	4,12	31,0	9,3
Millones de personas	6,6	1,6	12, 8	4,1

La relación de la población con 65 y más años, respecto de la población total, no hará sino crecer en los próximos años, como ponen de relieve las proyecciones demográficas a las que se ha hecho referencia (Tabla IV).

Pero esta evolución demográfica no es lineal, ya que:

- La evolución de la población mayor en los próximos años está condicionada por la historia demográfica española. La caída de la natalidad que se produjo en España en los años que siguieron a 1936, especialmente en el quinquenio 1936-40, tiene su lógica influencia en el número de personas que se están incorporando a la población mayor sesenta y cinco años más tarde, es decir, a partir del año 2001; como resultado de la llegada a la edad de jubilación de generaciones menos numerosas, se está produciendo en la primera década del siglo XXI una apreciable disminución del ritmo de crecimiento de la población mayor en su conjunto, que puede aliviar la presión que, en los últimos años, ha venido ejerciendo el crecimiento continuado de la población mayor sobre los sistemas de pensiones. Desde esta perspectiva, la primera década del siglo XXI significa una especie de «tregua demográfica» para nuestro sistema de Bienestar Social.
- Sin embargo, junto a esa ralentización del crecimiento de la población mayor en su conjunto, se va a producir un incremento muy considerable del número de personas mayores de 80 años (el grupo de población en el que se concentran la mayor parte de las situaciones de dependencia, también denominado como «*el envejecimiento del envejecimiento*»), que va a aumentar en 600.000 personas en sólo diez años. La pretendida «tregua» no es, pues, más que una ilusión, pues la presión sobre los recursos no va a desaparecer, sino que simplemente se desplazará desde las prestaciones económicas hacia las prestaciones de servicios y va a exigir un importante esfuerzo inversor para poner al día nuestra insuficiente red asistencial.
- A partir de 2011 el crecimiento global de la población mayor volverá a intensificarse, debido a la incorporación de generaciones más numerosas. Ese crecimiento alcanzará una particular intensidad a partir del año 2020, en el que empezarán a incorporarse a la población mayor las primeras generaciones del «*baby-boom*», que en España comenzó a producirse a finales de los años cincuenta.

El fenómeno del envejecimiento tiene una repercusión indudable en la agravación del fenómeno de la dependencia, puesto que el

riesgo de caer en la misma tiene una relación directa indudable con la edad. Por ejemplo, si el 6% de la población española mayor de 6 años es dependiente, este porcentaje crece de forma exponencial a partir de los 65 años:

- 11 por 100, en el grupo de 65 a 69 años.
- 16 por 100, en el grupo de edades de 70 a 74 años.
- 25 por 100, en el grupo de 75 a 79 años.
- 34 por 100, en el grupo de 80 a 84 años.
- 54 por 100, en el grupo de 85 y más años.

Últimos estudios coinciden en la estimación de que en España en el año 2001 aproximadamente pueden ser considerados como «*personas dependientes*», en torno a 1.500.000 personas, de las que:

- 850.000 serían personas que no pueden realizar las actividades básicas de la vida diaria (*dependencia total o severa*), y
- casi 700.000 sólo pueden realizar algunas de las llamadas actividades básicas (*dependencia moderada*) y deberían entrar también en una primera fase de implantación de la protección.

A su vez, de ellas, en torno a 1.000.000 tendrían 65 o más años y alrededor de 500.000 estaría en edades comprendidas entre los 6 y los 64 años, lo que da idea de la importancia de ambos colectivos, el de personas dependientes mayores y el de discapacitados de menor edad.

## **EL CAMINO ANDADO: ALGUNAS MEDIDAS ADOPTADAS**

El incremento de las personas en situación de dependencia, así como los importantes cambios que se han producido (y se siguen produciendo) en el entorno familiar, básicamente con la incorporación de la mujer en

el trabajo, ponen en cuestión los viejos modelos de protección social, al tiempo que evidencian los problemas de falta o deficiente atención social a las personas que han entrado en la dependencia.

Esta deficiente atención no implica que previamente no se hayan tomado algunas medidas en el ámbito de la protección social con destino a las personas dependientes. En base a los principios contenidos, entre otros, en los artículos 41, 49 y 50 de la Constitución, se ha ido configurando *algunas medidas protectoras*, entre cuyos hitos se pueden destacar:

- El establecimiento de un inicial sistema integral de protección a favor de las personas discapacitadas, de conformidad con la *Ley 13/1982, de 7 de abril, de integración social de los minusválidos*, a través de la institucionalización de un sistema específico de protección a las personas con minusvalía y, dentro del mismo, el desarrollo de una modalidad de protección económica para paliar las consecuencias derivadas de la necesidad de ayuda de otra persona, para la realización de los actos ordinarios de la vida.
- *La reforma del Código Civil (llevada a cabo a través de la Ley de 24 de octubre de 1983)*, en materia de incapacitación, tutela e interdicciones involuntarios, que implicó un avance importante en la protección de los derechos de las personas discapacitadas, carentes de autogobierno. De igual modo, *la nueva Ley sobre protección de las personas en situación de discapacidad*.
- *La universalización del derecho a la asistencia sanitaria*, a través de la *Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad* y el *Real Decreto 1088/1989, de 9 de septiembre*.

- *La implantación de modalidades no contributivas de la protección, mediante la Ley 26/1990, de 20 de diciembre, con la articulación (tanto en el ámbito de las pensiones, como en el de las asignaciones económicas por hijo a cargo) de complementos económicos, a favor de las personas que precisan, en la realización de los actos ordinarios de la vida, el concurso de otra persona.*
- *La mejora de las pensiones contributivas, en especial de las de menor cuantía, pensiones que inciden de una manera significativa sobre la población mayor.*
- *El desarrollo de un modelo de servicios sociales, a través de la aprobación de Leyes de Servicios Sociales, en el ámbito de las diferentes Comunidades Autónomas.*
- *El establecimiento de beneficios fiscales, dentro del sistema tributario (como son los contemplados en la Ley 40/1998, del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas –modificada en 2003– en la Ley de 28 de diciembre de 1992, del Impuesto sobre el Valor Añadido, o en la Ley 43/1995, del Impuesto sobre Sociedades) ya indicados.*
- *La elaboración de Planes integrales por parte de la Administración General del Estado (p. ej., el Plan Gerontológico Nacional de 1992-1997; el Plan Gerontológico Estatal: Plan de Acción para las Personas Mayores 2000-2005; el Plan de Atención a los Enfermos de Alzheimer y otras Demencias 1999-2005, Planes de Salud, etc.).*
- *La legislación autonómica respecto de los servicios sociales, así como de la dependencia o de la protección de la población de edad, que, desde hace algunos años se vienen aprobando –aunque, con frecuencia, están más llenas de discursos programáticos que de medidas reales para afrontar la problemática de la dependencia\*.*

## LOS RECURSOS PÚBLICOS ASIGNADOS A LA COBERTURA DE LA DEPENDENCIA

### Las prestaciones económicas de la Seguridad Social

Las prestaciones monetarias que, en el ámbito de la legislación estatal, dan cobertura a la dependencia están incorporadas en el ámbito de la Seguridad Social, aunque existen otras que subsisten con carácter transitorio, procedentes de la legislación de protección a los minusválidos. Así sucede con:

- Complemento por gran invalidez de las pensiones de incapacidad permanente.
- Complemento de la pensión de invalidez no contributiva.
- Pensiones de Seguridad Social en favor de familiares.
- Asignación económica por hijo minusválido, precisado del concurso de otra persona.
- Subsidio por ayuda de tercera persona, previsto en la legislación LISMI.

\*Valgan como ejemplo la Ley 11/2993, de 10 de abril por la que se aprueba el Estatuto de las Personas con Discapacidad; la Ley 6/2001, de 20 de noviembre, sobre atención y protección a las personas en situación de dependencia; la Ley 3/1996, de Canarias, por las que se dictan normas reguladoras de la participación de las personas mayores y de la solidaridad entre generaciones; o las Leyes 11/2003, de 27 de marzo y 3/2003, de 10 de abril, de Murcia, ambas de Servicios Sociales.

**Tabla V.** Prestaciones económicas y servicios para la protección social de la dependencia

Prestaciones Seguridad Social	Servicios Sociales	Medidas laborales	Medidas fiscales
Pensión de Gran Invalidez (complemento por ayuda de tercera persona)	Servicio de Ayuda a Domicilio	Reducción de jornada	Rendimientos de trabajo Reducciones especiales según grado minusvalía e ingresos
Pensión no contributiva (complemento por ayuda de tercera persona)	Prestaciones de Teleasistencia Centros de Día	Excedencia por cuidados hasta un año	Mínimo Personal: desgravaciones en razón del grado de minusvalía e ingresos Mínimo Familiar: desgravaciones en razón del grado de minusvalía e ingresos
LISMI (Subsidio de ayuda por 3ª persona)	Residencias Mixtas y asistidas		
Asignación familiar por hijo minusválido 75% y necesitado de ayuda de tercera persona	Otros servicios		

- Prestaciones económicas previstas en las Mutualidades Generales de Funcionarios.

Sin embargo, a pesar de esta red protectora no llegan a 175.000 las personas que reciben algún complemento específico, en remedio de la dependencia, frente a las cerca de 800.000 personas con grado severo o moderado de dependencia. Aunque se ha avanzado, en las últimas décadas en la universalización del sistema de pensiones, así como en la mejora de sus importes, los mismos siguen siendo insuficientes tanto entre la población pensionista de más edad como en el caso de las personas de

menor edad afectadas por una discapacidad. Además, se desprende la insuficiencia de la cobertura que, desde la vertiente de las prestaciones económicas, ofrece la Seguridad Social para el remedio de la dependencia\*.

### Escasa incidencia de los servicios

Si las prestaciones económicas en España no suponen, en los momentos actuales, un remedio eficaz a la cobertura de la dependencia, igual calificación puede realizarse respecto de los servicios sociales, cuya deficiencia ha de ser suplida por la fuerte incidencia que en España (al igual que los demás países del Sur de Europa) tienen los cuidados informales, en especial de los familiares. Algunos datos muestran esta *insuficiencia*, entre los que se encuentran:

- Sólo el 0,8% de las personas dependientes tienen cobertura protectora a través de servicios residenciales.

\*Existe una falta de cobertura en cuanto a las personas que caen en incapacidad, se ven expulsadas de esta protección a partir de los 65 años, con lo que no pueden acceder a los complementos de la denominada gran invalidez o de la dependencia; igual situación se da con las pensiones por edad (jubilación) tanto en la modalidad contributiva como en la no contributiva, tienen vedado el acceso a esta clase de prestación.

- De la población discapacitada y mayor, sólo el 2% recibe ayuda a domicilio (mientras que en Europa llega al 10%).
- Sólo el 0,8% de las necesidades de la dependencia se desarrollan a través de las viviendas tuteladas.

*Lo exiguo de los servicios en España es complementada a través de los cuidados informales, desarrollados por familiares de los dependientes y discapacitados.* La mayoría de las personas que prestan cuidados personales viven en el hogar familiar y son miembros del mismo (en cerca del 62%); un 36% de los familiares que prestan esos servicios viven fuera del hogar del dependiente, y solamente algo más del 1% son cuidados en el hogar a través de empleados.

Además, se trata de unos servicios de cuidados intensos, ya que más del 45% de las personas dependientes reciben más de 40 horas de cuidados a la semana por parte de su cuidador principal.

Sin embargo, *este modelo de solidaridad familiar está entrando en crisis, debido a:*

- Minoración del colectivo de *cuidadores*, a causa del menor número de mujeres dedicadas a ello (que mayoritaria y casi exclusivamente absorben esta labor), así como del incremento del número de personas dependientes.
- *Modificaciones en el modelo tradicional familiar*, debido al aumento de divorcios, familias monoparentales y dispersión geográfica de los familiares como consecuencia de la mayor movilidad laboral.
- *Cambios en la posición social de la mujer*, debido a su incorporación al trabajo, que reduce la población cuidadora y, en especial, la intensidad de los horarios.

## ALTERNATIVAS EN LA IMPLANTACIÓN DE MECANISMOS DE COBERTURA SOCIAL DE LA DEPENDENCIA EN ESPAÑA

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

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

En España, en las últimas iniciativas planteadas (Acuerdo Social para la mejora y el desarrollo del sistema de protección social, de 9 de abril de 2001, así como en la nueva reformulación del Pacto de Toledo) se parte de la complejidad de abordar la problemática de la dependencia, debido al hecho de estar transferidos los servicios sociales a las Comunidades Autónomas y en algunas materias a las Corporaciones Locales, y culminarse el proceso de transferencias sanitarias, lo cual requiere que la dependencia haya de ser impulsada y compartida por las tres *Administraciones Públicas*, aunque se reconoce que la *Administración General del Estado ha de jugar un papel de impulso en la cobertura social de la contingencia indicada, contribuyendo, de esta forma, a garantizar la igualdad, en todo el Estado*, de acceso a prestaciones y programas por parte de las personas dependientes. Dada la configuración del sistema de protección social

en España, la implantación de los mecanismos de protección contra el riesgo de dependencia pueden adoptar básicamente dos formas:

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

### Marco de implantación

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

Asimismo, la opción por una u otra alternativa también está influenciada por el colectivo a proteger. Por lo general, *una opción generalista (a través de las políticas sociales estatales) llevaría a priorizar la atención a favor de las personas dependientes con menores recursos (ellos mismos y/o los núcleos familiares en los que se inserten); por el contrario, la implantación de un mecanismo protector, a través de un «seguro contributivo» lleva consigo una mayor amplitud en el ámbito subjetivo de protección, ya que todos los asegurados serían beneficiarios de las correspondientes prestaciones.*

También, a la hora de tener que decidir por una de las alternativas, hay que tener en cuenta las *limitaciones de los sistemas públicos de seguros de salud* (o los mecanismos específicos de cada país) para quienes nece-

sitan de cuidados de larga duración si éstos no se inscriben en un contexto más amplio.

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

- *La cobertura debe ser universal*, es decir, debe alcanzar a todas las personas que se encuentren en situación de dependencia sea cual sea su capacidad económica.
- *Debe reconocerse el derecho a la protección por dependencia como un derecho subjetivo perfecto de la persona afectada*, al que la sociedad debe hacer frente poniendo los medios necesarios para garantizar su satisfacción, al igual que ocurre con otras prestaciones de la Seguridad Social, a través de un catálogo de prestaciones y/o servicios similares en todos los territorios del Estado.
- *Las prestaciones y/o servicios reconocidos deben adecuarse a las características específicas de sus destinatarios*, con especial atención a grupos también específicos de personas dependientes, como pueden ser los de personas con deficiencias funcionales graves, enfermos mentales, etc., y abarcar igualmente los diversos estadios en que la dependencia puede presentarse, desde su prevención o atención temprana a la atención a los mayores.

Desde esta perspectiva, una primera aproximación a esta fórmula de protección integral de la dependencia podría hacerse a través de los siguientes aspectos:

### Acción protectora

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

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

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

*El modelo*, por tanto, sería un *sistema mixto*, en el que junto a una *prestación económica*

como núcleo central que permitiera una cierta capacidad de elección del beneficiario o sus familiares, se contemplaría la *prestación directa de determinados servicios* por razón de su propia naturaleza o por razón de los especiales requerimientos de la persona afectada.

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

### Financiación

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

De este modo, las prestaciones de las que fueran beneficiarias aquellas personas que han realizado el esfuerzo contributivo necesario a través de sus cotizaciones (sean éstas especí-

ficas, por implantarse una nueva cotización para cubrir este nuevo riesgo protegido, o sean genéricas por no haberse adoptado esta alternativa) serían financiadas con cargo a las mismas, mientras que aquéllas de las que fueran beneficiarias personas que no hubieran cotizado, serían financiadas con cargo a los impuestos generales. Igualmente, los servicios prestados de forma directa por los poderes públicos podrían seguir este mismo esquema de financiación en las proporciones adecuadas.

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

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

- La cuantía de la financiación ha de ir necesariamente asociada a una evaluación del conjunto de las necesidades de las personas dependientes y no de una necesidad específica.
- La financiación debe permitir cubrir los gastos relativos a un conjunto de servicios de asistencia en sentido amplio, que permitan asegurar una calidad de vida durante la dependencia.
- Los requisitos que deban cumplir los interesados para recibir las ayudas públicas deben estar orientadas a ampliar, y nunca a reducir, las opciones de la persona dependiente sobre su modo de vida.

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

### Alternativas de la gestión

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

Si la cobertura de la dependencia se ubica en el *sistema de Seguridad Social*, poniendo el acento en las prestaciones en dinero, que sirvan para una mayor autonomía de la persona dependiente, el «seguro» sería *gestionado por las Entidades gestoras* de la Seguridad Social. Si bien, si se efectúa la apuesta por un modelo de *seguro*, que otorgue básicamente prestaciones económicas (con los cuales *comprar* servicios), el mismo –como se ha indicado– va a ser complementado por un desarrollo de los servicios (ayuda a domicilio, teleasistencia, servicios residenciales, etc.), los cuales tendrían que ser suministrados con el concurso del sector privado, dadas las carencias actuales del sector público que, por el momento y probablemente por un largo espacio de tiempo, no parece estar en disposición de asumir de forma directa dadas las inversiones que sería necesario afrontar, y ello sin perjuicio de que, en todo caso, siga manteniendo y ejerciendo las facultades de planificación, tutela y dirección.

A su vez, y siguiendo este mismo esquema, *la gestión de los órganos de calificación, la acreditación de los servicios externos, la vigilancia* del buen fin de las prestaciones reco-

nocidas y la gestión de los servicios directamente prestados por los poderes públicos, deberían residenciarse en los *órganos correspondientes de las Comunidades Autónomas y las Corporaciones Locales*, de acuerdo con la distribución competencial diseñada en el texto constitucional y tal y como parece aconsejable en función de la necesaria proximidad a

los ciudadanos afectados que tales competencias exigen.

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