



**POSICIONAMIENTO DE EDAD&VIDA
PARA UN MARCO REGULADOR
EN LA PROVISIÓN DE SERVICIOS Y
FINANCIACIÓN DE LA DEPENDENCIA**

Junio 2005

Edita:

Edad&Vida

Guadalquivir, 5 bajo dcha.
28002 Madrid

Aribau, 195, 3º izq.
08021 Barcelona

www.edad-vida.org
edad-vida@edad-vida.org

Teléfono de información: **93 488 27 20**

Maquetación: Xeixà Rosa

Depósito legal

Índice

5	1. Presentación
7	2. Principios rectores
7	3. Definición de dependencia
8	4. Cuestiones técnicas
	4.1. Integración de servicios
	4.2. Cartera de servicios
	4.3. Acreditación
	4.4. Criterios de acceso
	4.5. Formación
	4.6. Calidad
12	5. Valoración de la dependencia
13	6. Sistemas de clasificación
14	7. Orientaciones básicas del modelo de atención
15	8. Niveles de dependencia
17	9. Financiación
21	10. Conclusiones
23	Bibliografía



1. Presentación

Edad&Vida, Instituto para la Mejora, Promoción e Innovación de la Calidad de Vida de las Personas Mayores, tiene como principal objetivo contribuir con nuestras actividades a mejorar la calidad de vida de las personas mayores.

El Instituto es un catalizador, tanto de las inquietudes de la sociedad civil como de las del mundo empresarial, y quiere colaborar estrechamente con las administraciones públicas en dar una respuesta eficaz a los retos de una población envejecida.

Nuestro Instituto ha sido promovido por un grupo de empresas procedentes de diferentes sectores de la economía productiva, que quieren llevar a cabo actuaciones conjuntas para dar respuesta a las oportunidades y a los problemas asociados al envejecimiento y que reflejan una indudable voluntad de corresponsabilidad social con los poderes públicos.

Nuestra intención es identificar los problemas y necesidades asociados a las personas mayores. Pretendemos ser interlocutores con los poderes públicos y diseñar soluciones y estrategias que hagan frente a los retos y oportunidades de una población cada vez más envejecida. Con este fin, en Edad&Vida potenciamos la generación de conocimiento, trabajando con Universidades, Centros de Investigación y Formación, para disponer de instrumentos de diálogo sólidos desde el punto de vista técnico/científico.

Actualmente, el debate en torno a las claves socio-políticas y económicas de la dependencia se produce en un contexto de creciente sensibilidad institucional, junto a un importante esfuerzo legislador plasmado, en su inicio, en el Libro Blanco de la Dependencia. Esta publicación ha abierto un periodo de reflexión y discusión para profesionales, administraciones, asociaciones y demás actores públicos y privados que deberá culminar con una propuesta de ley general de carácter integrador y sostenible.



Desde Edad&Vida queremos expresar nuestra satisfacción ante la presentación del Libro Blanco de la Dependencia por parte del IMSERSO, en el que se realizan un conjunto de reflexiones y, considerando que el actual es un momento decisivo de gran trascendencia, quisiéramos aportar nuestras reflexiones que esperamos ayuden a avanzar en el desarrollo de la Ley de la Dependencia.

El presente documento, de carácter abierto y no finalista, recoge el posicionamiento de Edad&Vida sobre la futura Ley, tomando como punto de partida el Libro Blanco y el trabajo desarrollado por el Instituto en los últimos años, que comprende diversas publicaciones detalladas en la bibliografía.

Quiero agradecer el esfuerzo del Grupo de Trabajo sobre Dependencia de Edad&Vida en la elaboración de este documento de posicionamiento, así como la colaboración de todos los socios promotores para conseguir un documento de consenso que contribuya a mejorar la calidad de vida de los mayores.

Higinio Raventós

Presidente de Edad&Vida

2. Principios rectores

Consideramos que una Ley sobre Dependencia de ámbito Estatal debería tener las siguientes características:

1. Universalidad:

Que ofrezca una determinada cobertura del riesgo de dependencia a todos los ciudadanos.

2. Eficacia:

Que proporcione solución al problema presente y a su dimensión futura.

3. Equitativa:

Que garantice igual acceso a los servicios ante igual necesidad.

4. Eficiente:

Que contribuya a obtener el mayor valor de los recursos empleados tanto públicos como privados.

5. Sostenible económicamente:

Que aporte soluciones de financiación sostenibles en el presente y en el futuro, en base a las proyecciones de necesidades.

3. Definición de dependencia

Se asume como concepto válido el del **Consejo de Europa**, que define la dependencia como “aquel estado en que se encuentran las personas que, por razones ligadas a la falta o a la **pérdida de autonomía** física, psíquica o intelectual, tienen necesidad de **asistencia** y/o ayudas importantes a fin de realizar los **actos corrientes de la vida diaria**” (Libro Blanco, XII: 4).

Desde Edad&Vida quisiéramos introducir una reflexión con respecto a las **diferencias entre las AIVD y las ABVD** en la futura ley de Dependencia.

Cuando la necesidad de ayuda sea exclusivamente para las **actividades instrumentales de la vida diaria**, éstas deberían ser cubiertas por la propia **familia** (pensión + familia) o en su defecto por los mecanismos normalizados de **Protección Social** articulados a través del sistema de Servicios Sociales.

De lo anterior se deduce que **la nueva Ley debería regular la atención a la dependencia a partir del Nivel I** (pág. 15) lo que supondría la cobertura de las actividades instrumentales de la vida diaria y **al menos una actividad básica de la vida diaria**. Este sería un paso esencial en la delimitación de las situaciones a cubrir por la futura Ley.



4. Cuestiones técnicas

El establecimiento de un marco regulador para la provisión de servicios y financiación de la dependencia requiere la consideración de varios puntos fundamentales para desarrollar una ley que permita alcanzar los objetivos generales recogidos en los principios rectores. Las principales cuestiones técnicas, a nuestro entender, son las siguientes:

4.1. Integración de servicios

Es necesario un **nuevo consenso** que permita avanzar en la integración de servicios de atención a la dependencia. En este sentido, desde Edad&Vida, pensamos que **la coordinación y comunicación entre niveles son requisitos imprescindibles, pero constituyen sólo un primer paso en la integración**. Para lograrla se proponen las siguientes medidas:

- a. Establecer **políticas de atención integral** que permitan proveer los servicios necesarios independientemente de su naturaleza sanitaria o social y del servicio donde se presten. Nuevo modelo de relación entre Sanidad y Servicios Sociales.
- b. Impulsar un **acuerdo marco sectorial** entre Administraciones Autonómicas y proveedores que redetermine la estructura de la oferta en función de las necesidades de la población de referencia y los recursos existentes. Esto supondría la participación pública y privada en la definición del modelo, la financiación y la compra.
- c. Poner en marcha **Unidades de Coordinación encargadas de la conexión entre los distintos niveles de atención**. Este instrumento presente en varias Comunidades bajo distintas denominaciones y formas (*Comisión de Área* en Madrid, *Enfermero de Enlace* en Málaga y *Comisión Interdisciplinar Mixta Sociosanitaria (CIMSS)*- en Cataluña) es particularmente útil para una mejor gestión individualizada de los casos y para un conocimiento mutuo entre profesionales de ámbitos habitualmente alejados entre sí.
- d. **Financiación por procesos** incluidos en la oferta, reconociendo el peso sanitario de la dependencia y definiendo el peso social a soportar con financiación pública o privada. En lo referente a los sistemas de pago de los servicios, se deberían **fixar sistemas basados en la carga de cuidados de los mismos y de garantía de calidad en la provisión**. Es necesario señalar que no todos los

proveedores pueden cubrir todos los niveles de dependencia.

Como se pone de manifiesto, la integración de servicios es un **proceso que implica a diferentes Departamentos y Administraciones**.

En este sentido, el objetivo último de una atención integral es el mantenimiento de la autonomía, no sólo con actuaciones preventivas (primarias, secundarias y terciarias), sino potenciando cualidades residuales y tratando de anticiparse a los procesos desencadenantes de dependencia.

4.2. Cartera de servicios

Edad&Vida señala en su propuesta que la futura Ley de Dependencia debería definir el **catálogo de prestaciones y las formas de acceso para las personas dependientes**.

Las **prestaciones** se incluirían dentro de una cartera de servicios que debería contemplar las siguientes áreas:

- a. Adaptación del entorno:** actuación en el hábitat y en el medio físico, adecuación de viviendas, eliminación de barreras...
- b. Ayudas técnicas:** sillas de ruedas, camas articuladas, grúas, etc.
- c. Nuevos sistemas tecnológicos:** telealarma, teleasistencia y telemedicina.

d. Servicios sociales en el domicilio: ayuda a domicilio, catering, limpieza, lavandería...

e. Servicios sanitarios en el domicilio: enfermería, equipos de gestión de casos, etc.

f. Servicios discontinuos: diurnos, nocturnos, temporales o de respiro.

g. Cobertura sanitaria pública en residencias.

h. Servicios de media o larga estancia: residencias y centros sociosanitarios.

Como se recoge en el Libro Blanco, junto a todas estas prestaciones específicas se contemplaría un nivel más genérico que englobaría la **prevención, el fomento de estilos y hábitos de vida saludables**, preparación a la jubilación/vejez, ocio activo, formación y participación de las personas mayores en la vida social.

4.3. Acreditación

Se debería establecer un **sistema de acreditación de los servicios a prestar** dirigido a:

- a. Aumentar los esfuerzos de regulación y control administrativo** de las entidades (de titularidad pública o privada) que prestan servicios de atención a las personas mayores con dependencia y de los sistemas de atención informal en situación irregular.



- b.** Esto debería ir unido a una **simplificación de los trámites de autorización administrativa** de los servicios de atención a las personas mayores con dependencia.
- c.** **Aprovechar los criterios existentes en la Unión Europea** para la homologación e implantación de las condiciones mínimas de funcionamiento de los servicios de atención a las personas mayores con dependencia.
- d.** **Introducir criterios de control en lo que se refiere al procedimiento de aperturas y autorizaciones**, los requisitos materiales, de recursos humanos y de programas de intervención, estableciendo, fruto del consenso, un lenguaje común, unos sistemas de clasificación de clientes comunes y unos requerimientos mínimos acordes con la carga de cuidados y la tipología del servicio. Por ello, no todos los proveedores tienen que estar acreditados para los mismos servicios.

Dicho sistema de acreditación debería recoger y documentar el **régimen de regulación de precios y de conciertos vigente en cada Comunidad Autónoma**, aunque las diferencias no deberían influir en el costo del proceso.

Consideramos que los esfuerzos actuales de las Administraciones deberían ir **orientados a la planificación, compra y evaluación de los servicios y no a la gestión directa ni a la construcción de equipamientos**.

4.4. Criterios de acceso

Las formas de acceso a la cartera de servicios definida debiera hacerse, al menos en un primer momento, a través de las **actuales puertas de entrada convencionales de los servicios sociales**, como servicios más próximos al ciudadano y por razones de elemental operatividad: red consolidada, de alguna forma madura, ya conocida por los usuarios y comúnmente aceptada, a pesar de sus sesgos e inconvenientes.

Como se ha señalado en el punto c de la Integración de servicios, la forma más deseable en un segundo nivel de desarrollo sería a través de la **creación de un órgano específico**, comisión de área o de zona geográfica, que actuase a modo de gestor de casos asignando recursos y prestaciones en función de la valoración de cada solicitud. Actualmente, el único modelo legislado es el de Cataluña donde funcionan las **CIMSS**, que son Comisiones Interdisciplinarias Mixtas Sociosanitarias, enmarcadas en las disposiciones del Programa Vida als Anys (Decreto 215/1990 de 30 de julio de promoción y financiación de la atención sociosanitaria) y dirigidas a optimizar y coordinar los recursos sociosanitarios específicos con los otros ámbitos de atención.

Desde Edad&Vida consideramos que sería necesario impulsar la máxima de **"a igual proceso, igual derecho"**: se debería favorecer la **equidad de acceso a los servicios en función del grado de dependencia de los usuarios**, independientemente del territorio en el que vivan y de la pensión que perciban, para así no perjudicar a las pensiones medias, que habitualmente son las más castigadas.

4.5. Formación

Tal y como se afirma en el Libro Blanco de la Dependencia, ‘nadie puede ni debe sentirse ajeno al impulso que necesitará nuestro sistema de atención a la dependencia, ni las Administraciones, ni las entidades privadas, ni los proveedores públicos o privados ni el conjunto de la sociedad’ (Libro Blanco, XII: 80). Se reconoce así la **necesidad de marcar unos principios fundamentales para la regulación de las nuevas profesiones, con un criterio único en todo el Estado, que favorezca el desarrollo de los profesionales en este ámbito**. De esta forma, los nuevos currículos deberían instituirse a nivel de formación reglada para permitir una cierta **homogeneización de títulos** (actualmente se habla de gerocultores, auxiliares de geriatría, cuidadores...) y un desarrollo profesional por nivel de cuidados que sea equivalente en todo el Estado.

Desde Edad&Vida, estamos de acuerdo en que los programas formativos propuestos deben tener en cuenta los siguientes grupos: **cuidadores informales, cuidadores profesionales de atención directa y profesionales especializados**.

4.6. Calidad

Es fundamental el **desarrollo de un modelo de atención a la dependencia desde un marco que contemple la calidad del proceso de atención**. La incorporación de elementos de información (indicadores) y de un sistema estructurado con definición de procesos y contemplando la posibilidad de trazabilidad

del proceso asistencial, podrían ser elementos que regulasen las características de la atención, y por ende la confianza del interesado y/o su entorno con el prestador del servicio.

Asumimos la postura recogida en el Libro Blanco sobre la necesidad de que sea la **Administración** la que controle la calidad en la prestación de los servicios, fomentando la innovación y estableciendo mecanismos de regulación y homologación de los centros y prestadores externos de servicios, con criterios rigurosos de calidad aplicables a las entidades y empresas prestadoras de servicios.

Por tanto, se espera que la Administración consensue y articule instrumentos de seguimiento y control que garanticen el cumplimiento de la norma y de los requisitos exigidos para el funcionamiento y evaluación de los recursos, así como de los sistemas de gestión.



5. Valoración de la dependencia

Edad&Vida solicita desde hace algún tiempo que se establezcan **criterios equivalentes en las distintas Comunidades Autónomas valorados por una Agencia única**. En el campo de la valoración de la dependencia es necesario diferenciar entre la valoración inicial y los sistemas más complejos de clasificación de la dependencia.

Tal y como se refiere en el Libro Blanco, el establecimiento de un sistema de valoración común es decisión del Ministerio, por lo que aconsejaríamos la adopción de **herramientas de valoración sencillas, periódicas, que valoren la evolución de la dependencia, de fácil acceso y aplicación que puedan ser asumidas por diferentes niveles y servicios**. Algunos de estos instrumentos sería **Barthel, MEC o el Índice de Katz**.

Valoración Inicial

Los recursos de soporte a la dependencia deben solicitarse según el nivel de severidad obtenido en la valoración inicial. La valoración inicial requiere:

- a. La promoción de un **instrumento único de valoración** de la dependencia funcional de los solicitantes que permita clasificar según el **nivel de severidad de la dependencia**. El nivel de severidad se

convertiría en el principal criterio a emplear por las Administraciones para asignar los servicios.

- b. La utilización del **Plan Terapéutico Individualizado** cuyo objetivo prioritario es obtener un plan integral personalizado con la intervención de todos los profesionales del equipo interdisciplinar.
- c. La utilización de **instrumentos de valoración de los cuidados a domicilio** con el fin de analizar su adecuación a las necesidades reales de los usuarios.

6. Sistemas de clasificación

Los sistemas de evaluación y clasificación son herramientas utilizadas para **conocer el perfil de los usuarios** atendidos en un determinado recurso sanitario con el fin de valorar los recursos necesarios, organizar los equipos asistenciales y planificar actuaciones futuras.

Son, por tanto, instrumentos más complejos, susceptibles de ser utilizados en un **segunda etapa de clasificación en los centros de formación avanzada y con una oferta integral de servicios**.

Aconsejamos la generalización del uso de **sistemas de evaluación integral como el RAI (*Resident Assessment Instrument*)** que facilitan la valoración integral, el uso de protocolos y señales de alarma para los proveedores con cartera de servicios más avanzada.

La utilización de sistemas de este tipo permitiría:

- a. La definición de variables para la **creación de un Conjunto Mínimo Básico de Datos de los usuarios de establecimientos residenciales** que recoja los principales datos sobre la población residente.
- b. La definición por consenso de un **modelo básico de recogida de información estadística sobre dependencia** que se incluya de forma sistemática en las encuestas oficiales que investigan en este ámbito.
- c. El establecimiento de un **objetivo de índice (mínimo) de cobertura residencial, centros de día y actividades preventivas** que sea flexible y dinámico en función de las necesidades de la población de cada Administración Autonómica.



7. Orientaciones básicas del modelo de atención

El modelo de atención debería definirse en base a las siguientes **orientaciones básicas**:

7.1. Orientada a las personas: que tenga en cuenta las preferencias, necesidades y valores de los individuos en la medida que sea posible. El apoyo al sector informal (familias y cuidadores) debe considerarse como un pilar fundamental de la atención junto a los recursos formales.

7.2. Orientada a la prevención: que promueva actuaciones preventivas desde los sectores sanitarios y sociales sobre las patologías más prevalentes con el fin de retrasar las situaciones de dependencia entre las personas mayores. Posibilidad de utilizar servicios de prevención y rehabilitación en Centros Residenciales Acreditados de referencia.

7.3. Orientada al mantenimiento de la autonomía: que promueva una labor asistencial orientada hacia la estimulación y potenciación de las capacidades de las personas en lugar de dirigirse a la compensación de sus dependencias.

7.4. Orientada a resultados: que promueva la eficiencia, efectividad y calidad de los servicios.

8. Niveles de dependencia

Edad&Vida está de acuerdo en el establecimiento de **tres niveles de dependencia** tal y como se recoge en el Libro Blanco. La estructura de niveles sería la del cuadro 1.

Entendemos que **el último nivel entra totalmente en la acepción sociosanitaria** y, por tanto, dentro

de la **Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud** que regula en el artículo 14 la Prestación de Atención Sociosanitaria (LEY 16/2003, de 28 de mayo). Dicho artículo ofrece varios elementos importantes para el futuro desarrollo de la atención sociosanitaria:

Nivel de dependencia	Financiador público	Financiador público y privado	Afectación y horas de ayuda
NIVEL I	Cobertura sanitaria universal	Pensión + Familia + soporte público a la dependencia	AIVD + 1AVD (entre 3 y 7 h. a la semana; 1 vez al día)
NIVEL II	Cobertura sanitaria universal	Pensión + Familia + soporte público a la dependencia	AIVD + 2AVD (entre 8 y 12 h. a la semana; 1 vez al día y en ocasiones 2)
			AIVD 3AVD + complejidad clínica y algunas curas especiales (a partir de 13 y hasta un máximo de 30 h. a la semana; 2 veces al día y en muchos casos 3) ¹
NIVEL III	Cobertura sanitaria universal de gran riesgo	Pensión + Familia + soporte público a la dependencia	AIVD 90% de las AVD con fuerte componente sanitario de complejidad clínica y curas especiales (más de 40 h. a la semana) Atención sociosanitaria

Cuadro 1

¹ Sumando profesionales sanitarios y sociales



Artículo 14. Prestación de atención sociosanitaria.

1. La atención sociosanitaria comprende el conjunto de cuidados destinados a aquellos enfermos, generalmente crónicos, que por sus especiales características pueden beneficiarse de la actuación simultánea y sinérgica de los servicios sanitarios y sociales para aumentar su autonomía, paliar sus limitaciones o sufrimientos y facilitar su reinserción social.
2. En el ámbito sanitario, la atención sociosanitaria se llevará a cabo en los niveles de atención que cada Comunidad Autónoma determine y en cualquier caso comprenderá:
 - a. Los cuidados sanitarios de larga duración.
 - b. La atención sanitaria a la convalecencia.
 - c. La rehabilitación en pacientes con déficit funcional recuperable.
3. La continuidad del servicio será garantizada por los servicios sanitarios y sociales a través de la adecuada coordinación entre las Administraciones públicas correspondientes.

Este marco legal es un elemento de oportunidad importante ya que establece la base para la elaboración de acuerdos entre Administraciones y los distintos niveles de atención, señalando de forma explícita la necesidad de coordinación. Asimismo, acota tanto la población susceptible de atención como los cuidados que comprende la atención sociosanitaria. Ofrece, en

principio, un campo amplio de actuación, que debe ser asumido por las CCAA, lo que no debería suponer una discontinuidad y desigualdad en la atención sociosanitaria (Fontanals, 2005).

La nueva Ley de Dependencia ha de tener en cuenta la legislación y dispositivos existentes, para así **optimizar los recursos disponibles**. De acuerdo con la Ley de cohesión y calidad del SNS, sería posible que en una residencia asistida con una cartera de servicios integrados se pudiera concertar un número de camas para individuos de nivel III (gran dependencia).

Es necesario puntualizar que la cobertura sanitaria es **universal** en todos los niveles. Por lo tanto, la vía sería proporcionar esta cobertura universal en cualquier domicilio o servicio, bien por la entrada de profesionales sanitarios en los domicilios o residencias, bien por el pago a entidades especializadas por el trabajo de sus profesionales sanitarios. Se podría tomar como ejemplo el **modelo Francés**.

Se observa además que en el nivel II, la dependencia tiene un abanico muy amplio, porque lo que se podría ajustar el número de horas a considerar.

Pensamos, además, que deberían ser **más concretos y cuantificables los criterios de definición de cada grupo** y, además, sería **necesario definir estrictamente los servicios que deben cubrir las necesidades funcionales de las personas dependientes diferenciándolos claramente de los servicios sanitarios cubiertos de forma universal por el SNS**.

9. Financiación

En general, **la participación del Estado debería ser mayor cuanto mayor nivel de dependencia tuviese el individuo o más débil fuese su situación económica**. El esquema de financiación podría ser el siguiente:

- **Financiación pública. Cobertura universal para las situaciones de gran dependencia**, que se conseguiría mediante impuestos generales.

La financiación de los procesos de gran dependencia debería tener una cobertura universal de financiación pública **bajo el modelo de atención sociosanitaria** y dentro de la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud que ya reconoce el peso sanitario de la dependencia y **definiendo en la nueva Ley el peso social a soportar con financiación pública y privada**.

Dentro del nivel de gran dependencia se incluirían aquellos **individuos que tienen necesidad de apoyo continuado** y durante mucho tiempo para llevar a cabo las actividades de la vida diaria. Por lo general, estos casos precisan de internamiento y el nivel de dependencia está asociado a un conjunto de problemas de salud de carácter crónico.

- **Financiación privada (mixta). Cobertura de los otros niveles de dependencia**. Sería voluntaria, asumiendo por ello los ciudadanos su financiación mediante los **instrumentos de previsión** que estuviesen disponibles, sin plantear restricciones para dar entrada al máximo número de alternativas a efectos de activar el mayor volumen de recursos económicos. El Estado establecería un incentivo económico, de carácter público, inversamente proporcional al nivel de renta, para la adquisición de los instrumentos de previsión citados anteriormente. Este incentivo podría materializarse a través de un 'cheque-seguro' (*voucher*) que fomente el desarrollo de los instrumentos de previsión citados. Con ello, cuando el ciudadano se encuentre en situaciones distintas a la gran dependencia, el Estado no asumiría los costes de los servicios de atención necesarios, que quedarían a cargo del instrumento de previsión seleccionado en su día por el ciudadano.

Para aquellos ciudadanos que voluntariamente completen, o mejoren, el nivel de cobertura ofrecido por el 'cheque-seguro' se ofrecerían **incentivos fiscales** en forma de deductibilidad de sus aportacio-



nes o primas satisfechas para financiar cualquiera de los instrumentos de previsión disponibles para cubrir dicha contingencia.

La incentivación fiscal de los diferentes sistemas de previsión permitiría:

- Conseguir una **base amplia de asegurados particulares** (de diferentes edades, clase social y situación de no-dependencia) con la que lograr abaratar coberturas, al hacer posible el cálculo de las primas
- Significar estos nuevos sistemas de previsión como una **fuerza de ahorro de previsión finalista** con efectos notablemente beneficiosos para el propio Estado.

con bases técnicas aseguradoras. Se evitarían así productos caros y de contratación minoritaria por su elitismo, que por otra parte no ayudarían a soportar los elevados costes asistenciales necesarios en el medio y largo plazo para atender a los ciudadanos dependientes.

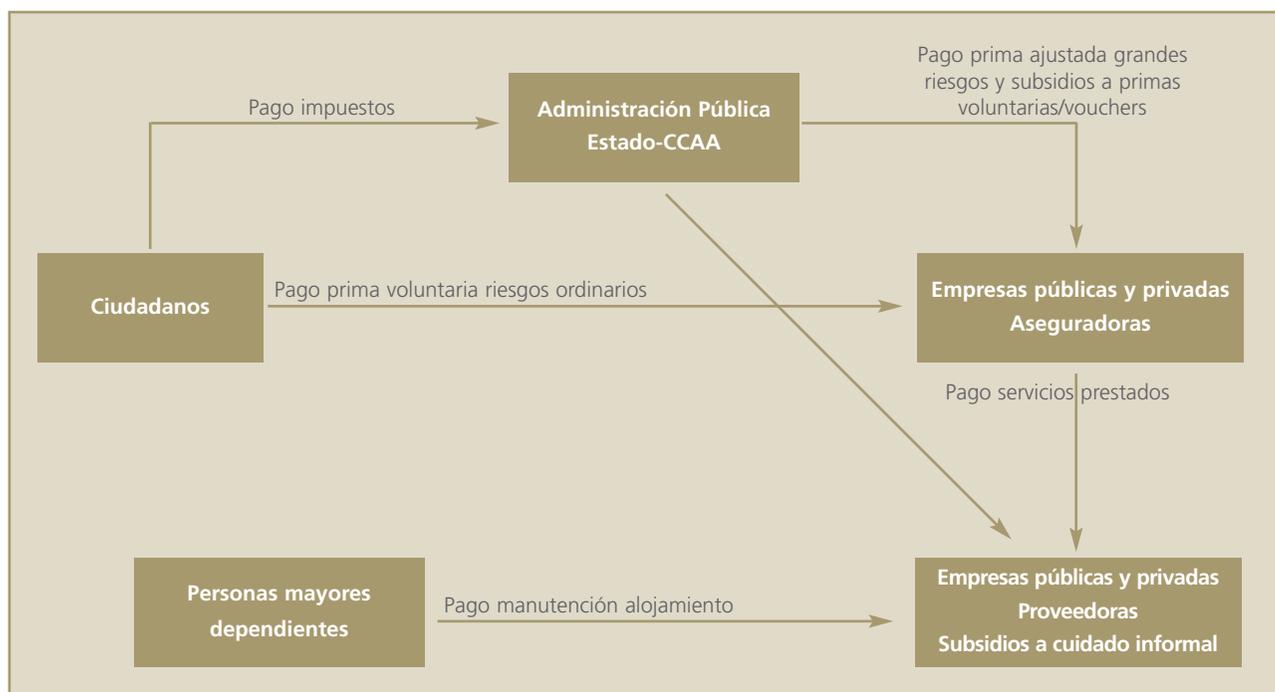


Figura 1. Esquema básico de Financiación del Riesgo de Dependencia

Costes de manutención: en cualquiera de los niveles de dependencia se mantendrá la **aportación de financiación privada por parte de los ciudadanos para los costes de manutención**. El alcance de esta aportación estará relacionada con la **pensión disponible** y será necesaria su regulación.

Por lo tanto, desde **Edad&Vida** proponemos un sistema mixto, en que la cobertura del riesgo de dependencia quedaría establecida mediante el **mecanismo de financiación** que se muestra en la Figura 1.

El esquema de financiación que aquí se propone sigue las **recomendaciones de la OCDE** en relación a un **abordaje de financiación mixto** para la cobertura de la dependencia. De hecho, este esquema no es más que un **perfeccionamiento del sistema mixto de financiación (Estado + familias) de la atención a personas dependientes que ya se está llevando a cabo en el Estado español**. Las situaciones de más dependencia están siendo cubiertas actualmente bien por sanidad o a través de los programas del IMSERSO. A su vez, es de todos conocidos el esfuerzo económico que llevan a cabo las familias españolas para solucionar los déficits de atención a sus familiares dependientes.

En la Figura 2 reflejamos el detalle de este modelo de financiación mixto.

Paralelamente, deberían incentivarse **sistemas alternativos para mejorar la capacidad económica de los mayores como la conversión de activos inmobiliarios en renta**, con la finalidad de completar los ingresos en un segmento de edad avanzada, a fin de

poder pagar situaciones de dependencia presente o futura. Como en su momento con las pensiones privadas (Planes de Pensiones y Jubilación), debe darse la incentivación de este tipo de productos claramente favorecedores en lo social y necesarios para un adecuado equilibrio presupuestario actual y sobre todo futuro.

Periodo transitorio (personas que han caído en un estado de dependencia): la Ley debería regular **para los ya dependientes un tratamiento diferenciado** según sus medios:

- a. Por debajo de determinado nivel económico, el acceso enteramente gratuito a recursos públicos;
- b. Por encima de esta situación, y por debajo de la siguiente, subvenciones que les ayuden a pagar el coste de utilización de recursos privados, excepto la del nivel de gran dependencia;
- c. Por encima de determinados niveles de renta, ninguna ayuda, excepto la del nivel de gran dependencia.

Para llevar a cabo esta propuesta, para los casos de transición, es necesaria una **regulación explícita de la prueba de medios**.

En relación con estos aspectos, Edad&Vida advierte que debe tenerse en cuenta la **falta de sostenibilidad económica del modelo alemán**, que se pone como ejemplo en el Libro Blanco, al establecer las cuantías que deben financiarse públicamente.

10. Conclusiones

Es necesario generar un **gran consenso nacional** entre las Administraciones (Estatales, Autonómicas y Locales), profesionales y proveedores, con el objetivo que **la Ley de la Dependencia** sea una **Ley de Bases de carácter Estatal**, que permita regular los mínimos que se establezcan para todas las personas dependientes, sea cual sea su origen y lugar de nacimiento.

En cuanto a la **financiación**, el Libro Blanco analiza distintos escenarios de nuestro entorno más próximo y realiza diversas consideraciones de cómo podría abordarse, partiendo del principio que deberá existir la participación económica de los usuarios. Paradójicamente no se designa ningún papel a la financiación privada instrumentada a través de productos financieros o de previsión (seguros, planes de pensiones, etc.). Es evidente que la financiación será el **gran elemento de debate** de esta futura ley, aunque quisiéramos manifestar que, para abordar la dependencia con éxito, debería partir de un gran pacto social, donde se dejen de lado los intereses partidistas y cuyo eje de discusión sea la atención a los ciudadanos y su sostenibilidad futura. Y todo ello sin obviar ninguna de las alternativas de financiación y aseguramiento existentes en la actualidad, o que se pudieran derivar en el futuro, para activar recursos económicos que tengan como finalidad

sufragar en última instancia los gastos derivados de una situación de dependencia.

Es fundamental la implicación de las **Consejerías de Sanidad y Servicios Sociales** para que el proyecto evolucione y se consolide en los próximos años. En este sentido, se requiere una **mayor comunicación e integración de niveles**, junto a una modernización de los sistemas de acceso, compra y seguimiento de los servicios. Al hablar de financiación sostenible, es necesario explicar a las **familias** que tendrán que asumir una parte importante de la consecuencia social de la dependencia.

En la reflexión sobre la situación actual que propone el Libro Blanco, hemos echado en falta un **mayor reconocimiento a la labor del sector privado** en la atención a las personas mayores durante estos últimos años, que ha sido clave a nuestro entender, en la implantación de servicios especializados y de calidad para las personas mayores dependientes.

Desde Edad&Vida siempre hemos manifestado el **gran impacto económico que provocará el envejecimiento de la población** y que sólo podrá resolverse con la participación, en ningún caso subsidiaria, del sector privado y en estrecha colaboración con el



sector público. Por todo ello, es necesario un marco de actuación claro, con unas **reglas de juego claras** que permitan la participación de la **iniciativa privada** (proveedores de servicios, aseguradoras, sector financiero y otros), y definan claramente el **reparto de responsabilidades** para abordar, en **colaboración con el sector público** y con los propios afectados y sus familias, el fenómeno de la dependencia en España.

Solamente en el caso que se consiga perfilar con claridad hasta dónde llega la participación pública y a partir de dónde se permite actuar a la iniciativa privada, se generarán las **sinergias necesarias** para que los recursos que se destinen cumplan con los criterios de eficiencia y sostenibilidad económica futura.

Es fundamental tener en cuenta que el **sector asistencial** puede permitir el desarrollo de mayores niveles de bienestar para la población. Hay que tener en cuenta que, en función del modelo que fije la ley, puede asentarse definitivamente como un **sector económico de valor añadido**, con suficiente base y viabilidad futura para que cree y reparta riqueza, aportando inversiones al país y creando puestos de trabajo estables.

Desde Edad&Vida consideramos que los **seis elementos esenciales a tener en cuenta en una futura Ley de Dependencia** son los siguientes:

1. **Prevención**
2. **Integración de servicios**
3. **Acreditación y cartera de servicios**
4. **Sistemas de valoración comunes**

5. **Sistemas de evaluación de la dependencia**

6. **Financiación**

Asimismo, quisiéramos realizar las siguientes consideraciones:

- Apoyamos la **creación de Agencias Autonómicas** que administren la compra de servicios.
- Defendemos una **financiación por proceso** con flexibilidad en la gestión.
- Es necesario establecer la **libre elección de servicios complementarios**, pero no solamente hoteleros.



Bibliografía

- Edad&Vida (2004)
Estudio del modelo de atención a las personas mayores con dependencia en España
Barcelona: Edad&Vida
- Edad&Vida (2001)
Propuesta de Edad&Vida sobre la definición estatal de un seguro de dependencia estatal
Barcelona: Edad&Vida
- Fontanals, M.D. (2005)
De la cronicidad a la dependencia: Definición y perspectiva histórica. Primera Jornada Sociosanitaria de Castilla La Mancha
Toledo: SESCAM (Pendiente de Publicación)
- MTAS (2005)
Libro Blanco de la Dependencia
Madrid: MTAS



El **Posicionamiento de Edad&Vida para un marco regulador en la provisión de servicios y financiación de la dependencia** ha sido realizado por expertos del Grupo de Trabajo sobre Dependencia de Edad&Vida, formado por:

Sra. **M^a Dulce Fontanals**
Directora de FUNDACION SAR

Sr. **Pere Ibern**
Director de Desarrollo de DKV Seguros

Sr. **Josep Santacreu**
Consejero Delegado de DKV Seguros

Sr. **Domènec Crosas**
Director General de SANITAS RESIDENCIAL

Sr. **Pedro Cano**
Director Técnico de SANITAS RESIDENCIAL

Sra. **Iciar Ancizu**
Investigadora de FUNDACION SAR

Sr. **Teótimo Sáez**
Secretario General de ADESLAS

Sr. **Rafael Iglesias**
Director General de SANYRES

Sr. **Benigno Maújo**
Director General de GEROGESTION

Sr. **José Antonio Iglesias**
Subdirector de CAIFOR

Sr. **Jaume Español**
Jefe de Productos de Salud de CAIFOR

Sr. **Donato Muñoz**
Director de Proyectos de CEVASA

Sra. **Ana M^a García**
Directora General de LA SALETA Gestión

Sr. **Juan Manuel Martínez**
Director General de EULEN Servicios Sociosanitarios

Sr. **José Ramón Campos**
Director Técnico de MAPFRE QUAVITAE

Sr. **Albert Vergés**
Director General de Edad&Vida

Sra. **Anna Mitjans**
Directora Técnica de Edad&Vida

y en estrecha colaboración y coordinación con los miembros de la Junta Directiva de Edad&Vida.