



El sistema estatal de atención sociosanitaria  
en el ámbito de la dependencia  
**2009**



INSTITUTO DE  
BIOMECÁNICA  
DE VALENCIA

**cuida**

asociación para  
el cuidado de la  
calidad de vida

El sistema estatal de atención sociosanitaria  
en el ámbito de la dependencia  
**El caso español y otros modelos de referencia**  
**2009**

Emilio J. Benítez Bermejo

Rakel Poveda Puente

Clara Bollaín Pastor

Rosa M. Porcar Seder

J. Javier Sánchez Lacuesta

Jaime M. Prat Pastor

Xavi Andrade Celdrán



INSTITUTO DE  
BIOMECÁNICA  
DE VALENCIA

**cuida**  
asociación para  
el cuidado de la  
calidad de vida



con apoyo de







**cuida**

asociación para  
el cuidado de la  
calidad de vida

razón social  
**asociación para el cuidado  
de la calidad de vida**

CIF **G-97829014**

nº de inscripción en  
el registro  
**CV-01-041022-V  
de la sección 1ª**

sede  
**universidad politécnica  
de valencia, edificio 9c  
camino de vera s/n  
46022 valencia**

tel **96 387 91 60**

fax **96 387 91 69**

**cvida@cvida.com**

**www.cvida.com**

2009

cvida

## índice

|                                                                                                    |    |                                                                               |    |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|----|-------------------------------------------------------------------------------|----|
| Sumario ejecutivo                                                                                  | 9  | El modelo de atención sociosanitaria en el ámbito de la dependencia en España | 33 |
| El modelo de atención sociosanitaria en el ámbito de la dependencia en España                      | 9  | Orígenes                                                                      | 33 |
| Los modelos de referencia en el ámbito de la atención sociosanitaria a la situación de dependencia | 14 | Análisis de la estructura cualitativa del modelo                              | 34 |
| Conclusiones                                                                                       | 24 | Análisis de la estructura cuantitativa del modelo                             | 38 |
| Motivación y objetivos del estudio                                                                 | 29 | Competencias dentro del sistema de protección a la dependencia                | 53 |
| Motivación del estudio                                                                             | 29 | Coordinación sociosanitaria                                                   | 56 |
| Objetivos del estudio                                                                              | 29 |                                                                               |    |

Los modelos de referencia en el ámbito  
de la atención sociosanitaria a la  
situación de dependencia **65**

Aproximación a los modelos de protección  
a las personas en situación de dependencia  
a nivel europeo e internacional **65**

Un marco comparativo para el caso  
español: modelos internacionales de  
referencia **66**

Conclusiones **97**

Bibliografía **107**

Miembros de la Asociación CVIDA **113**

Empresas **113**

Entidades **115**







El presente estudio tiene por objetivo abordar la caracterización **del modelo de atención y protección a las personas en situación de dependencia en España** y los sistemas análogos más desarrollados y avanzados a **nivel internacional** y afines al contexto español, desde la perspectiva de su estructura cualitativa y cuantitativa, competencias y coordinación sociosanitaria. A este respecto, se pone de manifiesto la **necesidad de determinar un criterio** que permita evaluar la idoneidad de estos sistemas y resulte de utilidad para definir el **diseño de un modelo excelente de atención sociosanitaria en el ámbito de la dependencia**.

## El modelo de atención sociosanitaria en el ámbito de la dependencia en España

### Análisis de la estructura cualitativa del modelo

#### Legislación y cobertura

Dentro del **contexto normativo**, la ley más representativa en el **apartado social** es la **Ley 39/2006**, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en situación de Dependencia (LAPED) –la cual determina la creación de un **Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD)**–, además de **otras leyes** de servicios sociales y/o de acción

social **desarrolladas por las Comunidades Autónomas** (CC.AA.), de acuerdo a las competencias que tienen transferidas. Por otro lado, las alusiones a la dependencia vinculadas al **ámbito sanitario** se incluyen en la **Ley 6/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud (SNS)**, en la que se hace referencia a las **prestaciones sociosanitarias**. Sin embargo, **no se ha llegado a especificar el contenido concreto** de la cartera de servicios de atención sociosanitaria, al tiempo que la LAPED tampoco aclara el rol a desempeñar por el SNS en la atención a la dependencia.

La **cobertura** de la atención a la dependencia en España se corresponde con un **modelo público y universal** que permite el acceso al sistema, como **beneficiarios**, a personas en situación de dependencia que, cumpliendo con determinados requisitos estipulados en la normativa, pueden ser: **españoles residentes** en el país, personas **residentes de nacionalidad no española, emigrantes españoles y españoles no residentes**.

#### Grados de dependencia y sistema de valoración

Las categorías de **grados y niveles de dependencia** según la Ley 39/2006 se resumen en la tabla 1.

Los 3 grados de dependencia están integrados por 2 subcategorías: nivel 1 (necesidad de menor ayuda) y nivel 2 (necesidad de mayor ayuda).

Tabla 1.- Grados y niveles de clasificación de la situación de dependencia.

| Variables que determinan el GRADO      |                                            |                                                                         |
|----------------------------------------|--------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|
| Grados                                 | Frecuencia de ayuda para realizar ABVD (a) | Necesidad de apoyo                                                      |
| <b>Grado I:<br/>Dep. Moderada</b>      | Al menos 1 vez al día                      | Intermitente o limitado para su autonomía personal                      |
| <b>Grado II:<br/>Dep. Severa</b>       | 2 ó 3 veces al día                         | Extenso para su autonomía personal o apoyo no permanente de un cuidador |
| <b>Grado III:<br/>Gran Dependencia</b> | Varias veces al día                        | Generalizado para su autonomía personal o apoyo continuo de un cuidador |

(a) ABVD: Actividades Básicas de la Vida Diaria.

| Variables que determinan el NIVEL |                    |                                   |
|-----------------------------------|--------------------|-----------------------------------|
| Niveles                           | Autonomía personal | Intensidad de cuidados requeridos |
| <b>Nivel 1</b>                    | Elevada            | Reducida                          |
| <b>Nivel 2</b>                    | Reducida           | Elevada                           |

El grado y nivel correspondientes, a efectos de la **valoración de la situación de dependencia**, se determinan mediante la aplicación de un baremo (**Baremo de Valoración de la Dependencia, BVD**). La evaluación se basa en la aplicación de un cuestionario y en la observación directa del valorador (profesional cualificado), considerando además los informes sobre la salud del solicitante y el entorno en el que vive, entre otros elementos.

Los **órganos de valoración** de la situación de dependencia son **fijados por las CC.AA.** y están encargados de **emitir un dictamen** sobre el grado y nivel de dependencia. La **resolución**, expedida por la Administración Autonómica correspondiente, debe determinar los **servicios o prestaciones a**

**las que tiene derecho el solicitante**, permitiendo la definición de un plan de cuidados detallado en el **Programa Individual de Atención (PIA)**.

### Análisis de la estructura cuantitativa del modelo

#### Prestaciones y tratamiento fiscal

Las prestaciones o ayudas contempladas en la LAPED pueden ser de dos tipos:

- **Servicios:**
  - Servicios de prevención de las situaciones de dependencia y los de promoción de la autonomía personal.

- Servicio de Teleasistencia.
- Servicio de Ayuda a Domicilio.
- Servicio de Centro de Día y de Noche.
- Servicio de Atención Residencial.

La intensidad de los servicios (por ejemplo, el número de horas mensuales de prestación del servicio al beneficiario) viene determinado por lo establecido en el PIA.

Asimismo, se contempla la participación de las personas beneficiarias en la financiación de estos servicios, sin embargo, ningún ciudadano puede quedar fuera de la cobertura del SAAD por no disponer de recursos económicos.

Según el acuerdo alcanzado por el Consejo Territorial del SAAD, la **implicación económica de los beneficiarios en el coste de los servicios del catálogo** debe materializarse teniendo en cuenta algunas directrices relacionadas con el tipo de servicio, el valor de los indicadores de referencia y otras consideraciones particulares.

• **Prestaciones económicas:**

- Vinculadas al servicio (cuando no sea posible el acceso a un servicio –público o concertado– de atención y cuidado).
- Para cuidados en el entorno familiar y apoyo a cuidadores no profesionales (se reconoce, de forma excepcional, cuando el beneficiario esté siendo atendido por su entorno familiar, la vivienda reúna las condiciones adecuadas y así lo especifique su PIA).

- De asistencia personal (contratación de un servicio de asistencia personal durante un determinado número de horas).

Las bases de la **participación de los beneficiarios en el montante de las prestaciones económicas** se han definido teniendo en cuenta aspectos que, entre otros, tienen que ver con el tipo de prestación económica y la capacidad económica del beneficiario.

En esta línea, y sin perjuicio de que las CC.AA. o Administración competente puedan regular condiciones más ventajosas, la **capacidad económica del beneficiario** será la correspondiente a su renta, modificada al alza por la suma de un porcentaje de su patrimonio (establecido en función de la edad del usuario).

A partir de estas consideraciones, **las CC.AA. determinarán la participación concreta de los usuarios en la cofinanciación** de los servicios y prestaciones reconocidos a los beneficiarios de la LAPED.

Las cuantías máximas de las prestaciones económicas para el ejercicio 2008, atendiendo al calendario de aplicación progresiva de la Ley 39/2006, quedan resumidas en la tabla 2.

Además de este tipo de ayudas económicas, la LAPED recoge la posibilidad de establecer acuerdos entre la Administración Central y las CC.AA. con el objetivo de conceder **subvenciones para**

Tabla 2.- Cuantías máximas de las prestaciones económicas de la Ley 39/2006 para el ejercicio 2008.

| Grados y Niveles    | Prestación vinculada al servicio (€/mes) | Prestación para cuidados en el entorno familiar (€/mes) |                          | Prestación de asistencia personal (€/mes) |
|---------------------|------------------------------------------|---------------------------------------------------------|--------------------------|-------------------------------------------|
|                     | Cuantía                                  | Cuantía                                                 | Cuota Seg. Social + F.P. | Cuantía                                   |
| Grado III – Nivel 2 | 811,98                                   | 506,96                                                  |                          | 811,98                                    |
| Grado III – Nivel 1 | 608,98                                   | 405,99                                                  | 153,93 (a)               | 608,98                                    |
| Grado II – Nivel 2  | 450                                      | 328,36                                                  |                          | ---                                       |

(a) Esta parte de la prestación cubre las cuotas de Seguridad Social y Formación Profesional del cuidador no profesional, las cuales son abonadas directamente por el IMSERSO a la Tesorería General de la Seguridad Social.

**facilitar la autonomía personal** en los siguientes términos:

- Apoyar a la persona con **ayudas técnicas o instrumentos** necesarios para el normal desenvolvimiento de su vida ordinaria.
- Facilitar la **accesibilidad y adaptaciones en el hogar** que contribuyan a mejorar su capacidad de desplazamiento en la vivienda.

Algunas regiones como Galicia, Ceuta y Melilla ya han regulado, normativamente, ayudas en este ámbito.

Paralelamente, **el mercado privado del seguro de dependencia todavía no ha conseguido despegar en el contexto español**, tras la regulación legislativa del mismo aprobada en diciembre de 2007.

En lo respectivo a la **fiscalidad de las prestaciones**, tienen la consideración de **rentas exentas**

las prestaciones económicas públicas vinculadas al servicio, para cuidados en el entorno familiar y de asistencia personalizada. De forma análoga, los **instrumentos privados** para la cobertura de la dependencia disponen de un **tratamiento impositivo favorable** a través de la Ley 35/2006 del IRPF.

#### Financiación del sistema

El modelo español de protección a la dependencia –de carácter público e universal– se financia **vía impuestos**. El **sostenimiento económico del SAAD** corresponde a la Administración General del Estado (AGE) y a las propias **CC.AA.**

No obstante, el sistema contempla una **financiación mixta**, en la que los beneficiarios de las prestaciones de dependencia también contribuyen a sufragar las mismas (**copago**). A este respecto, se ha establecido una **coparticipación progresiva**

y se han fijado los **umbrales mínimos y máximos** de copago del beneficiario, como base para el desarrollo posterior de las **regulaciones** concretas a acometer por las **CC.AA.** en este ámbito, que **dispondrán la implicación específica de los beneficiarios en la financiación de las ayudas** otorgadas al amparo de la Ley 39/2006.

El análisis del **impacto del copago** en la renta de los beneficiarios refleja que los **usuarios con menores recursos** asumen, proporcionalmente, una **mayor carga** que aquellos que tienen unos ingresos de nivel medio-alto.

#### Otros datos cuantitativos básicos

En este epígrafe se recogen estadísticas, cifras de carácter económico y otras variables cuantitativas relacionadas con el sistema español de atención a la dependencia.

Entre otra información, se muestra el volumen de **solicitudes, valoraciones y dictámenes/resoluciones** gestionadas por las CC.AA. para el reconocimiento de la situación de dependencia.

A la vista de los datos del **volumen de población que presenta alguna discapacidad para acometer ABVD**, se aprecia que en los próximos años **el SAAD podría llegar a gestionar prácticamente un número 4 veces mayor de solicitudes** para cubrir la potencial demanda de ayudas de todo este colectivo, a fin de mejorar su autonomía personal.

Por otra parte, del conjunto de **resoluciones** gestionadas por los órganos competentes de las CC.AA., **algo más de 445.000 han generado derecho a prestación**. Esta cifra supone una cobertura de casi el **16% de la población española que presenta alguna discapacidad para acometer ABVD**.

En el terreno económico, existen **3 niveles de contribución al SAAD** procedentes de la AGE y las CC.AA.:

1. Nivel de protección **mínimo garantizado por la AGE**. La AGE ha otorgado para este concepto la cantidad de 871 millones de euros en el ejercicio 2008.

Tabla 3

| Grado y nivel de dependencia             | Mínimo de protección garantizado (€ / beneficiario) |
|------------------------------------------|-----------------------------------------------------|
| Grado III de Gran Dependencia – Nivel 2  | 258,75                                              |
| Grado III de Gran Dependencia – Nivel 1  | 175,95                                              |
| Grado II de Dependencia Severa – Nivel 2 | 100,00                                              |

2. Nivel de protección **acordado entre la AGE y las CC.AA.** La contribución de cada Autonomía ha de ser, para cada ejercicio, igual o superior a la de la AGE. En concreto, la cantidad aportada por el Estado a esta partida durante 2008 fue de 241 millones de euros.

3. Nivel de protección **complementario (opcional) de cada Comunidad Autónoma**. En términos generales, esta tercera vía de protección no se ha podido desarrollar debido, entre otras causas, a la problemática actual entorno a la financiación autonómica.

El **objetivo** de la Administración Central es dedicar, para el **gasto en dependencia**, hasta aproximadamente un **1% del PIB en 2015**.

### Coordinación sociosanitaria

Hasta el momento el **nivel de coordinación** entre los servicios sanitarios y sociales ha sido **bajo y complejo**, debido a las diferencias y dificultades presentes entre el sistema de salud y el de servicios sociales en materia jurídica, financiera, organizativa y profesional.

Para superar esta situación, se barajan fundamentalmente **dos fórmulas** que inciden en la **reorganización** –a través de diferentes caminos– de los sistemas sanitario y social (y sus servicios):

- **Coordinación** (complementariedad entre los servicios de salud y sociales, sin la generación de nuevos recursos).
- **Integración** (creación de un nuevo espacio de atención conformado por determinados recursos del SNS y del Sistema de Servicios Sociales, así como nuevos servicios específicos para este fin, que den lugar a un tercer sistema, el sociosanitario propiamente).

Por otro lado, la creación y puesta en marcha de **la Ley 39/2006 no ha supuesto ningún avance relevante en este campo**, puesto que la norma deriva esta responsabilidad a las CC.AA., no llega a definir el rol del Sistema Nacional de Salud (SNS) en el ámbito de la dependencia y contempla un catálogo de servicios de marcado perfil social. No obstante, se han previsto medidas para trabajar sobre la mejora de la actividad del SAAD y evaluar los resultados de la Ley. Esta potencial mejora debe pasar, necesariamente, por una mayor vinculación del sistema sanitario y de los servicios sociales para lograr una atención sociosanitaria competitiva y eficaz.

### Los modelos de referencia en el ámbito de la atención sociosanitaria a la situación de dependencia

#### Aproximación a los modelos de protección a las personas en situación de dependencia a nivel europeo e internacional

Se pueden diferenciar cuatro modelos que guardan relación con los sistemas de protección social en el contexto de la atención a las situaciones de dependencia:

- Modelo liberal (Reino Unido, Estados Unidos).
- Modelo continental o bismarckiano (Alemania, Austria, Francia, Luxemburgo o Japón).

- Modelo nórdico o de protección universal (Países Nórdicos, Países Bajos).
- Modelo meridional, latino o mediterráneo (Italia, Portugal).

### Un marco comparativo para el caso español: modelos internacionales de referencia

En este bloque se profundiza en la **caracterización** de algunos de estos **modelos** en el **plano internacional**, con la finalidad de plasmar las particularidades de los sistemas más avanzados en este ámbito y permitir una primera visión de las diferencias existentes respecto al modelo español.

Como **modelos paradigmáticos** se han tomado los sistemas presentes en los siguientes países: **Alemania, Francia, Reino Unido y Japón**. Esta selección responde a la coherencia y, en determinados casos, afinidad con el caso español.

### Análisis de la estructura cualitativa del modelo

#### LEGISLACIÓN Y COBERTURA

La **legislación** correspondiente a **Alemania** (Seguro de Cuidados de Larga Duración, *Pflegeversicherung*) y **Francia** (*Allocation Personnalisée d'Autonomie, APA*) tiene por finalidad la provisión de apoyo limitado para asumir la carga personal y financiera derivada de la atención a la persona dependiente.

El sistema implantado por **Reino Unido** (vinculado a la *Community Care Act*) se centra en la regulación de los servicios sociales dirigidos a las personas dependientes, haciendo hincapié en la distinción entre la provisión del servicio (gestionada por la Administración Pública) y la adquisición del mismo (proveedores públicos o privados acreditados).

La atención a la dependencia en **Japón** está implementada a través de un seguro social, denominado *kaigo hoken*, que se basa en el principio de solidaridad (todos los agentes institucionales y ciudadanos participan en el sostenimiento del sistema).

La **cobertura** de los modelos de **Alemania, Francia y Japón** es universal (con ciertas particularidades, en el modelo francés y japonés, principalmente en lo respectivo a los segmentos de edad de la población potencialmente beneficiaria). En **Reino Unido** el sistema protector es de carácter asistencial, por lo que su aplicación se circunscribe a aquellos usuarios que cuentan con recursos muy bajos.

#### GRADOS DE DEPENDENCIA Y SISTEMA DE VALORACIÓN

##### — ALEMANIA

- **Nivel I:** Reciben entre 1,5 y 3 horas de ayuda al día.
- **Nivel II:** Reciben entre 3 y 5 horas diarias de ayuda.
- **Nivel III:** Reciben más de 5 horas diarias de ayuda.



La **evaluación** de la dependencia es efectuada por el **equipo médico** de los Seguros de Enfermedad (MDK) que, aplicando baremos federales, dictamina el grado de dependencia y los servicios de asistencia o cuidados. La **resolución final** es emitida por la **Caja del Seguro de Dependencia**.

La forma de **prestación recibida** es en gran medida **elección del asegurado** y, aunque la participación en la financiación de los servicios de atención no se contempla formalmente en el sistema alemán, el beneficiario debe asumir implícitamente el **copago** que, en su caso, le corresponda para cubrir el coste total de los servicios recibidos.

### \_\_\_ FRANCIA

De los 6 niveles que tiene la escala AGGIR, únicamente los grupos del 1 al 4 generan derecho a la ayuda de la APA:

- **GIR 1** (personas con necesidad de cuidados continuos para la realización de actividades de la vida diaria o AVDs).
- **GIR 2** (precisan de ayuda para la mayoría de AVDs).
- **GIR 3** (personas que requieren de ayuda todos los días y durante varias veces para mantener su autonomía personal).
- **GIR 4** (individuos que necesitan ayuda para las actividades corporales y la alimentación).

El **sistema de valoración** tiene dos etapas:

- La **evaluación** de la situación de dependencia. **Difiere en función del lugar de residencia** del solicitante (su hogar o una institución). La valoración es realizada por un **equipo médico-social**.
- El **procedimiento administrativo**. El equipo o profesional evaluador propone al beneficiario un **plan de ayuda** (en el que se especifica el **copago** a cargo del usuario). La decisión de **acceso a la ayuda** de la APA corresponde al **presidente del Consejo General del departamento** (provincia) francés donde se ha gestionado la solicitud, a propuesta de una comisión multidisciplinar.

### \_\_\_ REINO UNIDO

**No existe un criterio común respecto a los grados de dependencia** para el conjunto del territorio (se han delimitado 4 niveles de dependencia a modo de orientación).

El proceso de **valoración** es asumido por el **Departamento de Servicios Sociales de las Corporaciones Locales**. Habitualmente un **gestor de cuidados** se ocupa de **coordinar la valoración** del individuo y la organización de los **servicios de atención**. Tras concluir la valoración y la elaboración del plan de cuidados, los agentes locales informan al demandante de la cuantía que ha de satisfacer en concepto de **copago**.

## \_\_ JAPÓN

Los grados de dependencia se organizan en 6 estratos:

- **Nivel de apoyo:** 25 – 30 minutos de asistencia al día.
- **Nivel 1:** 30 – 50 minutos de asistencia al día.
- **Nivel 2:** 50 – 70 minutos de asistencia al día.
- **Nivel 3:** 70 – 90 minutos de asistencia al día.
- **Nivel 4:** 90 – 110 minutos de asistencia al día.
- **Nivel 5:** más de 110 minutos de asistencia diaria.

El proceso de **evaluación** consiste en la aplicación de un **cuestionario** homogéneo a nivel estatal por parte de un agente local (**profesional de enfermería o trabajador social**). Un equipo **multidisciplinar independiente** determina si es necesario realizar algún cambio en la evaluación preliminar (en base a la opinión de un profesional médico) y dictamina la **valoración definitiva** con la relación de prestaciones a recibir, dando lugar a un **certificado oficial** que debe renovarse periódicamente.

Tabla 4

| Prestaciones             |                        | Nivel I | Nivel II | Nivel III |
|--------------------------|------------------------|---------|----------|-----------|
| Cuidado en el hogar      | En especie (€/mes)     | 384     | 921      | 1.432     |
|                          | Pecuniaria (€/mes)     | 205     | 410      | 665       |
| Sustitución del cuidador | Por un familiar (€)    | 205     | 410      | 665       |
|                          | Por un profesional (€) |         | 1.432    |           |

Un gestor de casos local define el plan de cuidados y el importe que debe pagar el beneficiario (en general, la **cofinanciación** se sitúa en un **10%** del coste de los servicios de atención recibidos).

### Análisis de la estructura cuantitativa del modelo

#### PRESTACIONES Y TRATAMIENTO FISCAL

A nivel de **prestaciones**, los sistemas de protección a la dependencia analizados aplican **criterios distintos** según se trate de **ayudas a domicilio** o para **personas institucionalizadas**.

Si se atiende a la **naturaleza de las prestaciones (monetarias o en especie)**, se observan tres categorías: los países que sólo proporcionan ayudas económicas (Francia), los que brindan servicios o ayudas en especie (Japón) y los que ofrecen ambos tipos (Alemania y Reino Unido).

## \_\_ ALEMANIA

La tabla 4 muestra, de forma esquemática, las prestaciones contempladas en el sistema alemán.

Tabla 4 (cont.)

| Prestaciones                                                                         | Nivel I                         | Nivel II | Nivel III |       |
|--------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|----------|-----------|-------|
| Asistencia transitoria (€/año)                                                       | 1.432                           |          |           |       |
| Cuidados residenciales                                                               | Internamiento parcial (€/mes)   | 384      | 921       | 1.432 |
|                                                                                      | Internamiento total (€/mes)     | 1.023    | 1.279     | 1.432 |
| Cuidados residenciales para personas con discapacidad                                | 10% de los costes residenciales |          |           |       |
| Productos de apoyo                                                                   | 90% de los costes               |          |           |       |
| Mejoras del entorno doméstico                                                        | 2.557 € por mejora              |          |           |       |
| Cuotas de los cuidadores al sistema de pensiones (€/mes)                             | 127                             | 255      | 382       |       |
| Ayuda complementaria a dependientes con mayores necesidades de cuidados (máx. €/año) | 460                             |          |           |       |

Los **cuidadores no profesionales** también reciben cursos gratuitos de formación y otro tipo de prestaciones no monetarias.

### \_\_ FRANCIA

Las cantidades máximas mensuales consignadas al ámbito domiciliario en el plan de ayuda individual son las siguientes (datos de septiembre de 2008): **1.212,50€ (GIR 1); 1.039,29€ (GIR 2), 779,46€ (GIR 3); 519,64€ (GIR 4)**. La cantidad a recibir procedente de la APA es la diferencia entre la cuantía máxima de la GIR correspondiente y la cantidad que le corresponda abonar al beneficiario según sus ingresos (**ticket moderador**). La cuantía del ticket moderador queda determinada progresivamente según la correspondencia detallada en la tabla 5.

Tabla 5

| Ingresos mensuales del beneficiario | % del coste del plan de ayuda asumido por el beneficiario (ticket moderador) |
|-------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|
| Menos de 682,67€                    | 0%                                                                           |
| Entre 682,67€ y 2.720,49€           | Entre 0% y 90%                                                               |
| Más de 2.720,49€                    | 90%                                                                          |

A nivel residencial, el Gobierno estipula una “**tarifa de dependencia**” para cada institución atendiendo a los diferentes grados de dependencia.

El **cuidador informal** recibe ayudas en materia de formación y asesoramiento.

### \_\_ REINO UNIDO

Cuando el beneficiario reside en el hogar, las **prestaciones** concedidas pueden ser en forma

de **servicios o monetarias (direct payments), a elección del usuario.**

En el ámbito residencial, la Administración Local puede ayudar al beneficiario a sufragar los **costes de institucionalización**. Para el cálculo de la contribución pública **se valora la situación patrimonial de la persona dependiente**.

Finalmente, existen **otro tipo de ayudas** a las que pueden acceder –bajo determinadas circunstancias– **las personas en situación de dependencia o sus cuidadores no profesionales**, entre las que cabe destacar las siguientes (datos vigentes en el ejercicio 2008; tipo de cambio aplicado, 1 euro = 0,79505 libras):

- Prestación de Asistencia (*Attendance Allowance*): Dirigida a personas mayores que necesitan cuidados personales o ayudas para desplazarse. Dos tarifas: tarifa mínima (44,85£/56,41€ semanales) y tarifa máxima (67£/84€ semanales).
- Prestación de Discapacidad (*Disability Living Allowance*): Destinada a niños y adultos menores de 65 años. La prestación se divide en dos partes, el componente de cuidados y el componente de movilidad (véase tabla 6).
- Fondo para la Vida Independiente (*Independent Living Fund*): Dirigido a personas dependientes para mejorar su autonomía en la vivienda. La cuantía máxima a percibir es de 455£/572€ a la semana.

Tabla 6

| Componente de cuidados  | Cuantía a percibir (£ y € por semana) |
|-------------------------|---------------------------------------|
| Tarifa Mínima           | 17,75£ (22,33€)                       |
| Tarifa Intermedia       | 44,85£ (56,41€)                       |
| Tarifa Máxima           | 67,00£ (84€)                          |
| Componente de movilidad | Cuantía a percibir (£ y € por semana) |
| Tarifa Mínima           | 17,75£ (22,33€)                       |
| Tarifa Máxima           | 46,75£ (58,80€)                       |

- Prestación para el Cuidador (*Carer's Allowance*): Dirigido a personas con baja renta que cuidan a un dependiente, al menos 35 horas a la semana. La cantidad a recibir es de 50,55£/63,58€ por semana.
- Los cuidadores tienen a su disposición programas de formación y pueden disfrutar de un período vacacional.

### — JAPÓN

La persona en situación de dependencia tiene la posibilidad de **elegir el tipo de cuidado a recibir y el proveedor** de esta asistencia (público o privado). Las cuantías máximas estipuladas son (datos del ejercicio 2005; tipo de cambio aplicado, 1 euro = 155,42 yenes).

Tabla 7

| Grados de dependencia | Servicios de Asistencia a Domicilio (¥ y € al mes) | Servicios en Centros Residenciales (¥ y € al día) |
|-----------------------|----------------------------------------------------|---------------------------------------------------|
| Nivel de apoyo        | 61.500¥ (396€)                                     | --- (a)                                           |
| Nivel 1               | 165.800¥ (1.067€)                                  | 8.800¥ (57€)                                      |
| Nivel 2               | 194.800¥ (1.253€)                                  | 9.300¥ (60€)                                      |
| Nivel 3               | 267.500¥ (1.721€)                                  | 9.800¥ (63€)                                      |
| Nivel 4               | 306.000¥ (1.969€)                                  | 10.300¥ (66€)                                     |
| Nivel 5               | 358.300¥ (2.305€)                                  | 10.800¥ (70€)                                     |

(a) Las personas integradas en el nivel de apoyo no tienen acceso a la subvención de los servicios en centro residencial.

El **cuidador informal** no tiene estipulado ningún tipo de prestación.

La cobertura de la situación de dependencia a través de **seguro privado** está presente en los modelos internacionales considerados. Los **mercados de Alemania y Reino Unido** concernientes a este negocio están **poco desarrollados**, mientras que en **Francia** ha crecido a **tasas muy elevadas** (en torno al 20-25% a principios de década). En Japón, por su parte, este mercado experimentó un fuerte desarrollo en los años 90, sin embargo, en la actualidad, se encuentra **alejado de las tasas de crecimiento** de Francia o Estados Unidos.

Respecto al **tratamiento fiscal** de las ayudas proporcionadas por los modelos de protección a la dependencia sometidos a estudio, cabe destacar que las **prestaciones recibidas por la persona**

**dependiente no están sujetas a impuestos.** No obstante, las ayudas pecuniarias dirigidas al **cuidador no profesional sí están sometidas a gravamen.**

#### FINANCIACIÓN DEL SISTEMA

Se pueden diferenciar tres categorías de acuerdo a las fuentes de financiación públicas de los modelos descritos: los sistemas protectores sufragados únicamente a través de **cotizaciones sociales** (Alemania), aquellos que lo hacen mediante un **régimen impositivo** (Reino Unido) y, por último, los que tienen un **carácter mixto** y se nutren de ambas fuentes de financiación, esto es, contribuciones sociales e impuestos (Francia y Japón).

Asimismo, la participación de las personas dependientes en el coste de los servicios de atención recibidos (**copago**) se organiza de **forma distinta en los distintos mercados de referencia** considerados, teniendo un tratamiento particular en cada territorio.

#### OTROS DATOS CUANTITATIVOS BÁSICOS

En el presente apartado se aborda la evolución, en los últimos años, de dos variables fundamentales en el área de la atención a la dependencia: el **volumen de personas beneficiarias** –respecto a la población total– de cada sistema de protección a la dependencia y el **gasto** –en % del PIB– derivado del funcionamiento de los mismos.

El gráfico 1 muestra la **evolución de la proporción de usuarios que han recibido atención por parte de los sistemas de dependencia, respecto al total de habitantes** de cada territorio.

Resulta conveniente tomar con cautela los datos analizados debido a la falta de homogeneidad que existe en las consideraciones del beneficiario en cada modelo, ante la indisponibilidad de información apropiada por países.

Por lo que respecta al gasto **asumido por el sector público –en relación al PIB–** derivado de su modelo de dependencia, existe una evidente analogía entre la evolución de este gasto (véase gráfico 2) y la evolución del volumen de personas atendidas por estos sistemas.

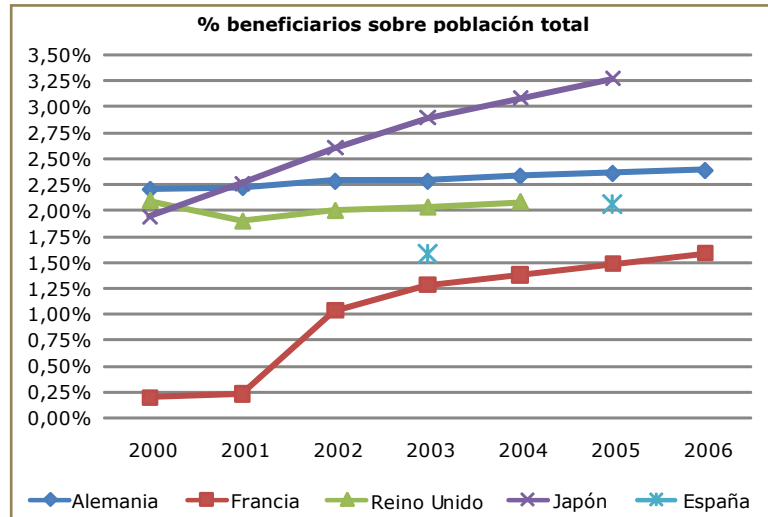


Gráfico 1.- Evolución del volumen de personas atendidas por el sistema público de atención a la dependencia.

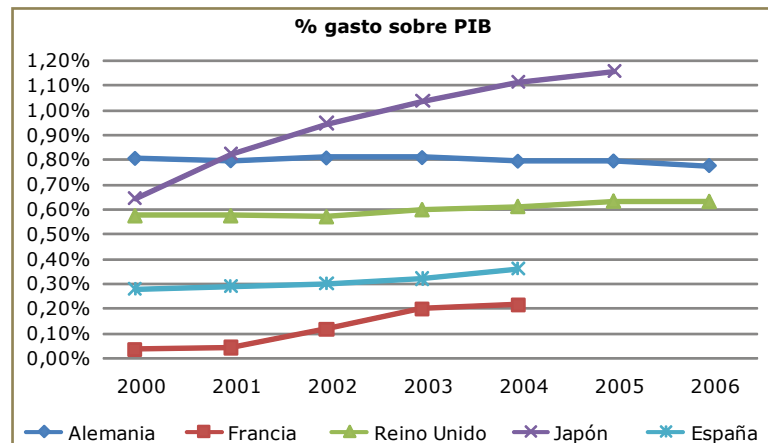


Gráfico 2.- Gasto público derivado del sistema de atención a la dependencia.

## Competencias dentro del sistema de protección a la dependencia

### LEGISLACIÓN

Una circunstancia común en todos los países es el rol desempeñado por la Administración Central, que se encarga en primera instancia de esta materia (de forma exclusiva en el caso francés). Por su parte, en **Alemania** y **Japón** también interviene el estrato regional en esta parcela, a diferencia de **Reino Unido** donde el nivel involucrado es el local.

### FINANCIACIÓN

El **modelo alemán** recaba las cotizaciones de los ciudadanos a través de las Cajas del Seguro de Dependencia, que están integradas en las Cajas del Seguro de Enfermedad cuya administración pertenece a los *Länder* (gobierno regional). Tanto los *Länder* como las Cajas tienen que velar por la existencia de una infraestructura de atención adecuada para las personas dependientes.

En **Francia** los *Départements* (regiones/provincias) contribuyen a la APA a través de sus presupuestos, y la Administración Central participa en la recaudación de otros recursos que constituyen parte del fondo de la Caja Nacional de Solidaridad para la Autonomía.

El funcionamiento del **modelo anglosajón** está supeditado a la financiación procedente de los

impuestos locales, aunque también reciben ayudas de la Administración Central.

En **Japón** el sostenimiento del sistema, a través de las contribuciones sociales y la vía impositiva, se corresponde con la siguiente distribución:

- El 50% de las contribuciones tienen como origen las aportaciones de los ciudadanos.
- El 25% corresponde al Estado, el 12,5% al ámbito regional y el otro 12,5% a los municipios.

La gestión financiera es efectuada por los municipios.

### VALORACIÓN DE LA SITUACIÓN DE DEPENDENCIA

**Alemania, Francia y Japón** cuentan con escalas de evaluación de la situación de dependencia estipuladas a nivel nacional, no obstante, el procedimiento de valoración y de reconocimiento de la situación de dependencia es acometido desde el nivel regional (en el sistema alemán y francés) o desde el ámbito local (en Japón). En el **Reino Unido** las Administraciones Locales aplican criterios individualizados para determinar el acceso a las prestaciones del sistema.

### PRESTACIONES

En **Alemania** y **Francia** las prestaciones son administradas regionalmente por los *Länder* y *Départements* respectivamente, y en **Reino Unido** y **Japón** esta función corresponde a la Administración Local.

### Coordinación sociosanitaria

Los modelos analizados, **en general, no tienen implementada una coordinación adecuada entre los servicios sanitarios y los servicios sociales** en el área de la atención a las personas dependientes, circunstancia que ha llevado a la puesta en marcha de iniciativas gubernamentales para mejorar esta situación:

- **Alemania** ha planteado la **integración de los sistemas de financiación** y la **superación de las barreras institucionales** entre el área sanitaria y los servicios sociales.
- En **Francia**, dos de los mecanismos de coordinación entre los distintos agentes implicados en la protección a la dependencia se articulan por medio de los **CLIC (Centro Local de Información y Coordinación)** y la denominada **“red de salud”**.
- La Administración Central del **Reino Unido** ha diseñado medidas como el **nivel de servicios de cuidado intermedio** (*intermediate care*), la creación de las **Asociaciones de Cuidados** (*Care Trusts*) o el **procedimiento único de evaluación/valoración** (*single assessment process*), ante la falta de eficacia de las actuaciones llevadas a cabo anteriormente.
- La **coordinación sociosanitaria** en el modelo de **Japón** se sitúa en un término medio –un nivel superior en comparación con el resto de

sistemas descritos–, aunque su evolución **no ha cumplido las expectativas creadas a priori**.

Asimismo, los resultados del proyecto de investigación europeo PROCARE (Proporcionar una asistencia sanitaria y social integrada a las personas mayores) ofrecen una idea del camino a seguir para alcanzar una coordinación sociosanitaria sin fisuras.

### Satisfacción percibida de los modelos: las valoraciones de los usuarios

Una forma intuitiva de asignar valor a las políticas de atención a la dependencia corresponde al *feedback* (en este caso, **opinión acerca de la satisfacción**) procedente del propio **beneficiario** y, complementariamente, de sus familiares.

A este respecto, **Francia** ha recabado las **valoraciones de los perceptores de la APA a domicilio**. Los resultados de esta investigación muestran una satisfacción generalizada respecto a la APA a domicilio, salvo aspectos como el importe medio de esta ayuda y la forma de cálculo del ticket moderador, en los que se refleja una cierta disconformidad. Asimismo, también se ha **consultado a la sociedad francesa en materia de dependencia**, estudio del que se derivan algunas implicaciones sobre el planteamiento del actual sistema de protección a la dependencia.

**Inglaterra** también ha obtenido información similar, en este caso de las **personas de 65 o más**



**años que reciben cuidados en el domicilio por parte de los servicios sociales.** Este estudio reveló que más de la mitad de los mayores estaban completamente o muy satisfechos con el servicio prestado.

A pesar de la utilidad de los datos manifestados por los beneficiarios de los sistemas de dependencia, **se considera fundamental determinar un criterio de valoración que pueda emplearse en la evaluación integral de estos modelos y facilitar, por consiguiente, el análisis comparativo entre ellos.**

## Conclusiones

A partir del análisis descriptivo realizado a los modelos estatales de atención a la dependencia, se observa la **gran variedad de fórmulas existentes, estructuradas de forma distinta según la realidad y el contexto de los diferentes países** considerados en el ámbito internacional, incluido el caso español.

En un caso como el que nos ocupa no parece existir –o, al menos, en esta ocasión no se ha podido encontrar– un criterio tal que posibilite **discernir claramente la idoneidad de los modelos de atención a la dependencia**, es decir, hasta qué punto son mejores o peores unos que otros, puesto que **la heterogeneidad y complejidad de la estructura de estos sistemas ha impe-**

**dido disponer de esta pauta** para evaluarlos pertinentemente.

Con todo, **organismos como la Unión Europea y la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) inciden sobre determinados aspectos en el ámbito de la dependencia y los cuidados de larga duración (*long-term care*) sobre los que se estima conveniente dirigir los esfuerzos.**

Así, la **UE ha establecido unos objetivos comunes** a alcanzar en materia sanitaria (*health care*) y dependencia para los Estados Miembros (EM). La finalidad es conseguir el **acceso universal**, una **elevada calidad** y un **sistema sostenible financieramente** en estas áreas. Para ello, se debe poner énfasis en la consecución de los siguientes elementos:

- Una atención sociosanitaria adecuada que permita la universalidad de acceso a estas prestaciones.
- La adaptación en la atención a las necesidades y preferencias cambiantes de los usuarios.
- El uso racional de recursos que permita la sostenibilidad financiera del sistema y derive en un coste menos gravoso para los individuos.
- Contar en el sector con profesionales que dispongan de la formación adecuada.
- La promoción de actividades y hábitos de vida saludables.

Asimismo, quedan resumidas a continuación algunas conclusiones que recoge la UE en su análisis de los distintos desarrollos de las políticas de atención a la dependencia en los Estados Miembros:

- La preferencia de los cuidados domiciliarios frente al ingreso en instituciones residenciales.
- La necesidad de idear nuevas vías de apoyo a la familia o cuidadores informales.
- Los esfuerzos realizados por los EM para conseguir un equilibrio sostenible a partir de fuentes de financiación pública y privada.
- La coordinación en los cuidados –que engloba la propia coordinación sociosanitaria– es esencial para asegurar un continuo asistencial y proporcionar, por tanto, un mayor nivel de calidad y eficiencia en el uso de los recursos.
- La implantación de criterios homogéneos, mecanismos de acreditación y métodos de evaluación para prestar una atención de elevada calidad.
- La necesidad de abordar las carencias del personal (profesionales) en el cuidado formal de atención a la dependencia.
- La integración de los cuidadores informales en el mercado de trabajo y el mayor desarrollo de sus condiciones laborales.

En términos generales, todos los **modelos** de referencia analizados (Alemania, Francia, Reino Unido y Japón) y el español, en mayor o menor medida, están **promoviendo acciones en estas áreas críticas y en la misma dirección** que indica y

sostiene la propia UE. No por ello se puede considerar que estos territorios cuentan con los mejores modelos protectores de atención sociosanitaria a la dependencia. A este respecto, y considerando de antemano que todos los sistemas estatales de atención a la dependencia son claramente objeto de crítica, cabría afirmar que aquellos países que siguen este tipo de directrices –consensuadas en organismos supranacionales que fomentan el avance político, económico, social y cultural de los países con mayor nivel de desarrollo– van por el buen camino, sin embargo, no hay que olvidar que queda mucho trabajo por hacer para la consecución de un modelo óptimo e idóneo adaptado a la realidad de cada país.







### Motivación del estudio

De acuerdo a lo expresado en la **Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en situación de Dependencia (LAPED)**, la atención a este colectivo constituye uno de los grandes desafíos de la actual política social de los países desarrollados, al pretender abordar las necesidades de aquellas personas que, por encontrarse en situación de dependencia, requieren de apoyos para alcanzar una mayor autonomía personal y desarrollar las actividades de la vida diaria.

La **atención sociosanitaria** es la respuesta social y sanitaria a las diferentes situaciones de dependencia, de las que se derivan una serie de necesidades relacionadas con la dificultad de autonomía de las personas en su vida cotidiana, las cuales deben ser satisfechas de manera integrada por los servicios sanitarios y los servicios sociales, con el objetivo final de **mejorar la calidad de vida** de los ciudadanos con estos problemas mediante la promoción de condiciones de vida saludables y la prestación de una asistencia integral al dependiente.

En este sentido, en el marco de la reciente regulación legislativa aplicada en nuestro país en el ámbito de la dependencia y atendiendo a la relevancia y elevado coste asociado a esta política de protección, resulta de interés **profundizar en las características de modelos similares en vigor**

**en otros países**, con objeto de mostrar las diferencias existentes respecto al **modelo español** y sentar las bases para realizar propuestas concretas dirigidas a desarrollar un mejor sistema de atención sociosanitaria orientada a la dependencia.

### Objetivos del estudio

La finalidad de este estudio es la elaboración de un **análisis descriptivo del modelo de atención y protección a las personas en situación de dependencia en España** y los sistemas análogos más desarrollados y avanzados a **nivel internacional** y afines al contexto español, describiendo las variables más relevantes inherentes a esta política en los modelos considerados (estructura cualitativa y cuantitativa, competencias y coordinación sociosanitaria).

A través de este análisis se quiere destacar **la gran variedad de sistemas implementados** en los países desarrollados, debido a las particularidades de cada territorio. Esta heterogeneidad de sistemas dificulta su comparación y pone de manifiesto la **necesidad de establecer un criterio** que permita evaluar la idoneidad de éstos y sirva, a la postre, para diseñar un modelo excelente del que se deriven medidas dinamizadoras oportunas para dotar de un mayor desarrollo a las actuales estructuras sociosanitarias, optimizando así los beneficios en esta materia dispuestos para los ciudadanos.









## Orígenes

Las primeras acciones que se llevaron a cabo para regular la asistencia sociosanitaria se orientaron a las personas con discapacidad y nacieron en el contexto internacional **tras la Segunda Guerra Mundial**, a través, por ejemplo, de la Carta de Naciones Unidas (1945), la Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948) o las Declaraciones de los Derechos del Niño (1959), del Deficiente Mental (1971) y de los Minusválidos (1975)<sup>1</sup>.

A raíz de estas iniciativas, la propia Administración española, tomando conciencia de la importancia de esta materia, promulga la Ley de Bases de la Seguridad Social (1963) y la **Ley de la Seguridad Social** (1966), asentando los cimientos de la política social en España mediante la regulación del modelo de Seguridad Social, de carácter inicialmente contributivo. A partir de estas leyes surgen, hacia finales de los años sesenta y principios de los setenta, otros textos normativos que hacen referencia a la asistencia, recuperación y rehabilitación de *subnormales* y *minusválidos*, hasta que en el año 1974 se crearon dos organismos (la Comisión Interministerial para la Integración Social de los Minusválidos y el Servicio de Recuperación y Rehabilitación de Minusválidos Físicos y Psíquicos)

que consiguieron desempeñar una valiosa labor en el diseño de la política pública vinculada a la discapacidad. Asimismo, a mediados de ese mismo año, se aprobó el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social, que contempla los “servicios sociales” como “prestaciones complementarias” de la Seguridad Social, entre los cuales destaca los servicios de *medicina preventiva y de recuperación de inválidos*<sup>1</sup>.

Más tarde, la Constitución de 1978 ratificó un **modelo de Seguridad Social de índole universalista** (artículo 41) y acogió en su texto diferentes artículos referidos a la **protección de la salud** de los ciudadanos (artículo 43), así como a la atención a las personas mayores (artículo 50) y a las personas con discapacidad (artículo 49); concretamente, este último artículo vio desarrollado su contenido a través de la Ley 13/1982, de 7 de abril, de Integración Social de los Minusválidos (LISMI)<sup>2</sup>.

Por otro lado, el artículo 148.20 de la Constitución permitió a las diferentes **CC.AA. obtener competencias en materia de asistencia social**, generando sus respectivas leyes durante la década de los ochenta e inicios de los años noventa. En este sentido, las **Corporaciones Locales** también recibieron atribuciones en el área de los servicios sociales –además de en el ámbito de la gestión

<sup>1</sup> Zabarte, M.E. (2006): *La dimensión múltiple de la atención a la dependencia: la conexión de los servicios sociales con la Seguridad Social y el Sistema Nacional de Salud*. Revista del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, núm. 65, págs. 49-59.

<sup>2</sup> Rodríguez, P. (2006): *El sistema de servicios sociales español y las necesidades derivadas de la atención a la dependencia*. Documento de trabajo 87/2006. Fundación Alternativas. Madrid.

de la atención primaria de la salud-, gracias en parte a la **Ley 7/1985**, de 2 de abril, reguladora de las Bases de Régimen Local, **y a través del Plan Concertado para el Desarrollo de Prestaciones Básicas de Servicios Sociales de Comunidades Locales** (1988)<sup>2</sup>.

Posteriormente, se pusieron en marcha dos iniciativas a nivel estatal que resulta conveniente destacar: el **Plan Gerontológico de 1992** –surgido a raíz de la incipiente preocupación por el fenómeno del envejecimiento de la población, proporcionó una clarificación conceptual en la organización y formulación de respuestas a las necesidades de las personas mayores- y la **Ley 51/2003, de 2 de diciembre, de Igualdad de Oportunidades, No Discriminación y Accesibilidad Universal de las personas con discapacidad (LIONDAU)** –a través de la que se establecen medidas para garantizar y hacer efectivo el derecho a la igualdad de oportunidades para este colectivo y, asimismo, se regulan aspectos relacionados con la dependencia-<sup>3</sup>.

Finalmente, desde la perspectiva sanitaria, la Ley General de Sanidad (1986) permitió la creación del Sistema Nacional de Salud y el establecimiento de una asistencia sanitaria equitativa, normalizada e integradora. A partir de ese momento, y hasta

<sup>3</sup> Instituto de Mayores y Servicios Sociales, IMSERSO (2005): *Atención a las personas en situación de dependencia en España. Libro Blanco*. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Madrid.

la actualidad, la política sanitaria se ha ido consolidando a través de la **normativa** específica creada y aprobada en las **CC.AA.** y mediante la **Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud** que, si bien se fundamenta en lo estipulado por la Ley General de Sanidad, **ha introducido algunas novedades de interés en el ámbito de la atención a la dependencia**<sup>4</sup>.

## Análisis de la estructura cualitativa del modelo

### Legislación y cobertura

En el **terreno legislativo** resulta conveniente distinguir entre la normativa de carácter nacional más reciente que se corresponde, por un lado, a la vertiente social del objeto de estudio y, por otro, a aquella que está vinculada a la atención a la dependencia desde un enfoque puramente sanitario.

En lo que concierne al **apartado social**, la norma de mayor representatividad y relevancia para el caso español es, sin duda, la **Ley 39/2006**, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía

<sup>4</sup> Zabarte, M.E. (2006): *La dimensión múltiple de la atención a la dependencia: la conexión de los servicios sociales con la Seguridad Social y el Sistema Nacional de Salud*. Revista del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, núm. 65, págs. 49-59.

Personal y Atención a las Personas en situación de Dependencia (LAPED), la cual –según la redacción de la propia ley– tiene por objeto “regular las condiciones básicas que garanticen la igualdad en el ejercicio del derecho subjetivo de ciudadanía a la promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia, (...) mediante la creación de un **Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia**”<sup>5</sup> y cuya finalidad es “la consecución de una mejor calidad de vida y autonomía personal (de las personas en situación de dependencia), (...) de acuerdo con los siguientes objetivos:

- Facilitar una **existencia autónoma** en su medio habitual, todo el tiempo que desee y sea posible.
- Proporcionar un trato digno en todos los ámbitos de su vida personal, familiar y social, facilitando su **incorporación activa en la vida de la comunidad**”<sup>6</sup>.

Además de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, también existen otras leyes de ámbito autonómico de servicios sociales y/o de acción social, en orden a las competencias que les son propias a las CC.AA. según la Constitución, los Estatutos de Autonomía y la legislación vigente.

Por otra parte, la actual **regulación sanitaria** estatal que incluye menciones a la dependen-

cia queda recogida en la Ley 6/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, al hacer referencia a las prestaciones sociosanitarias como respuesta a muchas de las necesidades generadas por dicha situación. La **prestación sociosanitaria**, en el artículo 14 de la citada ley, se define como: “**la atención que comprende el conjunto de cuidados destinados a aquellos enfermos, generalmente crónicos, que por sus especiales características pueden beneficiarse de la actuación simultánea y sinérgica de los servicios sanitarios y sociales para aumentar su autonomía, paliar sus limitaciones o sufrimientos y facilitar su reinserción social**”. Además, en este mismo artículo se especifica que “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”<sup>7</sup>.

A este respecto, la prestación sociosanitaria quedaba incluida así en el catálogo de prestaciones del Sistema Nacional de Salud (SNS), no obstante, **no se ha llegado a desarrollar el contenido concreto de la cartera de servicios de aten-**

<sup>5</sup> Artículo 1 de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre.

<sup>6</sup> Artículo 13 de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre.

<sup>7</sup> Instituto de Mayores y Servicios Sociales, IMSERSO (2005): *Atención a las personas en situación de dependencia en España. Libro Blanco*. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Madrid.

**ción sociosanitaria**, puesto que el Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre (por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización) no ha profundizado en este terreno. Al mismo tiempo, la **Ley 39/2006 tampoco aclara el rol a desempeñar por el SNS en la atención a la dependencia**, detallando exclusivamente en su artículo 15.2 –sobre el catálogo de servicios del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia– que “los servicios establecidos (...) se regulan sin perjuicio de lo previsto en el artículo 14 de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud”<sup>8</sup>.

Respecto a la **cobertura o ámbito de protección** del modelo español de atención a las personas en situación de dependencia, la Ley 39/2006 especifica en su artículo 3 que se trata de un **modelo público y universal**. La primera característica responde al carácter u origen de las prestaciones del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD), mientras que el segundo rasgo está relacionado con el derecho de acceso a las mismas de todas las personas en situación de dependencia, en condiciones de igualdad efectiva y no discriminación.

<sup>8</sup> Jiménez, A. y Zabarte, M.E. (2008): *La regulación de la prestación sociosanitaria. Propuesta del CERMI*. Ed. Cinca. Madrid.

Atendiendo a lo dispuesto en el artículo 5 de la Ley 39/2006, a continuación se detallan los **beneficiarios** de los derechos establecidos en dicha norma:

1. Los **españoles** que, residiendo en territorio español –durante al menos cinco años, de los cuales 2 deberán ser inmediatamente anteriores a la fecha de presentación de la correspondiente solicitud–, se encuentren en situación de dependencia en alguno de los grados establecidos en dicha Ley.
2. En el caso de las personas de **nacionalidad no española** que reúnan los requisitos anteriores, éstas se regirán por lo estipulado en la Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social, en los tratados internacionales y en los convenios establecidos con el país de origen (respecto a los menores que carezcan de la nacionalidad española, se dispondrá lo especificado en las Leyes del Menor vigentes).
3. En cuanto a los **emigrantes españoles** retornados y los **españoles no residentes** en España, el Gobierno fijará las condiciones de acceso al SAAD para los primeros y podrá establecer medidas de protección a favor de los segundos.

### Grados de dependencia y sistema de valoración

La Ley 39/2006 establece en su contenido las categorías de **grados y niveles de dependencia**

(artículo 26). Dicha clasificación queda resumida en la tabla 8.

Tabla 8.- Grados y niveles de clasificación de la situación de dependencia.

| Variables que determinan el GRADO |                                            |                                                                         |
|-----------------------------------|--------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|
| Grados                            | Frecuencia de ayuda para realizar ABVD (a) | Necesidad de apoyo                                                      |
| <b>Grado I: Dep. Moderada</b>     | Al menos 1 vez al día                      | Intermitente o limitado para su autonomía personal                      |
| <b>Grado II: Dep. Severa</b>      | 2 ó 3 veces al día                         | Extenso para su autonomía personal o apoyo no permanente de un cuidador |
| <b>Grado III: Gran Dep.</b>       | Varias veces al día                        | Generalizado para su autonomía personal o apoyo continuo de un cuidador |

(a) ABVD: Actividades Básicas de la Vida Diaria

| Variables que determinan el NIVEL |                    |                                   |
|-----------------------------------|--------------------|-----------------------------------|
| Niveles                           | Autonomía personal | Intensidad de cuidados requeridos |
| <b>Nivel 1</b>                    | Elevada            | Reducida                          |
| <b>Nivel 2</b>                    | Reducida           | Elevada                           |

Cada uno de los 3 grados de dependencia mencionados está integrado por 2 subcategorías (nivel 1 y nivel 2), de modo que los usuarios pertenecerán a un nivel u a otro en función de su autonomía personal y de la intensidad de cuidados que necesiten. En este sentido, las personas dependientes que requieran de mayor ayuda estarán incluidas en el nivel 2, mientras que aquellas que sean objeto

de una atención relativamente inferior serán de nivel 1.

El grado y nivel correspondientes, a efectos de **valoración de la situación de dependencia**<sup>9</sup>, se determinan mediante la aplicación de un baremo (**Baremo de Valoración de la Dependencia, BVD**) que establece los criterios objetivos de valoración del grado de autonomía de la persona, de su capacidad para realizar las distintas actividades de la vida diaria –o la necesidad de apoyo de otra persona en la actividad o tarea en cuestión–, los intervalos de puntuación pertinentes y el protocolo de procedimientos/técnicas a seguir para la valoración de las aptitudes observadas (artículo 27.2 y 27.3 de la Ley).

La **valoración se basa en la aplicación de un cuestionario y en la observación directa** de la persona que se valora por parte de un profesional cualificado, teniendo en cuenta los correspondientes informes sobre la salud de la persona y sobre el entorno en el que vive, y considerando, en su caso, las ayudas técnicas, ortesis y prótesis que le han sido prescritas y las barreras existentes en su entorno habitual. El valorador identificará,

<sup>9</sup> Esta valoración queda regulada por lo dispuesto en el artículo 27 de la Ley 39/2006, el Real Decreto 504/2007, de 20 de abril, por el que se aprueba el baremo de valoración de la situación de dependencia establecido por la Ley 39/2006, y por el Real Decreto 1197/2007, de 14 de septiembre, por el que se modifica el R.D. 504/2007.

por tanto, el nivel y los problemas de desempeño que tiene la persona valorada en las tareas que se incluyen en el formulario establecido de acuerdo a los criterios de aplicación marcados, señalando en caso necesario el grado de apoyo de otra persona que requiere el sujeto valorado para llevar a cabo las tareas y actividades<sup>10</sup>.

**Para las personas menores de 3 años, existe una Escala de Valoración Específica (EVE)** que permite establecer únicamente tres grados de dependencia: moderada, severa o gran dependencia, todas ellas exclusivamente de nivel 2<sup>11</sup>.

Los **órganos de valoración de la situación de dependencia son fijados por las CC.AA.** –de acuerdo a los criterios comunes de composición y actuación dictaminados por el Consejo Territorial del SAAD– y han de emitir un dictamen sobre el grado y nivel de dependencia, concretando los cuidados que la persona valorada pueda requerir (artículo 27.1 de la Ley).

Por su parte, el reconocimiento de la situación de dependencia se lleva a cabo mediante resolución expedida por la respectiva **Administración Autónoma**, la cual debe **determinar los servicios o prestaciones que corresponden al solicitante** según su grado y nivel de dependencia (artículo 28.2 y 28.3 de la Ley). En este sentido, los servicios sociales correspondientes han de estable-

cer un **Programa Individual de Atención (PIA)** que debe recoger las necesidades de intervención más adecuadas a las necesidades del sujeto de entre los servicios y prestaciones económicos previstos en la resolución (artículo 29.1 de la Ley).

## Análisis de la estructura cuantitativa del modelo

### Prestaciones y tratamiento fiscal

Las **prestaciones** de atención a la dependencia van dirigidas, por un lado, a la promoción de la autonomía personal y, por otro lado, a satisfacer las necesidades de las personas con dificultades para la realización de ABVD. Estas ayudas pueden ser de **dos tipos**:

- **Servicios:** La Ley 39/2006 en su artículo 15 detalla el catálogo de servicios<sup>12</sup> (de marcado perfil social) vigente, que se resume en los siguientes puntos:
  - Servicios de prevención de las situaciones de dependencia y los de promoción de la autonomía personal.
  - Servicio de Teleasistencia.
  - Servicio de Ayuda a Domicilio.

<sup>10</sup> Anexo I del Real Decreto 504/2007.

<sup>11</sup> Anexo II del Real Decreto 504/2007.

<sup>12</sup> De acuerdo a lo comentado en el punto “Legislación y cobertura”, estos servicios se regulan sin perjuicio de lo previsto en el artículo 14 de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud (artículo 15.2 de la Ley 39/2006).

- Servicio de Centro de Día y de Noche.
- Servicio de Atención Residencial.

Estos servicios tendrán **carácter prioritario** y se prestarán por medio de la Red de Servicios Sociales de las respectivas CC.AA. (artículo 14.2 de la Ley 39/2006). Concretamente, la prioridad de acceso a los servicios estará en función del grado y nivel de dependencia que le corresponda al solicitante y, para el mismo grado y nivel, de su capacidad económica –que se determinará atendiendo a la renta y patrimonio del mismo– (artículo 14.6 y 14.7 de la Ley). Asimismo, las **personas beneficiarias participarán en la financiación de estas prestaciones**, según el tipo y coste del servicio y su

capacidad económica personal, sin embargo, **ningún ciudadano quedará fuera de la cobertura del SAAD** por no disponer de recursos económicos (artículo 33.1 y 33.4 de la Ley).

La participación económica de los beneficiarios en el coste de los servicios del catálogo se materializará teniendo en cuenta las directrices<sup>13</sup> señaladas en la tabla 9.

<sup>13</sup> Resolución de 2 de diciembre de 2008, de la Secretaría de Estado de Política Social, Familias y Atención a la Dependencia y a la Discapacidad, por la que se publica el Acuerdo del Consejo Territorial del SAAD, sobre determinación de la capacidad económica del beneficiario y sobre los criterios de participación de éste en las prestaciones del SAAD.

Tabla 9

| Tipo de servicio         | Indicador de referencia (b)                                             | % participación del beneficiario en el coste del servicio | Otras consideraciones                                                                                                                                |
|--------------------------|-------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Ayuda a Domicilio        | En función del tipo de servicio prestado y de su intensidad             | Entre el 10% y el 65% del indicador de referencia         | - El beneficiario no participa en el coste de los servicios asistenciales en el domicilio si su capacidad económica es igual o inferior al IPREM (c) |
| Centro de Día/Noche      | Relacionado con el precio de concertación de plazas en centros privados | Entre el 70% y el 90% del indicador de referencia         | - Los costes de transporte y/o manutención podrán elevar el porcentaje de participación del beneficiario.                                            |
| Atención Residencial (a) |                                                                         |                                                           | - Se garantiza la cobertura de costes de manutención y hoteleros. (d)<br>- Se garantiza al beneficiario una cantidad mínima para gastos personales.  |

- (a) La atención residencial integra, a su vez, tres tipos de servicios atendiendo a su naturaleza: asistencial, de manutención y hoteleros.
- (b) Las Administraciones competentes fijarán un indicador de referencia a los efectos de determinar la participación en el coste de los servicios.
- (c) Se toma como referencia el IPREM (Indicador Público de Renta de Efectos Múltiples) o los indicadores propios establecidos por las CC.AA.
- (d) Estos costes se garantizarán, en todo o en parte, a quienes carezcan de ingresos suficientes.



En lo concerniente a la **intensidad de protección de los servicios**<sup>14</sup> de Teleasistencia, Ayuda a Domicilio, Centro de Día/Noche y Atención Residencial, ésta vendrá **determinada por lo establecido en el Programa Individual de Atención** que corresponda a la persona dependiente. Para el caso concreto de la Ayuda a Domicilio se ha de especificar un número de horas mensuales de servicios asistenciales, de acuerdo a los intervalos según grado y nivel de dependencia delimitados en la tabla 10.

Tabla 10

| Grado y nivel de dependencia             | Horas mensuales de atención |
|------------------------------------------|-----------------------------|
| Grado III de Gran Dependencia – Nivel 2  | Entre 70 y 90               |
| Grado III de Gran Dependencia – Nivel 1  | Entre 55 y 70               |
| Grado II de Dependencia Severa – Nivel 2 | Entre 40 y 55               |
| Grado II de Dependencia Severa – Nivel 1 | Entre 30 y 40               |

- **Prestaciones económicas:** Existen tres clases de percepciones económicas en el marco de la LAPED:
  - Vinculadas al servicio. Son aquellas a las que el beneficiario podrá optar exclusivamente **cuando no sea posible el acceso**

**a un servicio –público o concertado–** de atención y cuidado, en función de su grado y nivel de dependencia y de su capacidad económica, de acuerdo al convenio establecido entre la Administración General del Estado y la Comunidad Autónoma pertinente (artículo 17.1 de la Ley). Este tipo de prestación irá destinada a cubrir los gastos del servicio previsto en el Plan Individual de Atención del beneficiario (artículo 14.3 de la Ley).

- Para cuidados en el entorno familiar y apoyo a cuidadores no profesionales. Esta ayuda será reconocida, **de forma excepcional, cuando el beneficiario esté siendo atendido por su entorno familiar** y siempre que la vivienda reúna las condiciones adecuadas de convivencia y de habitabilidad, y así lo especifique su Programa Individual de Atención (artículo 14.4 y 18.1 de la Ley). En este caso, el cuidador deberá integrarse como afiliado al Sistema de la Seguridad Social y tendrá derecho a beneficiarse de las acciones de formación, información y medidas para atender los períodos de descanso promovidas por el Consejo Territorial del SAAD (artículo 18.3 y 18.4 de la Ley).
- De asistencia personal. Su objetivo es la promoción de la autonomía de las personas con gran dependencia, contribuyendo a la contratación de un servicio de asistencia personal durante un determinado número de horas (artículo 19 de la Ley).

<sup>14</sup> Real Decreto 727/2007, de 8 de junio, sobre criterios para determinar las intensidades de protección de los servicios y la cuantía de las prestaciones económicas de la Ley 39/2006.

En esta línea, para la determinación de la cuantía de las prestaciones económicas, el texto normativo señala que, además del grado y nivel de dependencia, también se tomará en consideración la capacidad económica del beneficiario de acuerdo a su nivel de renta y patrimonio (artículo 33.2 y 14.7 de la Ley).

La participación de los beneficiarios en el montante de las prestaciones económicas se ha definido teniendo en cuenta los aspectos indicados en la tabla 11<sup>15</sup>.

Atendiendo al acuerdo alcanzado por el Consejo Territorial del SAAD<sup>15</sup> –sin perjuicio de que las CC.AA. o Administración competente puedan regular condiciones más ventajosas–, y para ambos tipos de ayudas (servicios y prestaciones económicas), la **capacidad económica del beneficiario** será la correspondiente a su renta, modificada al alza por la suma de:

- Un 5% de su patrimonio neto a partir de los 65 años de edad.
- Un 3% de su patrimonio neto de los 35 a los 65 años.
- Un 1% de su patrimonio neto a los menores de 35 años.

<sup>15</sup> Resolución de 2 de diciembre de 2008, de la Secretaría de Estado de Política Social, Familias y Atención a la Dependencia y a la Discapacidad, por la que se publica el Acuerdo del Consejo Territorial del SAAD, sobre determinación de la capacidad económica del beneficiario y sobre los criterios de participación de éste en las prestaciones del SAAD.

Tabla 11

| Tipo de prestación económica         | Capacidad económica del beneficiario (a) | % mínimo de ayuda a percibir por el beneficiario (c)         | Otras consideraciones                                                                                               |
|--------------------------------------|------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Vinculada al servicio                | Superior al IPREM (b)                    | 40% de la cuantía establecida para esta prestación económica | El beneficiario deberá realizar un gasto igual o superior a la cuantía máxima determinada para dichas prestaciones. |
| De asistencia personal               |                                          |                                                              |                                                                                                                     |
| Para cuidados en el entorno familiar |                                          | 75% de la cuantía establecida para esta prestación económica |                                                                                                                     |

- (a) Si la capacidad económica del beneficiario es igual o inferior al IPREM (u otro indicador propio establecido por la CC.AA. correspondiente), éste recibirá el 100% de la cuantía establecida para dicha prestación.
- (b) O superior a otro indicador de referencia análogo determinado por las CC.AA.
- (c) Se considerarán estos porcentajes mínimos, salvo que haya algún tipo de compatibilidad con los servicios contemplados en el catálogo de la Ley 39/2006. Asimismo las CC.AA. o, en su caso, la Administración competente, establecerán los índices de reducción aplicables según la capacidad económica del beneficiario.

A la hora de valorar el **patrimonio** del beneficiario –como variable a considerar en la determinación de su capacidad económica para fijar el nivel de cofinanciación–, únicamente se **computará la vivienda habitual en el supuesto de que éste perciba el servicio de Atención Residencial (o la prestación económica vinculada a este servicio)** y no tenga personas a su cargo que continúen residiendo en dicha vivienda. Además, en la estimación del patrimonio, **se tendrá en cuenta tanto la edad del beneficiario como el tipo de servicio** que se presta.

A partir de las consideraciones y requisitos indicados al respecto, **las CC.AA. determinarán la participación concreta de los usuarios en la cofinanciación** de los servicios y prestaciones reconocidos a los beneficiarios de la LAPED.

En lo concerniente a las ayudas contempladas, independientemente de su naturaleza, la Ley 39/2006 establece un **calendario de aplicación progresiva de la ley** respecto de la efectividad de los derechos a las prestaciones de dependencia (disposición final primera de la Ley) (Tabla 12).

De este modo, teniendo en cuenta el calendario previsto, las cuantías máximas de las prestaciones económicas para el ejercicio 2008<sup>16</sup> quedan resumidas en la tabla 13.

<sup>16</sup> Anexo del Real Decreto 7/2008, de 11 de enero, sobre las prestaciones económicas de la Ley 39/2006, de 14 de Diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia para el ejercicio 2008.

Tabla 12

| Grado y nivel de dependencia de los beneficiarios | Año de toma de efecto del derecho a prestación |
|---------------------------------------------------|------------------------------------------------|
| Grado III de Gran Dependencia – Nivel 2 y 1       | 2007                                           |
| Grado II de Dependencia Severa – Nivel 2          | 2008 y 2009                                    |
| Grado II de Dependencia Severa – Nivel 1          | 2009 y 2010                                    |
| Grado I de Dependencia Moderada – Nivel 2         | 2011 y 2012                                    |
| Grado I de Dependencia Moderada – Nivel 1         | 2013 y 2014                                    |

Tabla 13.- Cuantías máximas de las prestaciones económicas de la ley 39/2006 para el ejercicio 2008.

|                     | Prestación vinculada al servicio (€/mes) | Prestación para cuidados en el entorno familiar (€/mes) | Prestación de asistencia personal (€/mes) |
|---------------------|------------------------------------------|---------------------------------------------------------|-------------------------------------------|
| Grados y Niveles    | Cuantía                                  | Cuantía                                                 | Cuota Seg. Social + F.P.                  |
| Grado III – Nivel 2 | 811,98                                   | 506,96                                                  |                                           |
| Grado III – Nivel 1 | 608,98                                   | 405,99                                                  | 153,93 (a)                                |
| Grado II – Nivel 2  | 450                                      | 328,36                                                  | ---                                       |

(a) Esta parte de la prestación cubre las cuotas de Seguridad Social y Formación Profesional del cuidador no profesional, las cuales son abonadas directamente por el IMSERSO a la Tesorería General de la Seguridad Social.

Los importes de las prestaciones económicas serán especificados anualmente por el Gobierno, previo acuerdo del Consejo Territorial del SAAD, para los grados y niveles con derecho a prestaciones, actualizándose en función del incremento del IPC<sup>17</sup>.

La cuantía de la prestación económica se establece aplicando al importe en vigor para cada ejercicio un coeficiente reductor según la capacidad económica del beneficiario, en orden a lo dictaminado por la Comunidad Autónoma o Administración competente y el Consejo Territorial del SAAD<sup>18</sup>.

**Además de estas prestaciones económicas**, la Ley 39/2006 incluye en su disposición adicional tercera la posibilidad de efectuar acuerdos entre la Administración General del Estado (AGE) y las CC.AA. con el objetivo de conceder **subvenciones para facilitar la autonomía personal**, que irán destinadas a:

- Apoyar a la persona con **ayudas técnicas o instrumentos necesarios** para el normal desenvolvimiento de su vida ordinaria.
- Facilitar la **accesibilidad y adaptaciones en el hogar** que contribuyan a mejorar su capacidad de desplazamiento en la vivienda.

<sup>17</sup> Artículo 13.1 del Real Decreto 727/2007, de 8 de junio, sobre criterios para determinar las intensidades de protección de los servicios y la cuantía de las prestaciones económicas de la Ley 39/2006.

<sup>18</sup> Información extraída de la página web del SAAD ([www.saad.mtas.es](http://www.saad.mtas.es), julio 2008).

Algunas regiones como Galicia, Ceuta y Melilla ya han regulado, normativamente, ayudas en este ámbito.

De forma paralela, si se analiza la cobertura de la situación de dependencia desde el **sector privado**, se puede observar la existencia del **seguro de dependencia**, regulado por el Gobierno atendiendo a la disposición adicional séptima de la LAPED.

Los instrumentos privados para la cobertura de la dependencia pueden articularse bien a través de un contrato de seguro suscrito con entidades aseguradoras –incluidas las mutualidades de previsión social–, o bien a través de un plan de pensiones que recoja la cobertura de esta contingencia de manera expresa en sus especificaciones<sup>19</sup>.

En la actualidad, el **mercado privado del seguro de dependencia todavía no ha conseguido despegar en el contexto español**. Según el informe<sup>20</sup> publicado por ICEA (Investigación Cooperativa entre Entidades Aseguradoras y Fondos de Pensiones) sobre la rama de seguros de vida para el primer semestre de 2008, las

<sup>19</sup> Disposición adicional segunda de la Ley 41/2007, de 7 de diciembre, por la que se modifica la Ley 2/1981, de 25 de marzo, de Regulación del Mercado Hipotecario y otras normas del sistema hipotecario y financiero, de regulación de las hipotecas inversas y el seguro de dependencia y por la que se establece determinada norma tributaria.

<sup>20</sup> ICEA (2008): *El Seguro de Vida. Estadística a junio*. Año 2008. Informe nº 1077, septiembre 2008.

estadísticas no han reflejado hasta el momento la venta de ningún seguro de dependencia, tras la regulación legislativa del mismo aprobada en diciembre de 2007.

En lo respectivo a la **fiscalidad de las prestaciones**, tienen la consideración de **rentas exentas** las prestaciones económicas públicas vinculadas al servicio, para cuidados en el entorno familiar y de asistencia personalizada<sup>21</sup>.

Por su parte, los **instrumentos privados** para la cobertura de la dependencia disponen de un **tratamiento impositivo favorable** a través de la Ley 35/2006 del IRPF, normativa que adopta una serie de medidas de fomento fiscal de la cobertura de la dependencia a través de la contratación de seguros privados y planes de pensiones<sup>22</sup>.

### Financiación del sistema

El modelo español de protección a la dependencia –de carácter público e universal– se financia **vía impuestos**, no a través de un régimen de contribuciones sociales como los modelos integrados dentro del sistema de la Seguridad Social (como es el caso, por ejemplo, de Alemania). Este sistema de

recaudación mediante impuestos se fundamenta en una redistribución de las rentas, permitiendo así la prestación al ciudadano con independencia de su capacidad de aportación al sistema impositivo.

La financiación del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia corresponde principalmente a la **Administración General del Estado y a las administraciones de las CC.AA.**, en función de los niveles de protección que se recogen en el Capítulo I del Título I de la Ley 39/2006 y que se abordan en un epígrafe posterior del presente informe dedicado al ámbito de competencias del modelo. A este respecto, cabe destacar que **la aportación de cada Comunidad Autónoma debe ser, para cada año, al menos igual a la de la AGE para dicha Autonomía** (artículo 32.3 de la Ley 39/2006).

Sin embargo, la financiación de nuestro modelo no recae exclusivamente en las Administraciones Públicas. El sistema contempla una **financiación mixta**, en la que los beneficiarios de las prestaciones de dependencia también contribuyen a sufragar las mismas (**copago**), según el tipo y coste del servicio y la capacidad económica del sujeto. La **Resolución de 2 de diciembre de 2008**, sobre **determinación de la capacidad económica** del beneficiario y los **criterios de participación** de éste en las prestaciones del SAAD, regula los requisitos en este sentido, fija una coparticipación progresiva y establece los **umbrales mínimos y máximos** de copago del beneficiario, como base

<sup>21</sup> Artículo 7, apartado x), de la Ley 35/2006, de 28 de Noviembre, del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas y de modificación parcial de las leyes de los Impuestos sobre Sociedades, sobre la Renta de no Residentes y sobre el Patrimonio.

<sup>22</sup> Apartado VIII del Preámbulo de la Ley 41/2007 y Capítulo I del Título IV de 20.133la Ley 35/2006.

para el desarrollo posterior de las regulaciones concretas a acometer por las CC.AA. en este ámbito. Esta **reglamentación autonómica dispondrá la implicación específica de los beneficiarios en la financiación de las ayudas** otorgadas al amparo de la Ley 39/2006. Con todo, a pesar del requerimiento de contribución, ningún potencial beneficiario de esta política puede quedar excluido del ámbito de protección a la dependencia por no disponer de medios económicos suficientes (artículo 33 de la Ley).

Como muestra de la carga económica que el usuario debe soportar en concepto de cofinanciación de los servicios de dependencia, la tabla 14 recoge una estimación del **impacto del copago sobre la renta de los beneficiarios**<sup>23</sup> (individuos mayores de 65 años), esto es, la proporción que supone el importe del copago sobre los ingresos de las personas mayores, diferenciando entre tres potenciales paquetes asistenciales (conjunto de prestaciones) a los que puede tener acceso el usuario. Estos datos reflejan que el copago tiene un efecto regresivo en las rentas de los usuarios, puesto que los beneficiarios con menores recursos contribuyen con una mayor proporción que aquellos que tienen unos ingresos de nivel medio-alto. Además, el impacto

del copago sobre la renta personal es más acusado en los servicios residenciales que en los servicios domiciliarios.

### Otros datos cuantitativos básicos

El presente apartado tiene por objetivo recoger diferentes estadísticas y variables cuantitativas de relevancia relacionadas con el sistema de protección a la dependencia en España. Por un lado, se detallan datos de carácter administrativo (número de solicitudes, valoraciones y dictámenes gestionados por las Autonomías, así como los beneficiarios con derecho a prestación) y, por otro lado, se aportan las cifras más representativas que caracterizan el sistema desde la perspectiva económica.

En la tabla 15 se muestra el volumen de aquellas gestiones necesarias para el **trámite de reconocimiento de la situación de dependencia**, concretadas en el proceso de **solicitud, valoración y posterior emisión del dictamen o resolución** por la Administración Autonómica correspondiente. En este sentido se observa como Navarra (56,7%), La Rioja (54,9%), Cantabria (46,4%) y Andalucía (42,3%) son las regiones que han recibido, a nivel estatal, la mayor cantidad de solicitudes respecto a los habitantes de las mismas que presentan alguna discapacidad para realizar ABVD, de forma que todas ellas han registrado un volumen de solicitudes cercano al 50% del peso de este segmento poblacional en sus territorios. No obstante, atendiendo al número de valoraciones y dictámenes

<sup>23</sup> Montserrat, J. (2008): *El impacto de la ley de la dependencia en las rentas de los usuarios mayores de 65 años: incidencia del copago*. Documento de trabajo número 20/08. Instituto de Estudios Fiscales. Madrid.

Tabla 14.- Impacto del copago sobre la renta de las personas mayores de 65 años (Datos en %).

| Tramos de renta (c) |                                      |              |                     |                      |                      |                      |                      |                |       |
|---------------------|--------------------------------------|--------------|---------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------|-------|
| Grado de depend.    | Paquete asistencial                  | Hasta 6.000€ | De 6.001€ a 12.000€ | De 12.001€ a 18.000€ | De 18.001€ a 24.000€ | De 24.001€ a 30.000€ | De 30.001€ a 40.000€ | Más de 40.000€ | MEDIA |
| Grado I             | Servicios Residenciales (a)          | 54,1         | 76,1                | 84,1                 | 68,0                 | 55,0                 | 27,0                 | 12,7           | 48,0  |
|                     | Servicios Domiciliarios (mínimo) (b) | 0,0          | 20,4                | 55,3                 | 52,4                 | 41,7                 | 20,4                 | 9,6            | 16,6  |
|                     | Servicios Domiciliarios (máximo) (b) | 0,0          | 20,3                | 43,9                 | 31,7                 | 25,3                 | 12,4                 | 5,9            | 12,8  |
| Grado II            | Servicios Residenciales              | 54,1         | 75,9                | 74,9                 | 54,8                 | 43,5                 | 21,0                 | 9,8            | 45,3  |
|                     | Servicios Domiciliarios (mínimo)     | 0,0          | 20,4                | 54,0                 | 45,9                 | 37,1                 | 18,1                 | 8,5            | 15,6  |
|                     | Servicios Domiciliarios (máximo)     | 0,0          | 18,5                | 24,7                 | 17,2                 | 13,7                 | 6,7                  | 3,2            | 9,1   |
| Grado III           | Servicios Residenciales              | 54,1         | 75,2                | 62,4                 | 44,1                 | 35,1                 | 17,2                 | 8,1            | 42,9  |
|                     | Servicios Domiciliarios (mínimo)     | 0,0          | 20,4                | 49,5                 | 37,8                 | 30,6                 | 15,0                 | 7,0            | 14,1  |
|                     | Servicios Domiciliarios (máximo)     | 0,0          | 15,2                | 14,9                 | 10,4                 | 8,2                  | 4,1                  | 1,9            | 6,6   |

- (a) Conjunto de servicios de atención en centros residenciales cuyo coste medio asociado, a partir de datos de las CC.AA., se ha tenido en cuenta para el cálculo del copago.
- (b) Combinación más barata (mínimo) y más cara (máximo) de servicios domiciliarios de atención a la dependencia cuyo coste medio asociado, a partir de datos de las CC.AA., se han tenido en cuenta para el cálculo del copago.
- (c) Renta considerada como la totalidad de los ingresos individuales sometidos a gravamen por el IRPF (excluyendo las ganancias/pérdidas patrimoniales), minorada por el importe de la cuota líquida resultante de dicho impuesto.

Fuente: "El impacto de la ley de la dependencia en las rentas de los usuarios mayores de 65 años: incidencia del copago" (Montserrat, 2008).

Tabla 15.- Volumen de solicitudes, valoraciones y dictámenes gestionados por las CC.AA. (Hasta 1 de enero de 2009) (Unidad: miles).

| Ámbito Territorial   | Población (a)   |                | Personas con discap. para realizar ABVD (b) |              | Solicitudes registradas |              | Valoraciones realizadas |              | Dictámenes emitidos |  |
|----------------------|-----------------|----------------|---------------------------------------------|--------------|-------------------------|--------------|-------------------------|--------------|---------------------|--|
|                      | Nº              | Nº             | % población                                 | Nº           | % discap. ABVD          | Nº           | % solicitudes           | Nº           | % solicitudes       |  |
| Andalucía            | 8.202,2         | 552,0          | 6,8                                         | 233,5        | 42,3                    | 190,0        | 81,4                    | 174,9        | 74,9                |  |
| Aragón               | 1.326,9         | 80,7           | 6,2                                         | 28,3         | 35,1                    | 24,7         | 87,3                    | 25,4         | 89,8                |  |
| Asturias             | 1.080,1         | 78,2           | 7,3                                         | 23,8         | 30,4                    | 19,9         | 83,6                    | 17,1         | 71,8                |  |
| Baleares             | 1.072,8         | 51,5           | 5,0                                         | 16,0         | 31,1                    | 12,6         | 78,8                    | 9,3          | 58,1                |  |
| Canarias             | 2.076,0         | 99,6           | 4,9                                         | 19,8         | 19,9                    | 13,6         | 68,7                    | 10,1         | 51,0                |  |
| Cantabria            | 582,1           | 28,0           | 4,9                                         | 13,0         | 46,4                    | 12,5         | 96,2                    | 12,5         | 96,2                |  |
| Castilla y León      | 2.557,3         | 179,0          | 7,1                                         | 33,5         | 18,7                    | 33,1         | 98,8                    | 33,1         | 98,8                |  |
| Castilla-La Mancha   | 2.043,1         | 132,1          | 6,7                                         | 46,1         | 34,9                    | 38,6         | 83,7                    | 35,1         | 76,1                |  |
| Cataluña             | 7.364,1         | 392,9          | 5,4                                         | 99,0         | 25,2                    | 96,2         | 97,2                    | 96,2         | 97,2                |  |
| Comunidad Valenciana | 5.029,6         | 330,2          | 6,8                                         | 34,2         | 10,4                    | 29,3         | 85,7                    | 29,3         | 85,7                |  |
| Extremadura          | 1.097,7         | 78,6           | 7,2                                         | 25,4         | 32,3                    | 19,2         | 75,6                    | 16,0         | 63,0                |  |
| Galicia              | 2.784,2         | 228,9          | 8,3                                         | 50,5         | 22,1                    | 42,4         | 84,0                    | 42,4         | 84,0                |  |
| Madrid               | 6.271,6         | 294,6          | 4,8                                         | 33,5         | 11,4                    | 33,5         | 100,0                   | 33,5         | 100,0               |  |
| Murcia               | 1.426,1         | 96,1           | 6,9                                         | 16,2         | 16,9                    | 16,2         | 100,0                   | 16,2         | 100,0               |  |
| Navarra              | 620,4           | 30,7           | 5,1                                         | 17,4         | 56,7                    | 10,0         | 57,5                    | 13,5         | 77,6                |  |
| País Vasco           | 2.157,1         | 125,6          | 5,9                                         | 25,2         | 20,1                    | 21,6         | 85,7                    | 21,6         | 85,7                |  |
| La Rioja             | 317,5           | 14,2           | 4,6                                         | 7,8          | 54,9                    | 7,1          | 91,0                    | 7,3          | 93,6                |  |
| Ceuta y Melilla      | 148,8           | 10,4           | 7,1                                         | 2,3          | 22,1                    | 2,1          | 91,3                    | 2,2          | 95,7                |  |
| <b>ESPAÑA</b>        | <b>46.157,8</b> | <b>2.803,5</b> | <b>6,2</b>                                  | <b>725,4</b> | <b>25,9</b>             | <b>622,5</b> | <b>85,8</b>             | <b>595,8</b> | <b>82,1</b>         |  |

(a) Cifras de población referidas a 01/01/2008.

(b) Personas de 6 o más años, residentes en hogares, con alguna discapacidad para realizar ABVD (a partir de los resultados de la Encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de Dependencia 2008, EDAD 2008).

Fuente: Sistema de Información del SAAD a partir de IMSERSO y Servicios de Estadísticas de la Subdirección General Adjunta de Valoración, Calidad y Evaluación. Instituto Nacional de Estadística (INE).



resueltos, las CC.AA. más destacadas son Madrid, Murcia, Castilla y León, Cataluña, Cantabria, La Rioja, Ceuta y Melilla, que han gestionado una proporción superior al 90% del total de solicitudes presentadas por los usuarios en su región.

Asimismo, y a **la vista de los datos del volumen de población que presenta alguna discapacidad para acometer ABVD** –obtenidos de la Encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de Dependencia 2008 elaborada por el INE–, se aprecia que en los próximos años el **SAAD podría llegar a gestionar prácticamente un número 4 veces mayor de solicitudes** para cubrir la potencial demanda de ayudas de todo este colectivo, a fin de mejorar su autonomía personal.

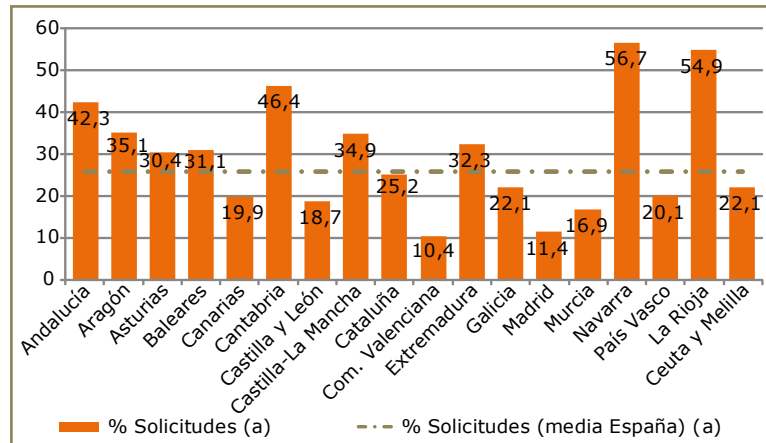
De forma complementaria, a través del gráfico 3 se puede visualizar comparativamente la **situación de cada Autonomía en cuanto al número de solicitudes registradas** –valor calculado respecto al volumen de personas con discapacidad para acometer ABVD–, frente al valor medio de esta variable a nivel nacional. Si se centra la atención en las Comunidades que se encuentran por debajo de la media estatal (25,9%), destaca el caso de Madrid y la Comunidad Valenciana, que se sitúan por debajo de la mitad del valor medio nacional, al haber recibido solamente un volumen de solicitudes del 11,4% y 10,4%, respectivamente, sobre el colectivo poblacional con problemas para realizar ABVD. Por su parte, Cataluña (25,2%), Galicia (22,1%), Ceuta

y Melilla (22,1%) se encuentran ligeramente por debajo de la media del conjunto español, mientras que País Vasco, Canarias, Castilla y León y Murcia se hallan en una posición intermedia respecto a los casos expuestos al situarse en una proporción en torno al 16-20%.

En esta línea, **los porcentajes de valoraciones y dictámenes** (ambos respecto al total de solicitudes registradas) **mantiene una estrecha vinculación** en las diferentes regiones, tal y como muestra el gráfico 4. No obstante, las Comunidades de Asturias, Baleares, Canarias, Castilla-La Mancha y Extremadura parecen experimentar un cierto retraso en la emisión de resoluciones ya que, por el momento, el número de valoraciones está superando en buena medida al de dictámenes. Asimismo, existen algunos casos aislados en los que se da una mayor proporción de dictámenes que de valoraciones (Aragón, Navarra, La Rioja, Ceuta y Melilla), circunstancia de difícil interpretación que, sin embargo, se desprende de los datos acumulados a 1 de enero de 2009 publicados por el Sistema de Información del SAAD.

Por otro lado, del conjunto de **resoluciones** gestionadas por los órganos competentes de las CC.AA., **algo más de 445.000 han generado derecho a prestación**, como se puede ver en la tabla 16. Esta cifra supone una cobertura de casi el **16% de la población española que presenta alguna discapacidad para acometer ABVD**. De acuerdo a la implementación progresiva del

derecho a las prestaciones de dependencia, durante el ejercicio 2008 sólo han tenido acceso a estas ayudas las personas reconocidas con el Grado III (Gran Dependencia) y Grado II (Dependencia Severa) Nivel 2. A este respecto, La Rioja y Cantabria son actualmente los territorios con mayor porcentaje de beneficiarios con derecho a prestación (38,0% en el primer caso y 28,9% en el segundo caso), respecto al colectivo de discapacitados para realizar ABVD que residen en estas regiones. En términos absolutos, las dos Autonomías con mayor volumen de beneficiarios son Andalucía y Cataluña.



- (a) Los porcentajes de solicitudes se han obtenido respecto al volumen de personas (de 6 o más años) con alguna discapacidad para realizar ABVD, para cada CC.AA. y para el conjunto de España (valor medio nacional).
- (b) Los porcentajes de valoraciones y dictámenes se han obtenido respecto al número de solicitudes registradas, para cada CC.AA y para el conjunto de España (valor medio nacional).

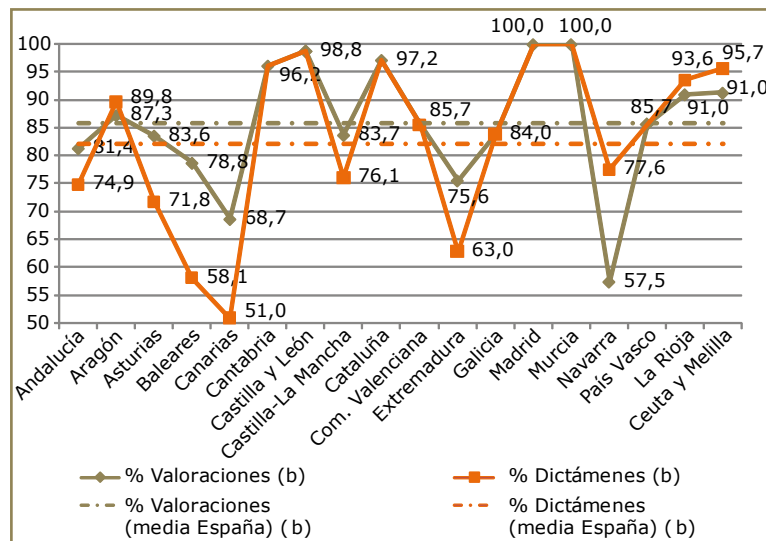


Gráfico 3 y 4.- Volumen de solicitudes, valoraciones y dictámenes gestionados por las CC.AA. (Hasta 1 de enero de 2009).

Tabla 16.- Beneficiarios con derecho a prestación, según grado y nivel, reconocidos por las CC.AA. (Hasta 1 de enero de 2009) (Unidad: miles).

| Ámbito Territorial | Grado III    |                | Grado II – Nivel 2 |                | Total beneficiarios |                |
|--------------------|--------------|----------------|--------------------|----------------|---------------------|----------------|
|                    | Nº           | % Discap. ABVD | Nº                 | % Discap. ABVD | Nº                  | % Discap. ABVD |
| Andalucía          | 98,1         | 17,8           | 21,2               | 3,8            | 119,3               | 21,6           |
| Aragón             | 15,4         | 19,1           | 2,7                | 3,3            | 18,0                | 22,3           |
| Asturias           | 10,6         | 13,6           | 1,8                | 2,3            | 12,4                | 15,9           |
| Baleares           | 5,3          | 10,3           | 1,2                | 2,3            | 6,5                 | 12,6           |
| Canarias           | 7,0          | 7,0            | 1,1                | 1,1            | 8,1                 | 8,1            |
| Cantabria          | 6,5          | 23,2           | 1,5                | 5,4            | 8,1                 | 28,9           |
| Castilla y León    | 21,0         | 11,7           | 4,0                | 2,2            | 24,9                | 13,9           |
| Castilla-La Mancha | 21,4         | 16,2           | 4,1                | 3,1            | 25,5                | 19,3           |
| Cataluña           | 63,8         | 16,2           | 11,1               | 2,8            | 74,9                | 19,1           |
| Com. Valenciana    | 22,0         | 6,7            | 3,7                | 1,1            | 25,7                | 7,8            |
| Extremadura        | 8,8          | 11,2           | 1,6                | 2,0            | 10,4                | 13,2           |
| Galicia            | 27,2         | 11,9           | 5,2                | 2,3            | 32,4                | 14,2           |
| Madrid             | 20,9         | 7,1            | 7,9                | 2,7            | 28,9                | 9,8            |
| Murcia             | 13,3         | 13,8           | 2,9                | 3,0            | 16,2                | 16,9           |
| Navarra            | 4,4          | 14,3           | 1,6                | 5,2            | 6,0                 | 19,5           |
| País Vasco         | 18,0         | 14,3           | 3,6                | 2,9            | 21,6                | 17,2           |
| La Rioja           | 4,5          | 31,7           | 0,8                | 5,6            | 5,4                 | 38,0           |
| Ceuta y Melilla    | 0,9          | 8,7            | 0,3                | 2,9            | 1,2                 | 11,5           |
| <b>ESPAÑA</b>      | <b>369,4</b> | <b>13,2</b>    | <b>76,2</b>        | <b>2,7</b>     | <b>445,6</b>        | <b>15,9</b>    |

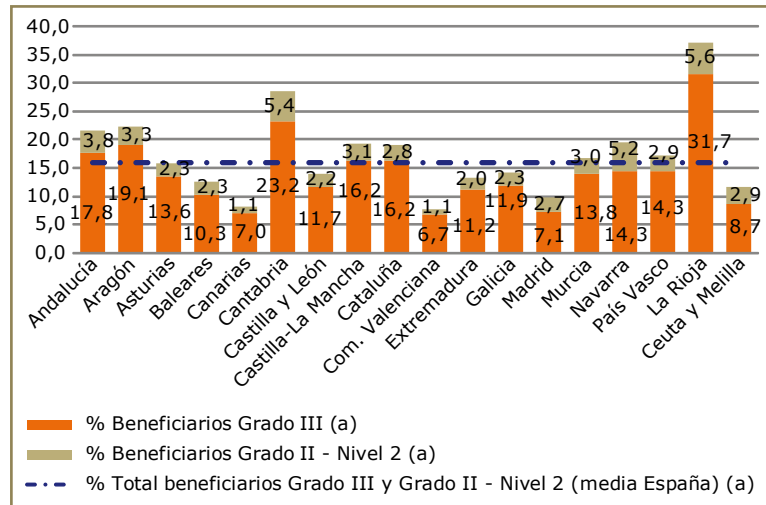
Fuente: Sistema de Información del SAAD a partir de IMSERSO y Servicios de Estadísticas de la Subdirección General Adjunta de Valoración, Calidad y Evaluación. Instituto Nacional de Estadística (INE).

En el gráfico 5 se puede observar el **mayor peso** que tienen –en todas las CC.AA.– las **resoluciones vinculadas al Grado III de dependencia** respecto al total de usuarios con dificultades para llevar a cabo actividades de la vida diaria. En cuanto a la proporción media estatal de beneficiarios con derecho a prestación sobre este colectivo (15,9%), los resultados muestran que la Comunidad Valenciana y Madrid son dos de las regiones que están más alejadas de este valor medio, al igual que sucedía en el caso de las solicitudes registradas. Canarias se encuentra en una situación similar, mientras que Ceuta y Melilla y Baleares se sitúan en una posición más cercana a la media nacional, y Galicia, Extremadura y Castilla y León se quedan ligeramente por debajo de este valor. El resto de Autonomías, por su parte, alcanzan o superan la media del conjunto español.

Los datos correspondientes al apartado económico tienen como origen las aportaciones realizadas por la AGE y por las CC.AA. –como se verá en el siguiente apartado–, a partir de los tres niveles definidos en la Ley 39/2006: nivel de protección mínimo garantizado por la AGE, nivel de protec-

ción acordado entre la AGE y las CC.AA, y el nivel de protección complementario (opcional) de cada Comunidad Autónoma.

En relación al **primer nivel de protección** (garantizado por el Estado), la AGE ha otorgado para este concepto la cantidad de **871 millones de euros en el ejercicio 2008**, lo que supone un incremento del 118% respecto a los 400 millones de euros destinados a esta misma partida el año 2007. Por



(a) Los porcentajes de beneficiarios se han obtenido respecto al volumen de personas (de 6 o más años) con alguna discapacidad para realizar ABVD, para cada CC.AA. y para el conjunto de España (valor medio nacional).

Gráfico 5.- Beneficiarios con derecho a prestación, según grado y nivel, reconocidos por las CC.AA. (Hasta 1 de enero de 2009).

su parte, para el **segundo nivel de protección** (convenios acordados entre la AGE y las CC.AA),

el Estado ha realizado las aportaciones reflejadas en la tabla 17.

Tabla 17.- Contribución de la AGE a la financiación del nivel acordado del SAAD (Años 2007 y 2008).

| Comunidad Autónoma   | Financiación Nivel Acordado 2007 (euros) | Financiación Nivel Acordado 2008 (euros) | % variación 2007-2008 |
|----------------------|------------------------------------------|------------------------------------------|-----------------------|
| Andalucía            | 36.246.571                               | 42.207.117                               | 16,4                  |
| Aragón               | 8.380.326                                | 9.576.203                                | 14,3                  |
| Asturias             | 7.171.802                                | 8.037.961                                | 12,1                  |
| Baleares             | 4.405.561                                | 4.899.870                                | 11,2                  |
| Canarias             | 7.709.606                                | 9.140.979                                | 18,6                  |
| Cantabria            | 3.384.477                                | 3.654.416                                | 8,0                   |
| Castilla y León      | 17.800.171                               | 20.134.893                               | 13,1                  |
| Castilla-La Mancha   | 11.644.976                               | 13.523.226                               | 16,1                  |
| Cataluña             | 32.393.438                               | 39.332.134                               | 21,4                  |
| Comunidad Valenciana | 21.277.833                               | 25.160.886                               | 18,2                  |
| Extremadura          | 6.638.864                                | 7.399.681                                | 11,5                  |
| Galicia              | 18.753.108                               | 20.958.127                               | 11,8                  |
| Madrid               | 23.403.848                               | 27.516.688                               | 17,6                  |
| Murcia               | 5.860.220                                | 6.886.740                                | 17,5                  |
| Navarra              | 3.223.905                                | --- (a)                                  | ---                   |
| País Vasco           | 9.555.786                                | --- (b)                                  | ---                   |
| La Rioja             | 1.633.434                                | 2.044.285                                | 25,2                  |
| Ceuta                | 266.657                                  | 285.988                                  | 7,2                   |
| Melilla              | 249.418                                  | 260.266                                  | 4,3                   |
| <b>ESPAÑA</b>        | <b>220.000.000</b>                       | <b>241.019.460</b>                       | <b>9,6</b>            |

(a) Aportación navarra

(b) Cupo vasco

Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Ministerio de Educación, Política Social y Deporte, y de la Resolución de 23 de Mayo de 2007 para la financiación del nivel acordado entre la AGE y las CC.AA.

A lo largo del proceso gradual de implantación previsto para el SAAD, se estima que el Estado acabará destinando hasta **el año 2015 unos 13.000 millones de euros** en atención a la dependencia que, junto a una aportación similar de las Administraciones Territoriales (en conjunto, alrededor de 26.000 millones de euros), pretenden garantizar la efectividad de los derechos de las personas dependientes recogidos en la ley. El **objetivo**, con la puesta en marcha del SAAD, es dedicar para el gasto en dependencia hasta **aproximadamente un 1% del PIB en 2015**.

### Competencias dentro del sistema de protección a la dependencia

Para abordar un análisis de las competencias dentro del modelo de atención a la dependencia, resulta conveniente mostrar en primer término, y de forma somera, la estructura u órganos que conforman dicho modelo. Partiendo como base de la propia finalidad del SAAD, a continuación se indican también las funciones del resto de organismos que integran dicho Sistema.

**Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD):** Tiene por finalidad principal la garantía de las condiciones básicas y la previsión de los niveles de protección a los que se refiere la Ley 39/2006, sirviendo de cauce para la colaboración y participación de las Administraciones

Públicas. El Sistema se configura como una red de utilización pública que integra, de forma coordinada, centros y servicios, y persigue la optimización de los recursos públicos y privados disponibles (artículo 6 de la Ley 39/2006).

**Consejo Territorial del SAAD:** Se crea como instrumento de cooperación para la articulación del Sistema entre la AGE y las CC.AA. En su seno las Administraciones Públicas deben, entre otras funciones, acordar el marco de cooperación interadministrativa (convenios AGE-CC.AA.), la intensidad de los servicios del catálogo, las condiciones y cuantía de las prestaciones económicas, los criterios de participación de los beneficiarios en el coste de los servicios o el baremo para el reconocimiento de la situación de dependencia (artículo 8 de la Ley).

**Comité Consultivo del SAAD<sup>24</sup>:** Es un órgano asesor mediante el cual se hace efectiva, de manera permanente, la participación social en el Sistema y se ejerce la participación institucional de las organizaciones sindicales y empresariales en el mismo. Entre sus funciones se incluyen la de informar, asesorar y formular propuestas sobre

<sup>24</sup> Con similares funciones al Comité Consultivo y con la finalidad de garantizar la participación de las entidades representativas de las personas en situación de dependencia y sus familias, son igualmente órganos consultivos de participación institucional del SAAD los siguientes tres organismos: el Consejo Estatal de Personas Mayores, el Consejo Nacional de la Discapacidad y el Consejo Estatal de Organizaciones no Gubernamentales de Acción Social.

materias que resulten de especial interés para el funcionamiento del SAAD (artículo 40 de la Ley).

**Sistema de Información del SAAD:** Su finalidad es garantizar la disponibilidad de la información y la comunicación recíproca entre las Administraciones Públicas. Dicho sistema ha de contener información sobre el catálogo de servicios incorporando, como datos esenciales, los relativos a la población protegida, recursos humanos, infraestructuras de la red, resultados obtenidos y calidad en la prestación de los servicios (artículo 37 de la Ley).

Desde una perspectiva más amplia, a continuación se indica la **implicación de la Administración estatal, autonómica y local en el ámbito competencial** según las diferentes áreas recogidas en la normativa:

### Legislación

En relación con las materias más directamente relacionadas con la dependencia, el Estado dispone de competencias sobre la legislación en materia laboral, la legislación básica en sanidad y Seguridad Social y, en este último caso, también sobre el régimen económico<sup>25</sup>. La promulgación de la Ley 39/2006 responde a la competencia exclusiva del **Estado** para **regular las condiciones**

<sup>25</sup> Instituto de Mayores y Servicios Sociales, IMSERSO (2005): *Atención a las personas en situación de dependencia en España. Libro Blanco*. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Madrid.

**básicas que garanticen la igualdad de todos los españoles** en el ejercicio de los derechos y el cumplimiento de los deberes constitucionales (en virtud del artículo 149.1 de la Constitución).

Por su parte, las **CC.AA.** tienen competencia en la ejecución de la legislación en materia de trabajo y relaciones laborales, desarrollo legislativo y ejecución de la legislación básica sanitaria y de la Seguridad Social (salvo lo concerniente a régimen económico). Además han incluido en sus Estatutos de Autonomía la **competencia exclusiva en materia de servicios sociales o asistencia social**, a partir de la cual han desarrollado leyes al respecto<sup>26</sup>. En relación a la Ley 39/2006, la colaboración y participación de todas las Administraciones Públicas y, en particular, las propias de las CC.AA., resulta decisiva en orden a la asunción por éstas de las competencias en materia de asistencia social (conforme al artículo 148.1.20 de la Constitución).

### Niveles de protección – Financiación

La Ley 39/2006 establece un **nivel mínimo de protección, definido y garantizado financieramente por la AGE**, que supone una transferencia directa del Estado a las CC.AA. por cada beneficiario inscrito en el Sistema, según su grado y nivel de

<sup>26</sup> Instituto de Mayores y Servicios Sociales, IMSERSO (2005): *Atención a las personas en situación de dependencia en España. Libro Blanco*. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Madrid.

dependencia reconocido. La AGE ha presupuestado para esta partida en el año 2008 un total de 871 millones de euros; en concreto, las cantidades<sup>27</sup> a destinar por beneficiario son las indicadas en la tabla 18.

Tabla 18

| Grado y nivel de dependencia             | Mínimo de protección garantizado (€ / beneficiario) |
|------------------------------------------|-----------------------------------------------------|
| Grado III de Gran Dependencia – Nivel 2  | 258,75                                              |
| Grado III de Gran Dependencia – Nivel 1  | 175,95                                              |
| Grado II de Dependencia Severa – Nivel 2 | 100,00                                              |

Como **segundo nivel de protección**, se contempla un régimen interadministrativo de **cooperación y financiación entre la AGE y las CC.AA.** –en el seno del Consejo Territorial del SAAD– mediante la formalización de convenios (anuales o plurianuales, entre la AGE y cada Comunidad Autónoma) que deben recoger los objetivos, medios y recursos para la aplicación de los servicios y prestaciones del SAAD, incrementando así el nivel mínimo de protección fijado por el Estado (artículo 10.2 de la Ley). A este respecto, **la aportación de cada Autonomía ha de ser, para cada ejercicio, igual o superior a la de la AGE** (artículo 32.3 de

<sup>27</sup> Real Decreto 179/2008, de 8 de febrero, por el que se modifica el R.D. 6/2008, de 11 de enero, sobre determinación del nivel mínimo de protección garantizado a los beneficiarios del SAAD en el ejercicio 2008.

la Ley). En el año 2008 la Administración Central ha dotado más de 241 millones de euros para este fin.

Por último, las **Comunidades Autónomas tienen la posibilidad de establecer, con cargo a sus presupuestos, un tercer nivel adicional de protección** a los ciudadanos, más allá del fijado por la propia AGE (artículo 11.2 de la Ley). Sin embargo, estos niveles de protección complementarios –en general– no se han desarrollado o no han podido alcanzar un nivel de desarrollo relevante hasta el momento debido, entre otras causas, a la problemática de financiación que están viviendo las CC.AA. y que está generando en la actualidad un intenso debate entre la AGE y las Autonomías.

### Prestaciones y servicios

Las prestaciones y los servicios contemplados en la Ley 39/2006 se integran en la **Red de Servicios Sociales de las respectivas CC.AA.**, que está formada por los centros públicos de las CC.AA., de las Entidades Locales, los centros de referencia estatal en el ámbito de la autonomía personal y la dependencia, así como los centros y servicios privados concertados debidamente acreditados por las CC.AA. (artículo 16.1 de la Ley)

Como se puede observar, es mayor la implicación de las **Entidades Locales** en este ámbito de competencias, las cuales **habrían de participar en la gestión de los servicios** de atención a las per-



sonas en situación de dependencia de acuerdo con la normativa de sus respectivas CC.AA. (artículo 12.1 de la Ley), aunque actualmente **esta normativa no existe ya que ninguna Comunidad Autónoma la ha desarrollado para involucrar al conjunto de sus municipios en la puesta en marcha de la ley**<sup>28</sup>. Por su parte, en materia de servicios sociales, las leyes autonómicas atribuyen a las Corporaciones Locales competencias propias en la programación, la coordinación y la prestación de nivel primario, esto es, servicios sociales generales, comunitarios o de atención primaria<sup>29</sup>.

### Valoración y reconocimiento de la situación de dependencia

Las **CC.AA.** son las **encargadas de determinar los órganos de valoración** de la situación de dependencia, siendo el Consejo Territorial quien determina los criterios comunes de composición y actuación de dichos órganos, que deben tener carácter público (artículo 27.1 de la Ley). Asimismo, las **Autonomías** se ocupan de otorgar, mediante una **resolución al efecto**, el reconocimiento de la situación de dependencia a las personas solicitantes (artículo 28.2 de la Ley).

<sup>28</sup> Información extraída del artículo "La ley de dependencia se atasca entre comunidades y ayuntamientos", El País, 15-09-2008.

<sup>29</sup> Instituto de Mayores y Servicios Sociales, IMSERSO (2005): *Atención a las personas en situación de dependencia en España. Libro Blanco*. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Madrid.

### Coordinación sociosanitaria

El **aumento en la atención demandada** por las personas en situación de dependencia ha hecho surgir, en las últimas décadas, la **necesidad de organizar y coordinar los recursos sanitarios y sociales** con la finalidad de proveer un cuidado integral y eficaz a este colectivo. La idea que subyace bajo el concepto de coordinación sociosanitaria es, por tanto, posibilitar la accesibilidad a los diferentes servicios y garantizar o facilitar la continuidad de cuidados entre ambos tipos de servicios, esto es, debe ser el enlace entre los sistemas sanitario y social para determinar las necesidades en estas áreas de los usuarios e integrar los recursos más apropiados que atiendan dichas necesidades, contemplando la planificación y concreción de protocolos comunes de intervención<sup>30</sup>.

Hasta el momento el **nivel de coordinación** entre los servicios sanitarios y sociales ha sido **bajo y complejo**. La experiencia concreta de nuestro país en torno a esta cuestión muestra la dificultad existente en la articulación coordinada o integrada de esta atención mixta, debido a las diferencias

<sup>30</sup> Instituto de Mayores y Servicios Sociales, IMSERSO (2005): *Atención a las personas en situación de dependencia en España. Libro Blanco*. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Madrid.

Rodríguez G. y Montserrat J. (2002): *Modelos de atención sociosanitaria. Una aproximación a los costes de la dependencia*. IMSERSO. Madrid.

y complejidades<sup>31</sup> presentes entre el sistema de salud y el de servicios sociales:

- **En materia jurídica y financiera.** Ambos sistemas comparten, entre otros elementos, el carácter público y los principios de universalidad e igualdad de acceso ciudadano a estos servicios. Sin embargo, la principal diferencia estriba en que los servicios sanitarios son gratuitos para la población, mientras que el sistema de servicios sociales hace partícipes a los usuarios en el coste de los recursos (copago).

Por otra parte, los recursos públicos disponibles son atribuidos de manera desigual a los ámbitos sanitario y social –siendo normalmente más beneficiado el primero–, a lo que hay que añadir los limitados recursos específicos destinados a la coordinación e integración de ambos tipos de servicios. En este sentido, se observa, por tanto, la necesidad de asignar partidas económicas exclusivas dirigidas a la consecución de un modelo de atención sociosanitaria de mayor desarrollo.

- **En materia organizativa y estructural.** Hay una gran compartimentación y falta de coherencia entre ambos sistemas y, al mismo tiempo, den-

tro de cada uno de sus ámbitos de intervención particulares. En este sentido, se observan divergencias a nivel de competencias en la regulación de políticas y en la prestación de servicios en estas áreas según el ámbito estatal, autonómico y local, además de las divisiones o fragmentaciones existentes a nivel departamental al estar implicados diferentes órganos de gobierno en las disciplinas de salud y servicios sociales.

- **En materia profesional.** Entre el área de salud y el ámbito social existen grandes diferencias en aspectos como la cultura profesional, la rotación y el nivel salarial de la fuerza laboral, los enfoques de atención, los procedimientos de prestación de servicios, etc. lo que dificulta la integración de servicios desde ambos orígenes. Además, la elevada competencia y especialización profesional que caracteriza a los dos ámbitos a nivel individual, añadido a la problemática del recelo profesional y de la derivación asistencial, han supuesto una barrera adicional a esta coordinación.

A pesar de estas diferencias, con el **precedente** de la puesta en marcha del programa “**Vida als anys**” –pionero en la atención sociosanitaria– en Cataluña (1986) y a partir de la firma del Acuerdo Marco entre el Ministerio de Asuntos Sociales y el Ministerio de Sanidad y Consumo en materia de coordinación sociosanitaria (1993), en nuestro país se han impulsado otras iniciativas (modelos de actuación, programas de atención, convenios,

<sup>31</sup> Jiménez, A. (2007): *El sector de la salud y la atención a la dependencia*. Documento de trabajo 111/2007. Fundación Alternativas. Madrid.

Defensor del Pueblo (2008): *Atención sociosanitaria: una aproximación al marco conceptual y a los avances internacionales y autonómicos*.

etc.) a nivel estatal y autonómico encaminadas a la consecución de esta actuación coordinada entre los ámbitos sanitario y social.

Como **iniciativas a nivel nacional**, la Administración Central ha promovido actuaciones<sup>32</sup> de diversa índole en materia de atención sociosanitaria, entre las que cabe destacar:

- Los Planes Gerontológicos Estatales (1992-1997 y 2000-2005).
- El documento “Criterios de ordenación de servicios sanitarios para la atención a las personas mayores” (1996).
- El Plan Estratégico y de Calidad del INSALUD (1997 y 1999, respectivamente).
- El Plan de Atención a los Enfermos de Alzheimer y otras Demencias (1999-2005).
- La creación de los Equipos de Soporte de Ayuda a Domicilio (ESAD, 1999).
- El Convenio Marco de Colaboración sobre Atención Sociosanitaria, Salud y Consumo a las Personas con Discapacidad (2001).
- Los Planes de Acción para las Personas Mayores y las Personas con Discapacidad (2003-2007).

<sup>32</sup> Rodríguez G. y Montserrat J. (2002): *Modelos de atención sociosanitaria. Una aproximación a los costes de la dependencia*. IMSERSO. Madrid.  
Instituto de Mayores y Servicios Sociales, IMSERSO (2005): *Atención a las personas en situación de dependencia en España. Libro Blanco*. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Madrid.

- El Plan Nacional de Accesibilidad (2004-2012).

En el **estrato autonómico** las **iniciativas más destacables** se recogen en la tabla 19.

Ante la falta de comunión expuesta anteriormente, se suelen barajar dos fórmulas a la hora de plantear la reorganización de los sistemas sanitario y social (y sus servicios): **coordinación e integración**. El primer enfoque aboga por la complementariedad entre los servicios de salud y sociales, sin la generación de nuevos recursos, mientras que el segundo (integración) defiende la creación de un nuevo espacio de atención –red de atención socio-sanitaria– conformado por determinados recursos del SNS y del Sistema de Servicios Sociales, así como nuevos servicios específicos para este fin, que dan lugar a un tercer sistema, el sociosanitario propiamente. A la vista de las diferencias mencionadas entre el sistema sanitario y social, el enfoque de integración parece menos viable, por lo que la perspectiva de coordinación gana un mayor peso como solución para el planteamiento de la atención sociosanitaria<sup>33</sup>.

<sup>33</sup> Instituto de Mayores y Servicios Sociales, IMSERSO (2005): *Atención a las personas en situación de dependencia en España. Libro Blanco*. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Madrid.  
Jiménez, A. (2007): *El sector de la salud y la atención a la dependencia*. Documento de trabajo 111/2007. Fundación Alternativas. Madrid.

Tabla 19

| Comunidad Autónoma   | Programa                                                             | Año de puesta en marcha |
|----------------------|----------------------------------------------------------------------|-------------------------|
| Andalucía            | - Plan de Atención a Personas Mayores                                | 1999                    |
| Canarias             | - Programa Sectorial de Atención Sociosanitaria                      | 2002                    |
| Cantabria            | - Plan de Acción Sociosanitaria de las Personas Mayores              | 1999                    |
| Castilla y León      | - Plan de Atención Sociosanitaria (I y II)                           | 1998 y 2003             |
| Castilla-La Mancha   | - Plan de Atención a las Personas Mayores                            | 1998                    |
| Cataluña             | - Programa "Vida als anys"                                           | 1986                    |
|                      | - Plan de Atención Sociosanitaria                                    | 2000                    |
|                      | - Plan Director Sociosanitario                                       | 2006                    |
| Comunidad Valenciana | - Programa PALET (Pacientes Ancianos de Larga Estancia y Terminales) | 1995                    |
|                      | - Ley de Ordenación Sanitaria                                        | 2003                    |
| Extremadura          | - Plan de Atención para las Personas Mayores                         | 2001                    |
|                      | - Plan Marco de Atención Sociosanitaria                              | 2005                    |
| Galicia              | - Programa de Atención Sociosanitaria (PASOS)                        | 1998                    |
| Madrid               | - Plan de Mayores                                                    | 1998                    |
| Navarra              | - Plan Foral de Atención Sociosanitaria                              | 2001                    |
| País Vasco           | - Programas Sociosanitarios de las Diputaciones Forales Vascas       | nd (a)                  |
|                      | - Plan Estratégico para el desarrollo de la Atención Sociosanitaria  | 2005                    |

(a) Dato no disponible.

Fuente: Datos del informe "Atención a las personas en situación de dependencia en España. Libro Blanco" (IMSERSO, 2005) y "El sector de la salud y la atención a la dependencia" (Jiménez, 2007).

**Con la promulgación de la Ley 39/2006, se esperaba un mayor avance en la interconexión de los recursos sanitarios y sociales para ofrecer una atención sociosanitaria más efi-**

caz, sin embargo, el contenido de esta norma no regula ningún avance relevante a este respecto al dejar –de forma difusa– dicha responsabilidad en manos de las CC.AA. Las menciones sobre este

tema quedan recogidas en la Ley de la siguiente forma:

- En el artículo 3, al señalar como principio inspirador de la misma la colaboración de los servicios sociales y sanitarios en la prestación de los servicios a los usuarios del SAAD que se establecen en la propia norma y en la normativa de las CC.AA y Entidades Locales.
- En el artículo 11.1.c), mediante el que se indica como competencia de las CC.AA el establecimiento de “los procedimientos de coordinación sociosanitaria creando, en su caso, los órganos de coordinación que procedan para garantizar una efectiva atención”.
- En el artículo 21, sobre la prevención de las situaciones de dependencia a través de los servicios de promoción de la autonomía personal y de atención y cuidado, se indica la necesidad de “prevenir la aparición o el agravamiento de enfermedades o discapacidades y de sus secuelas, mediante el desarrollo coordinado, entre los servicios sociales y de salud, de actuaciones de promoción de condiciones de vida saludables (...)”.

Aparte de estas referencias, cabe añadir la **falta de definición de la Ley acerca del papel a desarrollar por el Sistema Nacional de Salud (SNS) en el ámbito de la dependencia** y la descripción de un catálogo de servicios de carácter predominantemente social.

Se puede concluir que la Ley 39/2006 ha tratado de manera superficial el tema de la organización de la atención sociosanitaria, todo ello a pesar de las posturas de los diferentes agentes sociales, que insistieron sobre este hecho al demandar que la norma contemplase el diseño de una adecuada coordinación sociosanitaria<sup>34</sup>.

Con todo, la LAPED contempla en el apartado 3 de su disposición adicional primera que “transcurridos los primeros tres años de aplicación progresiva de la Ley, el Consejo Territorial del SAAD realizará un evaluación de los resultados de la misma, proponiendo modificaciones en la implantación del Sistema”. La preocupación de la Administración por la adecuación del SAAD a los parámetros de eficacia, eficiencia y calidad previstos ha llevado a crear, antes del período estipulado, una Comisión Especial para la mejora de la calidad de este órgano. La función de este Comisión –de carácter interministerial y consultivo– es la elaboración de un informe técnico sobre el funcionamiento del SAAD y la formulación de propuestas dirigidas a optimizar su calidad y eficacia, como paso previo a la adopción de medidas para mejorar la actividad del mismo<sup>35</sup>. El objetivo de esta iniciativa es, por

<sup>34</sup> Jiménez, A. (2007): *El sector de la salud y la atención a la dependencia*. Documento de trabajo 111/2007. Fundación Alternativas. Madrid.

<sup>35</sup> ORDEN ESD/1984/2008, de 4 de julio, por la que se crea la Comisión Especial para la mejora de la calidad del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia.

tanto, acometer una primera evaluación piloto del funcionamiento de la Ley 39/2006<sup>36</sup>.

El informe mencionado ha de estar finalizado en un plazo no superior a 6 meses desde la fecha de constitución de la Comisión, por lo que se prevé que esté preparado en los primeros meses del ejercicio 2009.

La trascendencia del modelo de atención a la dependencia en nuestro Estado de Bienestar conlleva una elevada exigencia relacionada con la evaluación del SAAD y de la normativa correspondiente y, en este sentido, su futura mejora debe pasar, sin duda, por una mayor vinculación del sistema sanitario y de los servicios sociales para lograr una atención sociosanitaria competitiva y eficaz.

---

<sup>36</sup> Información extraída de la nota de prensa "El Gobierno cumple con los compromisos adquiridos con las comunidades autónomas y con la financiación de la Ley de Dependencia", Sistema de Información del SAAD, 27-10-2008.









### Aproximación a los modelos de protección a las personas en situación de dependencia a nivel europeo e internacional

La dependencia es un tema que, desde hace años, ha adquirido una gran importancia en el debate político y social en el contexto de la UE y de los países de la OCDE, poniendo de relieve la necesidad de regular la atención a las situaciones de dependencia y de implantar sistemas de protección ante esta contingencia. En este sentido, se pueden diferenciar cuatro modelos que guardan relación con los sistemas de protección social en este ámbito<sup>37</sup>:

- El **modelo liberal**. De carácter asistencial, implica de manera importante a los beneficiarios en el coste de las prestaciones (copago) y la responsabilidad de los servicios de atención a las personas dependientes corre a cargo principalmente de las Administraciones Locales. El sector privado tiene un peso específico importante en este apartado. Es el caso de países como Reino Unido o Estados Unidos.
- El **modelo continental o bismarckiano**. Tiene naturaleza eminentemente universal y en él la

protección a la dependencia constituye una cobertura más de la Seguridad Social, financiándose a través de sus fuentes (fundamentalmente a través de contribuciones sociales). Otros aspectos que caracterizan a este modelo son, por ejemplo, la correspondencia de grados o niveles de dependencia con prestaciones pecuniarias y/o de servicios para los usuarios, y la disposición de ayudas dirigidas al cuidador. Este modelo corresponde a países como Alemania, Austria, Francia, Luxemburgo o Japón.

- El **modelo nórdico o de protección universal**. Derivado de la extensión del Estado de Bienestar de los países nórdicos, la protección de la situación de dependencia tiene su origen en la propia naturaleza de la cobertura social universal, de forma que se circunscribe como un elemento más de los sistemas de protección social. Este modelo se centra en la prestación de servicios, debido al menor arraigo de los cuidados informales en los países escandinavos. Responden a esta concepción los sistemas protectores de los países nórdicos y de los Países Bajos.
- El **modelo meridional, latino o mediterráneo**. Corresponde a aquellos países que se caracterizan por no disponer, como tal, de un modelo o sistema de protección de la situación de dependencia. La cobertura de la dependencia recae fundamentalmente sobre la familia (cuidados informales) y los recursos públicos destinados a este fin son escasos y de carácter

<sup>37</sup> CERMI (2004): *La protección de las situaciones de dependencia en España*. CERMI. Madrid.

Pérez, L.C. (2006): *La discapacidad y las situaciones de dependencia en cifras: aproximación conceptual y estadística. Niveles actuales de protección y modelos europeos*. Revista del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, núm. 65, págs. 34-35.

asistencial. Son representantes de este modelo naciones como Italia o Portugal.

Una vez definidas las tipologías de sistemas de protección a la dependencia, en los apartados que siguen se profundiza en la **caracterización** de algunos de estos **modelos** en el **plano internacional**, con la finalidad de plasmar las particularidades de los sistemas más avanzados en este ámbito y permitir una primera visión de las diferencias existentes respecto al modelo español.

### Un marco comparativo para el caso español: modelos internacionales de referencia

#### Modelos paradigmáticos: Alemania, Francia, Reino Unido y Japón

Existen diferentes países –principalmente a nivel europeo– que han regulado de forma decidida sus sistemas de protección a la dependencia en base a alguno de los tres primeros modelos descritos en el epígrafe anterior (liberal, continental o nórdico). A pesar de que todos ellos tienen sus particularidades y podrían ser de utilidad para el análisis comparativo que pretende abordarse en el presente estudio, la segunda parte del mismo únicamente va a contemplar las características de los sistemas de referencia desarrollados en Alemania, Francia, Reino Unido y Japón.

La selección de los sistemas de estos países en concreto responde a la coherencia y, en determinados casos, afinidad con el caso español. Por un lado se han querido escoger modelos con una **dilatada implantación** y que han sido **valorados como referentes** en la literatura (como, por ejemplo, los de Alemania, Francia y Reino Unido), sin descuidar a otros que, con una vigencia más reducida, suponen una **evolución respecto a los sistemas europeos conocidos** (por ejemplo, Japón) y resultan de gran interés para la comparativa. Asimismo, se han querido tomar en consideración algunos modelos **con un perfil diferenciador** –como es el caso francés, dentro del modelo continental, y el sistema anglosajón al tratarse de un modelo puramente asistencial–, que permitan evidenciar enfoques de atención o gestión que sirvan de ejemplo para potenciales modificaciones o mejoras del sistema protector español.

Se han dejado al margen de este apartado las experiencias de los países nórdicos debido a su similitud, en determinadas parcelas, con el sistema español. Su inclusión en el análisis aportaría un valor añadido poco apreciable para el objeto de estudio.

## Análisis de la estructura cualitativa del modelo

### Legislación y cobertura<sup>38</sup>

Los modelos de referencia contemplados tienen diferentes normas que regulan su sistema de dependencia. En este sentido, la **legislación** correspondiente a **Alemania** y **Francia** tiene por finalidad la provisión de apoyo limitado para asumir la carga personal y financiera derivada de la atención a la persona dependiente. Además, en el caso francés, esta ayuda debe ir destinada al pago de servicios, personal o productos de apoyo y ha de ser justificada por el dependiente a instancias de los órganos públicos de control.

La normativa vigente en Alemania, relacionada con el Seguro de Cuidados de Larga Duración (*Pflegeversicherung*), queda recogida en la Ley para el aseguramiento de la situación de dependencia (1994), las prestaciones de asistencia

domiciliaria (1995) y las prestaciones de asistencia con internamiento (1996). En Francia la regulación en este área corresponde a la Ley 2001-647 que establece la Prestación Personalizada de Autonomía (*Allocation Personnalisée d'Autonomie, APA*) la cual, a su vez, sustituye a la antigua *Prestation Spécifique Dépendance* (PSD) promulgada a través de la Ley 1997-60.

El sistema implantado por **Reino Unido** se centra en la regulación de los servicios sociales dirigidos a las personas dependientes, haciendo hincapié en la distinción entre la provisión del servicio (es la Administración Pública la encargada de atender la petición de ayuda que deriva de la necesidad vinculada a la situación de dependencia) y la adquisición del mismo (los proveedores de los servicios pueden ser públicos o bien organismos privados acreditados). La Ley del Servicio Nacional de Salud y Cuidados Comunitarios (*Community Care Act*) es la más relevante en lo respectivo a la ordenación de los cuidados de larga duración.

La atención a la dependencia en **Japón** está implementada a través de un seguro social –al igual que Alemania– basado en el principio de solidaridad, puesto que todos los agentes institucionales y ciudadanos participan en el sostenimiento del sistema. El *kaigo hoken* (seguro de cuidados de larga duración) entró en vigor en el año 2000, a raíz de la aprobación en 1997 de la ley que regulaba este sistema. Además, fue objeto de revisión en el año 2005 para incluir reformas en el mismo.

<sup>38</sup> Dizy, D.; Ruiz, O. y Fernández, M. (2006): *Las personas mayores en situación de dependencia. Propuesta de un modelo protector mixto y estimación del coste de aseguramiento en España*. Edad & Vida.

Instituto de Mayores y Servicios Sociales, IMSERSO (2005): *Atención a las personas en situación de dependencia en España. Libro Blanco*. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Madrid.

Sancho, M. (2004): *La protección social a las personas mayores dependientes en Francia*. Boletín sobre el envejecimiento: perfiles y tendencias, núm. 10. IMSERSO.

La **cobertura** de los modelos de **Alemania, Francia y Japón** es universal. Cabe matizar que Francia, en la práctica, tiene en cuenta la condición de recursos para determinar la ayuda económica a recibir por el beneficiario y, paralelamente, Japón sólo contempla el derecho a prestación para los dependientes mayores de 40 años. Por su parte, el sistema protector del Reino Unido es de carácter asistencial (a excepción de Escocia, que ha implantado un sistema universal dirigido a los mayores de 65 años), concebido fundamentalmente para atender a las personas que disponen de escasos recursos.

Respecto a los **beneficiarios** de los sistemas de atención a la dependencia, en **Alemania** el colectivo asegurado del *Pflegeversicherung* abarca a las personas acogidas al seguro de enfermedad obligatorio, al regirse por el principio que sostiene que el seguro de cuidados de larga duración es continuación del seguro de enfermedad. Estos dos tipos de seguros pueden ser públicos o privados, si bien aquellos ciudadanos que tienen un seguro de enfermedad adquirido a través del sector privado han de contratar asimismo un seguro privado de dependencia. Prácticamente la totalidad de la población alemana está asegurada, a excepción de una minoría que carece de recursos (este segmento recibe atención por parte de la asistencia social) o bien tiene un cuantioso patrimonio.

Para acceder a las prestaciones de la APA en **Francia** hay que tener más de 60 años (convie-

ne mencionar que las personas con discapacidad que tienen una edad inferior también han visto regulada su situación en este ámbito), acreditar la residencia en Francia y presentar un grado de dependencia que se corresponda con uno de los cuatro primeros grupos de la escala AGGIR (*Autonomie Gérontologie Groupe ISO-Resources*), que cuenta en total con seis niveles.

El carácter asistencial del modelo de **Reino Unido** delimita su ámbito de aplicación en aquellos usuarios que cuentan con recursos muy bajos, atendiendo a su situación económica y patrimonial. El resto de la población puede acceder a las prestaciones mediante aportaciones personales, salvo en lo correspondiente a costes de enfermería que corren a cargo del *National Health Service* (NHS) y, de acuerdo con lo mencionado anteriormente, tampoco tendría aplicación en territorio escocés dado su particular sistema de cuidados.

Finalmente, en **Japón** las entidades locales o municipios aseguran a todos sus residentes mayores de 40 años. Este colectivo accede al sistema de atención a la dependencia de manera diferenciada dividiéndose en dos categorías: el grupo de 40 a 64 años y el grupo de 65 años o más. El seguro atiende cualquier situación de dependencia que afecte a la población del primer grupo, mientras que para el segundo grupo sólo cubre las situaciones de dependencia derivadas de patologías relacionadas con la edad (del resto se hacen cargo los servicios generales de asistencia social).

### Grados de dependencia y sistema de valoración<sup>39</sup>

Los modelos protectores considerados se pueden agrupar en dos conjuntos de acuerdo a la estructura de **grados de dependencia**. Por una parte se sitúan **Alemania** y **Japón**, que emplean el tiempo (horas/minutos) de ayuda o asistencia requerida por el usuario como variable relacionada con las prestaciones a recibir entre los distintos niveles de

dependencia, y por otra parte, **Francia** y **Reino Unido** que no utilizan esta correspondencia.

Atendiendo al **sistema de valoración** de la dependencia, **Francia** y **Japón** cuentan con el trabajo conjunto de profesionales de la rama sanitaria y del área social para el proceso de valoración, sin embargo, en **Alemania** y **Reino Unido** los órganos valoradores están formados por expertos que pertenecen a una misma disciplina (al ámbito sanitario en el sistema alemán y al área de servicios sociales en el modelo inglés).

A continuación, se detalla la estructuración de los grados de dependencia y la descripción del procedimiento de valoración en cada sistema.

#### — ALEMANIA

- **Dependencia Nivel I:** Reciben **entre 1,5 y 3 horas de ayuda al día**, de las que al menos 45 minutos deben ir dirigidos a asistencia de necesidades básicas (aseo, alimentación y movilidad). El resto de tiempo se dedica a tareas domésticas.
- **Dependencia Nivel II:** Reciben **entre 3 y 5 horas diarias de ayuda**, al menos 2 horas para necesidades básicas, y el resto para tareas domésticas.
- **Dependencia Nivel III:** Reciben **más de 5 horas diarias de ayuda**, al menos 4 para necesidades básicas, y el resto para tareas domésticas.

<sup>39</sup> Dizy, D.; Ruiz, O. y Fernández, M. (2006): *Las personas mayores en situación de dependencia. Propuesta de un modelo protector mixto y estimación del coste de aseguramiento en España*. Edad & Vida.

Instituto de Mayores y Servicios Sociales, IMSERSO (2005): *Atención a las personas en situación de dependencia en España. Libro Blanco*. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Madrid.

Sancho, M. (2004): *La protección social a las personas mayores dependientes en Francia*. Boletín sobre el envejecimiento: perfiles y tendencias, núm. 10. IMSERSO.

Durán, M.A. y García S. (2005): *Presente y futuro del cuidado de dependientes en España y Alemania*. Boletín sobre el envejecimiento: perfiles y tendencias, núm. 16. IMSERSO.

Consejería de Trabajo e Inmigración (2008): *Cuarto informe del Gobierno sobre el Seguro de Dependencia*. Embajada de España en Alemania.

Información extraída de la web del Gobierno británico ([www.direct.gov.uk](http://www.direct.gov.uk)), septiembre 2008).

Información extraída de la web de los servicios públicos de la Administración francesa (<http://vosdroits.service-public.fr>, septiembre 2008).

Información extraída de la web del Ministerio de Salud y Trabajo de Japón ([www.mhlw.go.jp](http://www.mhlw.go.jp), septiembre 2008).

La asistencia social interviene en el caso de prestaciones cuya duración esté por debajo de los 6 meses y para períodos de atención inferiores a 1,5 horas diarias.

La **evaluación** de la dependencia es efectuada por el **equipo médico** de los Seguros de Enfermedad (MDK) que, mediante la aplicación de los pertinentes baremos federales, llevan a cabo un examen del solicitante a partir del que se dictamina el grado de dependencia y los servicios de asistencia o cuidados (incluyendo un plan de asistencia personal) que son necesarios para atender la situación particular del dependiente. Estos resultados, que no son formalmente vinculantes pero suelen representar la base del dictamen, se comunican a las **Cajas del Seguro de Dependencia**, que son las encargadas de emitir una **resolución final**. En el año 2006 la duración media del proceso de valoración fue de 40,9 días en el caso de la evaluación a domicilio y de 30,9 días si la valoración era realizada en instituciones residenciales.

La forma de prestación recibida es en gran medida **elección del asegurado**, que tiene la posibilidad de participar en la decisión en base a las propuestas y el catálogo de servicios aprobado por los organismos aseguradores.

La participación en la financiación de los servicios de atención no se contempla formalmente en el sistema alemán. Sin embargo, como las ayudas asignadas no suelen cubrir el coste total de los

servicios recibidos, el beneficiario debe asumir implícitamente el **copago** que, en su caso, le corresponda.

### — FRANCIA

De los 6 niveles que tiene la escala AGGIR, únicamente los grupos del 1 al 4 generan derecho a la ayuda de la APA (los niveles 5 y 6 pueden recibir servicios de ayuda a domicilio):

- GIR 1: Personas postradas (en cama o silla) con disfunciones mentales graves y que **necesitan cuidados continuos** para la realización de actividades de la vida diaria (AVDs).
- GIR 2: Este nivel está integrado por los individuos postrados (en cama o silla) o con graves problemas de movilidad que no tienen un deterioro cognitivo completo y precisan de **ayuda para la mayoría de AVDs**, además de aquellas con graves disfunciones mentales que conservan su movilidad.
- GIR 3: Personas que mantienen parcialmente su movilidad, no tienen deterioro de las funciones mentales, pero requieren **ayuda todos los días y durante varias veces** para mantener su autonomía corporal.
- GIR 4: Este nivel está integrado por los individuos que tienen importantes problemas en las actividades de transferencia, pero una vez en pie pueden tener autonomía suficiente para desplazarse por el interior de la vivienda, así como aquellos que a pesar de no tener pro-

blemas con el aparato locomotor requieren de **ayuda para las actividades corporales y la alimentación.**

El sistema de valoración tiene **dos etapas:** la evaluación de la situación de dependencia y el procedimiento administrativo.

La **fase de evaluación** difiere en función del lugar de residencia del solicitante. En este sentido, si la persona dependiente vive en su domicilio (o en vivienda tutelada o residencia de menos de 25 plazas) la valoración es acometida por, al menos, un miembro de un **equipo sociosanitario o médico-social** (la composición mínima de este equipo es de un médico y de un trabajador social) a través de la aplicación de la escala AGGIR, si bien se tienen en cuenta otros elementos relacionados con el entorno socio-familiar y material para la elaboración de un plan integral de asistencia; además, durante la valoración puede estar presente un médico elegido por el usuario, que puede ser consultado por el equipo evaluador durante este proceso. Si la persona está institucionalizada (residencia de más de 25 plazas u hospital de larga estancia), la valoración es realizada también por un equipo médico-social liderado por un médico coordinador de la entidad, que determina el volumen de la prestación según los recursos del demandante.

En la **etapa de tramitación administrativa**, si el solicitante reside en el domicilio y ha sido reconocido entre los niveles 1 y 4 del sistema AGGIR,

el equipo o profesional evaluador le propone un plan de ayuda (en un plazo máximo de 30 días tras la presentación de la solicitud de la APA por parte del usuario) que tiene que ser aprobado por él mismo –o por su representante– para acceder a la APA. En este plan se especifica la cantidad con la que debe contribuir para sufragar el coste de las prestaciones (**copago**).

La decisión de **acceso a la ayuda** de la APA corresponde al **presidente del Consejo General del departamento** (provincia) francés donde se ha gestionado la solicitud, a propuesta de una comisión integrada por agentes de los servicios sociales, sanitarios, entidades locales y proveedores de servicios.

#### — REINO UNIDO

**No existe un criterio común respecto a los grados de dependencia para el conjunto del territorio.** La Administración Estatal, a través de la Guía para el Acceso Justo a los Servicios de Cuidados (2003), ha especificado 4 niveles de dependencia a modo de orientación para las Entidades Locales (encargadas de acometer la valoración de la situación de dependencia). En la tabla 20 se recogen cada uno de los niveles propuestos, los cuales albergan internamente diversos aspectos que pueden ser complementarios entre sí (Tabla 20).

El proceso de **valoración** es asumido por el **Departamento de Servicios Sociales de las**



Tabla 20

| Grados de dependencia | Nº de actividades domésticas y de cuidado personal que no puede realizar la persona | Nº de relaciones sociales que no es capaz de mantener | Nº de roles o responsabilidades familiares/sociales que no puede asumir | Capacidad de control y elección sobre el entorno |
|-----------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|
| Baja                  | 1 ó 2                                                                               |                                                       |                                                                         | ---                                              |
| Moderada              | Varias                                                                              |                                                       |                                                                         | ---                                              |
| Sustancial            | La mayoría                                                                          |                                                       |                                                                         | Parcial                                          |
| Crítica               | Todas o prácticamente todas                                                         |                                                       |                                                                         | Escasa o nula                                    |

**Corporaciones Locales.** Uno de los miembros de este equipo (generalmente un terapeuta ocupacional) visita al solicitante y realiza la evaluación de sus necesidades a fin de determinar el plan de cuidados que el demandante requiere. La valoración suele estar orientada al proveedor de servicios, creando categorías de dependencia que guardan relación con la intensidad del uso del servicio y con la financiación.

Habitualmente un **gestor de cuidados se ocupa de coordinar la valoración del individuo y la organización de los servicios de atención.** Si se estima apropiado, los servicios sociales y sanitarios locales pueden colaborar conjuntamente para establecer un paquete de cuidados integral e individualizado para el dependiente.

Ante la falta de unificación de criterios de valoración, elegibilidad, etc. por parte de las Corporaciones Locales y para evitar posibles situaciones de inequidad o discriminación a este respecto, la Guía para el Acceso Justo a los Servicios

de Cuidados también determinó los elementos que, como mínimo, debe contemplar el plan de cuidados, así como la revisión de la situación de dependencia del beneficiario.

Tras concluir la valoración y la elaboración del plan de cuidados, los agentes locales informan al demandante de la cuantía que ha de satisfacer en concepto de **copago**, de acuerdo a su capacidad económica.

### \_\_\_ JAPÓN

Los grados de dependencia se organizan en 6 estratos, según la intensidad de los cuidados a proveer (Tabla 21).

El **reconocimiento de la situación de dependencia** se obtiene a través de un **certificado**, que debe renovarse con cierta periodicidad –generalmente, cada 6 meses– para continuar recibiendo las prestaciones del sistema japonés y/o conseguir una modificación de su grado de dependencia.

Tabla 21

| Grados de dependencia | Características de las personas dependientes                        | Tiempo de asistencia por día (minutos) |
|-----------------------|---------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|
| Nivel de apoyo        | - Requieren de rehabilitación o apoyo puntual en AVDs               | 25 - 30                                |
| Nivel 1               | - Incapacidad de acometer algunas actividades motoras básicas       | 30 - 50                                |
|                       | - Necesidad de asistencia parcial en la realización de AVDs         |                                        |
| Nivel 2               | - Incapacidad de acometer muchas actividades motoras básicas        | 50 - 70                                |
|                       | - Necesidad de asistencia parcial o total en la realización de AVDs |                                        |
| Nivel 3               | - Incapacidad de efectuar actividades motoras básicas autónomamente | 70 - 90                                |
|                       | - Necesidad de asistencia total en la realización de AVDs           |                                        |
| Nivel 4               | - Demencia severa                                                   | 90 - 110                               |
|                       | - Necesidad de asistencia integral para la realización de AVDs      |                                        |
| Nivel 5               | - Encamado, con problemas comunicativos                             | > 110                                  |
|                       | - Necesidad de asistencia integral para la realización de AVDs      |                                        |

Para disponer de esta certificación, el solicitante debe, en primer lugar, someterse a un proceso de **valoración** en su residencia habitual. El proceso de evaluación consiste en la aplicación de un cuestionario homogéneo a nivel estatal por parte de un agente local (profesional de enfermería o trabajador social), completado por las apreciaciones de este evaluador. Este informe es procesado por una aplicación informática que devuelve una valoración preliminar del usuario, indicando el nivel de dependencia asignado y los cuidados asociados. Posteriormente, un **equipo multidisciplinar independiente** determina si es necesario realizar algún cambio en la evaluación preliminar en base a la opinión de un profesional médico (en la mayor

parte de los casos no se producen modificaciones), y dictamina la valoración definitiva con la relación de prestaciones a recibir por la persona dependiente, dando lugar al certificado oficial mencionado.

En última instancia, un administrador de cuidados (o **gestor de casos**) local define el plan de cuidados y el **importe que debe pagar el beneficiario** para hacer frente a la parte estipulada del coste de los servicios de atención (en términos generales, el usuario soporta el 10% de los gastos asociados a los servicios de su plan de ayuda). Además, este administrador se encarga de gestionar la prestación de los servicios con las entidades proveedoras.

## Análisis de la estructura cuantitativa del modelo

### Prestaciones y tratamiento fiscal<sup>40</sup>

<sup>40</sup> Dizy, D.; Ruiz, O. y Fernández, M. (2006): *Las personas mayores en situación de dependencia. Propuesta de un modelo protector mixto y estimación del coste de aseguramiento en España*. Edad & Vida.

Instituto de Mayores y Servicios Sociales, IMSERSO (2005): *Atención a las personas en situación de dependencia en España. Libro Blanco*. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Madrid.

Pérez, V. (2003): *Prestaciones de dependencia: situación comparada en la Unión Europea*. Revista del Ministerio del Trabajo y Asuntos Sociales núm. 47, págs. 295-324.

Sancho, M. (2004): *La protección social a las personas mayores dependientes en Francia*. Boletín sobre el envejecimiento: perfiles y tendencias, núm. 10. IMSERSO.

Durán, M.A. y García S. (2005): *Presente y futuro del cuidado de dependientes en España y Alemania*. Boletín sobre el envejecimiento: perfiles y tendencias, núm. 16. IMSERSO.

Centre de Ressources Départemental pour l'Autonomie, CERDA (2008): *APA à domicile*. Conseil Général de l'Isère.

Comisión Europea (2006): *Long-Term Care in Europe*. Boletín informativo MISSOC, núm. 02/2006.

Información extraída de la web de los servicios públicos de la Administración francesa (<http://vosdroits.service-public.fr>, septiembre 2008).

Información extraída de la web del Gobierno británico ([www.direct.gov.uk](http://www.direct.gov.uk), septiembre 2008).

Información extraída de la web del Ministerio de Salud y Trabajo de Japón ([www.mhlw.go.jp](http://www.mhlw.go.jp), septiembre 2008).

Eguchi, T. (2005): *Sistema de Seguro Social de Largo Plazo (Kaigo Hoken) para el Adulto Mayor en Japón*. Ponencia del Seminario Internacional 2005 de

A nivel de **prestaciones**, los modelos de protección a la dependencia que se han tomado como referentes –como sucede en la mayoría de países que disponen de este tipo de sistemas– muestran una evidente voluntad de **mantener a las personas dependientes en su hogar el mayor tiempo posible**, como se puede deducir de la considerable oferta de prestaciones domiciliarias a disposición de este colectivo. Paralelamente, esta circunstancia puede redundar también en un potencial ahorro, para las Administraciones Públicas, de gastos sanitarios y de institucionalización de las personas en situación de dependencia.

Tanto para las ayudas a domicilio como para las residenciales, los sistemas nacionales de protección a la dependencia aplican criterios distintos. Para el caso de los territorios analizados, el modelo nipón contempla una cartera de servicios sociales combinados con otros de naturaleza sanitaria, al contrario que Alemania o Reino Unido que derivan la prestación de servicios sanitarios a los sistemas de salud nacionales. Francia se quedaría al margen, ya que sólo ofrece prestaciones monetarias.

Si se atiende a la **naturaleza de las prestaciones (monetarias o en especie)**, se observan tres categorías: los países que sólo proporcionan ayudas económicas (Francia), los que ofrecen servicios o ayudas en especie (Japón) y aquellos que

---

la Conferencia Interamericana de la Seguridad Social (CISS).

brindan ambos tipos de prestaciones (Alemania y Reino Unido).

En las siguientes líneas se resume la ordenación de las **prestaciones ofrecidas por los cuatro modelos** considerados:

- ALEMANIA. Las principales ayudas recibidas a través del Seguro de Cuidados de Larga Duración se recogen en la tabla 22 (datos de 2006).

Además de lo detallado en el cuadro superior, los cuidadores no profesionales también reciben

Tabla 22

| Prestaciones                                                            |                                                            | Nivel I                                                                                 | Nivel II | Nivel III         |
|-------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|----------|-------------------|
| Cuidado en el hogar (€/mes)                                             | En especie (€/mes)                                         | 384                                                                                     | 921      | 1.432 (1.918) (a) |
|                                                                         | Pecuniaria (€/mes)                                         | 205                                                                                     | 410      | 665               |
| Sustitución del cuidador (hasta 4 semanas al año)                       | Por un familiar (€) (b)                                    | 205                                                                                     | 410      | 665               |
|                                                                         | Por un profesional (€)                                     | 1.432                                                                                   |          |                   |
| Asistencia transitoria                                                  | (€/año)                                                    | 1.432                                                                                   |          |                   |
| Cuidados residenciales (internamiento parcial)                          | (€/mes)                                                    | 384                                                                                     | 921      | 1.432             |
| Cuidados residenciales (internamiento total)                            | (€/mes)                                                    | 1.023                                                                                   | 1.279    | 1.432 (1.688) (a) |
| Cuidados residenciales para personas con discapacidad                   | ---                                                        | 10% de los costes residenciales (hasta un máximo de 256 €/mes)                          |          |                   |
| Productos de apoyo                                                      | ---                                                        | 90% de los costes (el beneficiario debe aportar hasta un máximo de 25 € por producto)   |          |                   |
| Mejoras del entorno doméstico                                           | ---                                                        | 2.557 € por mejora (el beneficiario debe contribuir en el pago de los costes generados) |          |                   |
| Cuotas de los cuidadores al sistema de pensiones                        | En función de la carga asumida por el cuidador (€/mes) (c) | 127                                                                                     | 255      | 382               |
| Ayuda complementaria a dependientes con mayores necesidades de cuidados | (máximo €/año)                                             | 460                                                                                     |          |                   |

(a) Cuantía destinada a los casos de dependencia especialmente graves.

(b) A estos importes se le podrán agregar las compensaciones por transporte, pérdida de sueldos, etc. por realizar esta actividad, hasta un máximo de 1.432 €/mes.

(c) A partir de 14 horas por semana de dedicación a cuidados, siempre que el cuidador no tenga otro empleo de más de 30 horas semanales ni reciba una pensión.

Fuente: Informe "Long-Term Care in Europe" (Comisión Europea, 2006) y "Presente y futuro del cuidado de dependientes en España y Alemania" (Durán y García, 2005).

cursos gratuitos de formación y otro tipo de prestaciones no monetarias.

- FRANCIA. Las prestaciones de la APA son de naturaleza económica y vienen determinadas de acuerdo al grado de dependencia y nivel de recursos del usuario.

Las cantidades máximas mensuales consignadas al ámbito domiciliario en el plan de ayuda individual son las siguientes (datos de septiembre de 2008): **1.212,50€ (GIR 1); 1.039,29€ (GIR 2), 779,46€ (GIR 3); 519,64€ (GIR 4)**. La cantidad a recibir procedente de la APA es la diferencia entre la cuantía máxima de la GIR correspondiente y la cantidad que le corresponda abonar al beneficiario según sus ingresos (ticket moderador). La cuantía del ticket moderador queda determinada progresivamente según la correspondencia detallada en la tabla 23.

Tabla 23

| Ingresos mensuales del beneficiario | % del coste del plan de ayuda asumido por el beneficiario (ticket moderador) |
|-------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|
| Menos de 682,67€                    | 0%                                                                           |
| Entre 682,67€ y 2.720,49€           | Entre 0% y 90%                                                               |
| Más de 2.720,49€                    | 90%                                                                          |

Los beneficiarios están **obligados a justificar el destino** (contratación de servicios o personal) **de las ayudas recibidas** de la APA para prevenir el uso inadecuado de estas prestaciones.

Los servicios a domicilio que incluye el plan individual de atención son del siguiente tipo: teleasistencia, horas de servicio de atención a domicilio (SAD), servicio de comidas, gastos de institucionalización temporal, trabajos de adaptación del hogar, ayudas técnicas, transporte, lavandería, etc.

A nivel residencial, el Gobierno estipula una **"tarifa de dependencia"** para cada institución atendiendo a los diferentes grados de dependencia. El beneficiario debe participar en el coste de una parte de esta tarifa a través del ticket moderador que le corresponde. El pago de la prestación se envía directamente al centro residencial.

Por otro lado, el **cuidador informal** recibe ayudas en materia de **formación y asesoramiento**.

- REINO UNIDO. Cuando el beneficiario reside en el hogar, las prestaciones concedidas pueden ser en forma de **servicios o monetarias, a elección del usuario**. Las ayudas pecuniarias (**direct payments**) se ofrecen con la finalidad de que la persona dependiente organice la provisión de los servicios vinculados a su plan de cuidados, de modo que pueda utilizar este montante para el pago de equipamiento, personal y/o servicios que satisfagan sus necesidades de acuerdo a la valoración realizada por los agentes locales. Los *direct payments*, sin embargo, no pueden ser utilizados para costear el interna-

miento permanente en una institución residencial, ni para pagar a familiares o personas que vivan con el dependiente.

Cada Corporación Local estipula las normas de uso de los *direct payments* como, por ejemplo, la **justificación del destino de estas ayudas** (los beneficiarios deben conservar determinada documentación pudiendo recibir, incluso, alguna visita de los agentes locales en su domicilio para efectuar este control). En la práctica, se ha observado cierta reticencia de las Corporaciones Locales a la concesión de esta ayuda monetaria frente a la prestación en especie.

En el ámbito residencial, la Administración Local puede ayudar al beneficiario a sufragar los **costes de institucionalización**. Para el cálculo de la contribución pública **se valora la situación patrimonial de la persona dependiente** (datos vigentes en el ejercicio 2008; tipo de cambio aplicado, 1 euro = 0,79505 libras):

- Si el patrimonio es superior a 22.250£/27.986€, el coste recae completamente sobre el beneficiario.
- Si el patrimonio está valorado entre 13.500£/16.980€ y 22.250£/27.986€, el beneficiario tiene que pagar 1£/1,26€ a la semana por cada 250£/314€ de patrimonio, es decir, entre 54£/68€ y 89£/112€.
- Si el patrimonio es inferior a 13.500£/16.980€, el beneficiario no tiene que asumir ningún coste.

En el caso de ser propietario de una vivienda, el inmueble no se toma en consideración en el cálculo del patrimonio personal hasta después de las doce primeras semanas de internamiento permanente en la residencia.

El **gasto de los cuidados médicos** requeridos por el dependiente en la residencia es **competencia del Sistema de Salud (NHS)**, que proporciona 101£/127€ semanales para atender este concepto. Si la persona se encuentra dentro del programa de cuidados sanitarios continuos (*continuing health care*), el NHS cubre todo el coste ocasionado por estos servicios de salud.

Finalmente, existen **otro tipo de ayudas** a las que pueden acceder –bajo determinadas circunstancias– las **personas en situación de dependencia o sus cuidadores no profesionales**, entre las que cabe destacar las siguientes (datos vigentes en el ejercicio 2008):

- Prestación de Asistencia (*Attendance Allowance*) → Los destinatarios de este subsidio son las personas que tienen 65 o más años y necesitan cuidados personales o ayuda para desplazarse debido a una pérdida de autonomía física o mental. Hay dos tarifas vigentes según la severidad de la dependencia: tarifa mínima (44,85£/56,41€ semanales) y tarifa máxima (67£/84€ semanales).
- Prestación de Discapacidad (*Disability Living Allowance*) → Es análoga a la *Attendance Allowance* pero, en este caso, está destinada

a niños y adultos menores de 65 años. La prestación se divide en dos partes, el componente de cuidados (tres niveles) y el componente de movilidad (dos niveles). La persona dependiente puede recibir ayuda procedente de una sola categoría o de ambas, de acuerdo al esquema reflejado en la tabla 24.

Tabla 24

| Componente de cuidados  | Cuantía a percibir (£ y € por semana) |
|-------------------------|---------------------------------------|
| Tarifa Mínima           | 17,75£ (22,33€)                       |
| Tarifa Intermedia       | 44,85£ (56,41€)                       |
| Tarifa Máxima           | 67,00£ (84€)                          |
| Componente de movilidad | Cuantía a percibir (£ y € por semana) |
| Tarifa Mínima           | 17,75£ (22,33€)                       |
| Tarifa Máxima           | 46,75£ (58,80€)                       |

- Fondo para la Vida Independiente (*Independent Living Fund*) → Prestación económica que pueden recibir las personas dependientes (con una edad comprendida entre los 17 y 64 años) para mejorar su autonomía en la vivienda. La cuantía máxima a percibir es de 455£/572€ a la semana. Se puede destinar a la contratación de servicios de una empresa de cuidados domiciliarios o de un asistente personal, para ayudar en la atención personal del usuario y en determinadas tareas domésticas.
- Prestación para el Cuidador (*Carer's Allowance*) → Va dirigida a individuos con baja

renta (ingresos no superiores a 95£/120€ semanales, descontados una serie de gastos) que cuidan de una persona en situación de dependencia (puede ser un familiar), al menos 35 horas a la semana. Para tener derecho a la prestación, el dependiente debe estar cobrando la Attendance Allowance, la Disability Living Allowance (tarifa intermedia o máxima) o la Constant Attendance Allowance; además, el cuidador debe cumplir otros requisitos. La cantidad a recibir es de 50,55£/63,58€ por semana.

- Los cuidadores también tienen a su disposición programas de formación en actividades relacionadas con los cuidados del dependiente. Asimismo pueden disfrutar de un período vacacional por el trabajo de asistencia desarrollado.
- JAPÓN. Las ayudas reconocidas en el sistema nipón se materializan **exclusivamente en prestaciones de servicios**, con independencia del lugar donde reside el beneficiario (domicilio o centro residencial).  
La persona en situación de dependencia tiene la posibilidad de **elegir el tipo de cuidado a recibir y el proveedor** de esta asistencia (público o privado). Por su parte, la Administración Local se ocupa de hacer el abono pertinente al proveedor en orden al servicio prestado y a las cuantías máximas estipuladas a este respecto (datos del

Tabla 25

| Grados de dependencia | Servicios de Asistencia a Domicilio<br>(¥ y € al mes) | Servicios en Centros Residenciales<br>(¥ y € al día) |
|-----------------------|-------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|
| Nivel de apoyo        | 61.500¥ (396€)                                        | --- (a)                                              |
| Nivel 1               | 165.800¥ (1.067€)                                     | 8.800¥ (57€)                                         |
| Nivel 2               | 194.800¥ (1.253€)                                     | 9.300¥ (60€)                                         |
| Nivel 3               | 267.500¥ (1.721€)                                     | 9.800¥ (63€)                                         |
| Nivel 4               | 306.000¥ (1.969€)                                     | 10.300¥ (66€)                                        |
| Nivel 5               | 358.300¥ (2.305€)                                     | 10.800¥ (70€)                                        |

(a) Las personas integradas en el nivel de apoyo no tienen acceso a la subvención de los servicios en centro residencial.

Fuente: "Las personas mayores en situación de dependencia. Propuesta de un modelo protector mixto y estimación del coste de aseguramiento en España" (Dizy *et al.*, 2006) y "Sistema de Seguro Social de Largo Plazo (*Kaigo Hoken*) para el Adulto Mayor en Japón" (Eguchi, 2005).

ejercicio 2005; tipo de cambio aplicado, 1 euro = 155,42 yenes) (Tabla 25).

Hay doce tipos de servicios relacionados con esta cobertura para el ámbito domiciliario, entre otros: tareas domésticas, servicio de ducha y baño, enfermería, rehabilitación, visita médica, alquiler de tecnologías de apoyo, etc. También existen ayudas de respiro y para la remodelación de la vivienda del dependiente.

El **cuidador informal no tiene estipulado ningún tipo de prestación**, puesto que en la propia concepción del sistema se dispuso mantener a los familiares u otros cuidadores no profesionales al margen de las prestaciones del modelo.

En cuanto a la **cofinanciación** del plan de cuidados, los beneficiarios han de aportar el **10%**

**de los costes vinculados a los servicios de atención recibidos** y, si se encuentran institucionalizados, les corresponde pagar íntegramente los gastos de comidas en el centro residencial, quedando limitadas ambas situaciones a los siguientes **máximos** (tipo de cambio aplicado, 1 euro = 155,42 yenes) (Tabla 26).

La cobertura de la situación de dependencia a través de **seguro privado**<sup>41</sup> está presente en los modelos internacionales considerados. Los cuatro modelos han visto desplegado en

<sup>41</sup> Hernández, D. (2001): *El seguro privado dentro de la protección social de la dependencia: perspectivas y riesgos asociados*. Madrid.

SCOR (2003): *El seguro privado de dependencia. Comparaciones internacionales*. Informaciones Técnicas SCOR (rama de vida), núm. 9.



Tabla 26

| Tipo de beneficiarios                      | Cuantía máxima de copago en concepto de servicios de atención (¥ y € al mes) | Cuantía máxima de pago en concepto de gastos de comidas en centros residenciales (¥ y € al mes) |
|--------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Personas que no disponen de bajos ingresos | 37.200¥ (239€)                                                               | 23.400¥ (151€)                                                                                  |
| Hogares exentos de tasas municipales       | 24.600¥ (158€)                                                               | 15.000¥ (97€)                                                                                   |
| Pensionistas                               | 15.000¥ (97€)                                                                | 9.000¥ (58€)                                                                                    |

su mercado el aseguramiento de esta contingencia desde el ámbito privado, bien por imposición del propio sistema de protección estatal (caso de Alemania, si el usuario optó en una etapa anterior por un seguro privado de salud) o bien por iniciativa propia del entramado empresarial asegurador de cada país (Alemania, Francia, Reino Unido y Japón).

Los **mercados de Alemania y Reino Unido** concernientes a este negocio están **poco desarrollados**. El primero, por la elevada regulación que caracteriza al sistema (circunstancia que ha dificultado la libre creación de un seguro comercial de este tipo), y el segundo por los altos precios de las primas y por la cultura misma de la sociedad, que ve los cuidados de larga duración como un problema ajeno.

Por el contrario, en **Francia** este mercado ha crecido a **tasas muy elevadas** (en torno al 20-25% a principios de década), de hecho, ya

han concebido tres generaciones de seguros de dependencia y se espera la continuidad de estos ritmos favorables de crecimiento en la contratación de estos productos. En **Japón**, por su parte, este mercado experimentó un fuerte desarrollo en los años 90, sin embargo, en la actualidad, se encuentra **alejado de las tasas de crecimiento de Francia o Estados Unidos**.

Respecto al **tratamiento fiscal**<sup>42</sup> de las ayudas proporcionadas por los modelos de protección a la dependencia analizados, cabe

<sup>42</sup> Comisión Europea (2006): *Long-Term Care in Europe*. Boletín informativo MISSOC, núm. 02/2006.

Dizy, D.; Ruiz, O. y Fernández, M. (2006): *Las personas mayores en situación de dependencia. Propuesta de un modelo protector mixto y estimación del coste de aseguramiento en España*. Edad & Vida.

Hernández, D. (2001): *El seguro privado dentro de la protección social de la dependencia: perspectivas y riesgos asociados*. Madrid.

destacar que las **prestaciones recibidas por la persona dependiente** –a través de cualquiera de los cuatro sistemas– **no están sujetas a impuestos**. No obstante, las ayudas pecuniarias dirigidas al **cuidador no profesional sí están sometidas a gravamen** (como, por ejemplo, la *Carer's Allowance* de Reino Unido).

El **sistema francés** es el más completo en este apartado, al establecer, además, determinadas **ventajas fiscales** tanto para la persona en situación de dependencia como para los cuidadores. En este sentido, el pago al personal contratado por el dependiente para la prestación de servicios en el domicilio, así como la remuneración del personal (con contrato indefinido) de atención domiciliaria perteneciente a organismos acreditados o centros de acción social, son rentas exentas del abono de la cuota patronal de cotización a la Seguridad Social. Asimismo, los dependientes que costean con sus ingresos personales servicios contemplados en el plan de ayuda (no cubiertos por la APA), tienen derecho a deducciones fiscales en el impuesto sobre la renta.

En el marco del seguro privado de dependencia, tanto Francia como Reino Unido ofrecen incentivos, tales como la exención fiscal de las transferencias monetarias recibidas de este seguro.

### Financiación del sistema

La **financiación**<sup>43</sup> de los sistemas de atención a la dependencia puede tener **origen público y/o privado**, si bien, excepto en países como Japón o Francia donde el mercado del seguro privado de dependencia tiene cierta representatividad, los recursos destinados a los cuidados de larga duración desde el sector privado son mínimos.

A partir de los modelos de referencia descritos, se pueden diferenciar tres categorías de acuerdo a sus fuentes de financiación públicas: los sistemas protectores sufragados únicamente a través de **cotizaciones sociales** (Alemania), aquellos que lo hacen mediante un **régimen impositivo** (Reino Unido) y, por último, los que tienen un **carácter mixto** y se nutren de ambas fuentes de financiación, esto es, contribuciones sociales e impuestos (Francia y Japón).

**Alemania y Japón** articulan las aportaciones de los usuarios a través de cuotas porcentuales (modelo alemán) o mediante el pago de primas

<sup>43</sup> Instituto de Mayores y Servicios Sociales, IMSERSO (2005): *Atención a las personas en situación de dependencia en España. Libro Blanco*. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Madrid.

Comisión Europea (2006): *Long-Term Care in Europe*. Boletín informativo MISSOC, núm. 02/2006.

Dizy, D.; Ruiz, O. y Fernández, M. (2006): *Las personas mayores en situación de dependencia. Propuesta de un modelo protector mixto y estimación del coste de aseguramiento en España*. Edad & Vida.

(sistema nipón) procedentes del importe de sus salarios o pensiones. En **Francia**, la financiación del modelo de dependencia procede principalmente de la Caja Nacional de Solidaridad para la Autonomía (*Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie*, CNSA), la cual obtiene recursos del antiguo fondo de financiación de la APA y de diversos medios de contribución social de menor relevancia que nacen de los ingresos de los ciudadanos.

Una peculiaridad a destacar es la **utilización en Alemania y Francia de un día de trabajo adicional** (un festivo se convierte en día laborable) para, a través de una parte de los rendimientos generados esa jornada, compensar las contribuciones patronales a favor del sistema de dependencia a las que están obligados en Alemania, y para incrementar los fondos de financiación de la CNSA en el caso francés.

Los modelos que se nutren por la vía impositiva reciben la financiación procedente del ámbito estatal y local (Reino Unido), sólo del regional (Francia), o bien de los niveles estatal, regional y local (Japón).

La **participación de las personas dependientes en el coste de los servicios recibidos** en el marco de los sistemas de protección (**copago**), se organiza de forma distinta en cada uno de los mercados de referencia considerados. Alemania determina cantidades específicas en función del servicio a prestar y del grado de dependencia del

usuario, por lo que el beneficiario tiene que asumir con sus recursos personales la diferencia entre la ayuda monetaria recibida y el coste real del servicio. La APA francesa estipula una cuantía máxima para el plan de ayuda o cuidados del beneficiario según su grado de dependencia, esta cifra se ve reducida en base a las rentas del dependiente, de modo que éste tiene que hacerse cargo de la diferencia de valor (ticket moderador) respecto al coste de los servicios que disfruta –al igual que ocurre en el contexto alemán–, si bien este sistema establece una escala progresiva de la proporción de costes a asumir de acuerdo a los ingresos de los beneficiarios. El modelo nipón exige al dependiente la aportación de un 10% del coste de su plan individual de cuidados, aunque se fijan límites máximos en el copago para determinados colectivos de beneficiarios. En último lugar, el sistema anglosajón utiliza diferentes criterios según lo regulado por cada Administración Local, como por ejemplo el requerimiento de pago de todo, parte o nada del coste de los servicios (en función de los recursos del beneficiario, del nivel de servicios prestados o de ambas cosas).

#### Otros datos cuantitativos básicos

Para caracterizar cuantitativamente los modelos de protección a la dependencia de Alemania, Francia, Reino Unido y Japón se van a especificar, en el presente apartado, la evolución en los últimos años de dos variables fundamentales en este ámbito: el **volumen de personas beneficiarias** –respecto a

la población total- de cada sistema de protección a la dependencia y el **gasto** –en % del PIB- derivado del funcionamiento de los mismos. A este respecto, sólo se tendrán en cuenta los **datos correspondientes al sector público**, debido a la carencia de estadísticas referidas al mercado privado del

seguro de dependencia. Además, se incluyen los datos disponibles para el caso español con objeto de realizar una comparativa más completa.

La tabla 27 y el gráfico 6 muestran la **evolución de la proporción de usuarios que han recibido**

Tabla 27.- Evolución del volumen de personas atendidas por el sistema público de atención a la dependencia.  
(% beneficiarios sobre población total)

| País            | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | v.m.a. (e) |
|-----------------|------|------|------|------|------|------|------|------------|
| Alemania        | 2,21 | 2,23 | 2,29 | 2,29 | 2,34 | 2,37 | 2,39 | 1,33       |
| Francia (a)     | 0,21 | 0,24 | 1,04 | 1,29 | 1,38 | 1,49 | 1,59 | 11,94      |
| Reino Unido (b) | 2,10 | 1,90 | 2,00 | 2,04 | 2,09 | nd   | nd   | 0,32       |
| Japón (c)       | 1,95 | 2,26 | 2,61 | 2,90 | 3,08 | 3,27 | nd   | 11,10      |
| España (d)      | nd   | nd   | nd   | 1,59 | nd   | 2,06 | nd   | 15,95      |

nd: Dato no disponible

- (a) El año 2002 corresponde al primer ejercicio de implantación de la APA en Francia.
- (b) Dada la carencia de información, se han tomado como beneficiarios aquellas personas mayores (65 o más años) que reciben servicios sociales en Inglaterra (en este territorio se concentra más del 80% de la población de Reino Unido).
- (c) En el caso de Japón, se ha considerado para el cálculo el número de personas de 65 o más años que disponen del Certificado Oficial de dependencia.
- (d) Dada la carencia de información, se ha tomado como dato de referencia el número de usuarios y plazas de algunos servicios sociales (SAD, Teleasistencia, Centros de Día y Servicios Residenciales) para personas mayores en España.
- (e) Variación media anual (expresada en %) de personas atendidas por el sistema de dependencia en el período de tiempo del que se dispone de información, salvo en el caso de Francia en el que el cálculo se realiza a partir del año 2002 (año de introducción de la APA).

Fuente:

- Las personas mayores en situación de dependencia (Dizy et al., 2006).
- Anuario Estadístico 2007 y 2008 (Statistisches Bundesamt, Alemania).
- La Prestación Personalizada de Autonomía a 31 de diciembre de 2004/2005/2006 (Direction de la Recherche des Études de l'Évaluation et des Statistiques, Francia).
- Health and long-term care expenditures of the elderly in Japan using a micro-simulation model (Fukawa, 2007).
- Atención a las personas en situación de dependencia en España (IMSERSO, 2005).
- Las personas mayores en España. Informe 2006 (IMSERSO, 2006).
- Eurostat.
- Oficina de Estadística de Japón.
- Instituto Nacional de Estadística (INE).

**atención por parte de los sistemas de dependencia, respecto al total de habitantes** de cada territorio. En este ámbito observamos que Japón es el país con mayores porcentajes de beneficiarios del modelo de dependencia en estos últimos años (llegando al 3,27% en 2006), seguidos por Alemania y Reino Unido que mantienen una tendencia lineal similar en torno al 2,2-2,4% y al 1,9-2,1 respectivamente, y Francia que se encuentra por debajo del 1,6% en el período analizado. España, por su parte, parece acercarse a los niveles de Reino Unido, como revela la cifra correspondiente al año 2005 (2,06%).

En cuanto a la tasa media de crecimiento interanual, son Francia, Japón y España los que muestran una pendiente de crecimiento más acusada, por encima del 10%. Este hecho es indicativo de la importancia que está adquiriendo, año tras año, el sistema de atención a la dependencia dentro de estos territorios.

Resulta conveniente tomar con cautela los datos analizados debido a la falta de homogeneidad que existe en las consideraciones del beneficiario en cada modelo, ante la indisponibilidad de información apropiada por países.

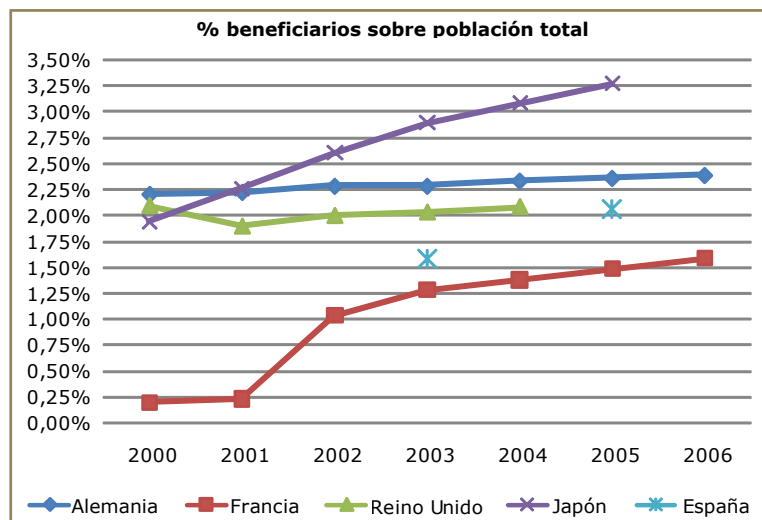


Gráfico 6.- Evolución del volumen de personas atendidas por el sistema público de atención a la dependencia.

Por lo que respecta al **gasto asumido por el sector público –en relación al PIB–** derivado de su modelo de dependencia, existe una evidente analogía entre la evolución de este gasto (véase tabla 28 y gráfico 7) y la evolución del volumen de personas atendidas por estos sistemas. En este sentido se puede deducir que, al aumentar de forma progresiva el conjunto de personas beneficiarias del sistema, es necesario dedicar también una mayor cantidad de recursos económicos periódicamente para afrontar el coste asociado a esta partida.

En esta ocasión, Japón vuelve a destacar, al situarse en un nivel de gasto superior al 1% del PIB

Tabla 28.- Gasto público derivado del sistema de atención a la dependencia.

(% gasto sobre PIB)

| País            | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004     | 2005 | 2006 | v.m.a. (e) |
|-----------------|------|------|------|------|----------|------|------|------------|
| Alemania        | 0,81 | 0,80 | 0,81 | 0,81 | 0,80     | 0,80 | 0,78 | 1,35       |
| Francia (a)     | 0,04 | 0,04 | 0,12 | 0,20 | 0,22 (c) | nd   | nd   | 39,27      |
| Reino Unido (b) | 0,58 | 0,58 | 0,57 | 0,60 | 0,61     | 0,64 | 0,63 | 6,84       |
| Japón           | 0,65 | 0,83 | 0,95 | 1,04 | 1,12     | 1,16 | nd   | 12,36      |
| España          | 0,28 | 0,29 | 0,30 | 0,32 | 0,36 (d) | nd   | nd   | 12,76      |

nd: Dato no disponible

- (a) El año 2002 corresponde al primer ejercicio de implantación de la APA en Francia.
- (b) Dada la carencia de información, se ha utilizado la información correspondiente al gasto destinado a las personas mayores (65 o más años) que reciben servicios sociales en Inglaterra (en este territorio se concentra más del 80% de la población de Reino Unido).
- (c) Dato obtenido a partir del gasto público estimado derivado de la APA en el año 2004.
- (d) Estimación.
- (e) Variación media anual (expresada en %) del gasto público vinculado al sistema de dependencia en el período de tiempo del que se dispone de información, salvo en el caso de Francia en el que el cálculo se realiza a partir del año 2002 (año de introducción de la APA).

Fuente:

- Las personas mayores en situación de dependencia (Dizy *et al.*, 2006).
- Anuario Estadístico 2007 y 2008 (Statistisches Bundesamt, Alemania).
- Personal Social Services Expenditure and Unit Costs: England 1999-2000/2000-2001/2001-2002/2006-2007 (Department of Health, Reino Unido).
- Anuario Estadístico de Japón 2008 (Oficina de Estadística, Japón).
- Atención a las personas en situación de dependencia en España (IMSERSO, 2005).
- Oficina Federal de Estadística (DESTATIS, Alemania).
- Instituto Nacional de Estadística y de Estudios Económicos (INSEE, Francia).
- Oficina de Estadísticas Nacionales (ONS, Reino Unido).
- Instituto de Investigación Social y Económica (ESRI, Japón).

desde el año 2003. A continuación, se encuentra Alemania, con un porcentaje de gasto sobre el PIB en torno al 0,8% en el intervalo de tiempo analizado, y Reino Unido, cuyo desembolso se sitúa

alrededor del 0,6% del PIB. España y Francia quedan relegadas a las últimas posiciones según este indicador, al incidir en niveles de gasto próximos al 0,3% del PIB en el caso español, y a cotas cercanas

al 0,2% del PIB en el caso francés, si bien para estos países sólo se disponen de datos hasta el año 2004. Además, cabe recordar que España se ha planteado como objetivo para el año 2015 poder destinar el 1% del PIB para gasto en atención a la dependencia.

En cuanto al incremento anual medio de este gasto, el sistema francés ha experimentado, de forma excepcional, un crecimiento muy rápido en el período comprendido entre el año 2002 (primer ejercicio de implantación de la APA) y el año 2004 (último dato disponible), a falta de conocer el volumen de recursos económicos destinados por este país en los últimos ejercicios. Por su parte, con tasas de crecimiento en torno al 12%, se sitúan Japón y España, seguidos a su vez por Reino Unido (con incrementos cercanos al 7% anual) y por Alemania (crecimiento ligeramente inferior al 1,5%). En este último territorio, el ritmo de crecimiento paulatino del gasto público en el Seguro de Cuidados de Larga Duración deja entrever la consolidación que está experimentando el sistema alemán de atención a la situación de dependencia, tras ser uno de los países pioneros en el establecimiento de este nuevo pilar del Estado de Bienestar.

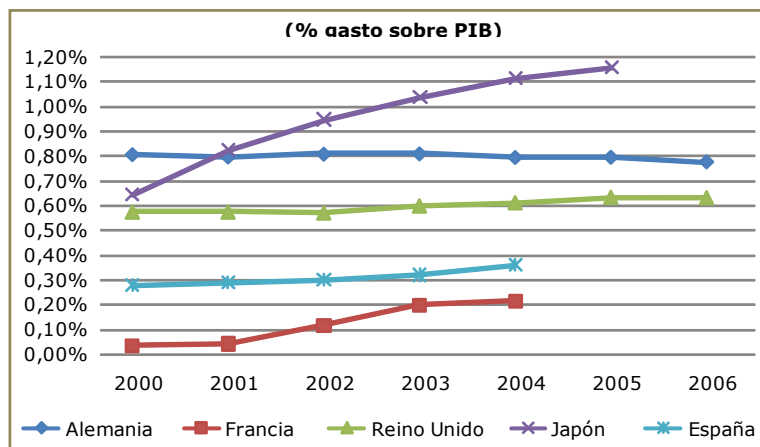


Gráfico 7.- Gasto público derivado del sistema de atención a la dependencia.

### Competencias dentro del sistema de protección a la dependencia

Los niveles administrativos (estatal, regional y local) que conforman los territorios analizados poseen diferentes atribuciones de acuerdo a su modelo de atención a la dependencia. El objeto de este epígrafe es sintetizar estas competencias<sup>44</sup> en

<sup>44</sup> Dizy, D.; Ruiz, O. y Fernández, M. (2006): *Las personas mayores en situación de dependencia. Propuesta de un modelo protector mixto y estimación del coste de aseguramiento en España*. Edad & Vida.

Instituto de Mayores y Servicios Sociales, IMSERSO (2005): *Atención a las personas en situación de dependencia en España. Libro Blanco*. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Madrid.

el terreno de la legislación, financiación, valoración de la situación de dependencia y prestaciones de los cuatro sistemas descritos.

### Legislación

Una circunstancia común en todos los países es el rol desempeñado por la Administración Central en el ámbito de la regulación legislativa, órgano que se encarga en primera instancia de esta materia. Asimismo, en **Alemania** y **Japón** también interviene el estrato regional en esta parcela, a diferencia de **Reino Unido** donde el nivel involucrado es el local. En **Francia**, por el contrario, la legislación relacionada con el sistema de dependencia es asumida exclusivamente por la Administración estatal.

### Financiación

El **modelo alemán** recaba las cotizaciones de los ciudadanos a través de las Cajas del Seguro de Dependencia. Éstas están integradas en las Cajas del Seguro de Enfermedad –cuya administración pertenece a los *Länder* (gobierno regional)– que, por tanto, gestionan los fondos del seguro de cuidados. En este sentido, se ha establecido un sistema de solidaridad financiera entre las Cajas, de modo que aquellas que incurrir en un desembolso menor en materia de prestaciones compensan a las que tienen un gasto superior. Además, tanto los *Länder* como las Cajas tienen que velar por la existencia de una infraestructura de atención

adecuada para las personas dependientes, así el gobierno regional es responsable de fomentar las inversiones en centros residenciales, mientras que los municipios son los encargados de supervisar estas instituciones.

El sistema vigente en **Francia** hace partícipes a los *Départements* (regiones/provincias) y la Administración Central en la financiación del modelo. Los primeros contribuyen a la APA a través de sus presupuestos y el segundo actúa en la recaudación de otros recursos que constituyen parte del fondo de la Caja Nacional de Solidaridad para la Autonomía.

El funcionamiento del **modelo anglosajón** está supeditado a la financiación procedente de los impuestos locales, si bien las Corporaciones Locales también reciben ayudas procedentes de los presupuestos de la Administración Central.

En **Japón** el sostenimiento del sistema corresponde, además de a los propios ciudadanos con sus contribuciones sociales, a los tres niveles territoriales presentes en el país (estatal, regional/prefecturas y local) que utilizan la vía impositiva para dotar de recursos adicionales al seguro de cuidados. La distribución de esta carga se estructura así:

- El 50% de las contribuciones tienen como origen las aportaciones de los ciudadanos.
- El 25% corresponde al Estado, el 12,5% al ámbito regional y el otro 12,5% a los municipios.



La gestión financiera es efectuada por los municipios, que administran las primas del seguro que aportan los usuarios y los fondos para este fin procedentes de los impuestos de los distintos niveles territoriales. Paralelamente, las Administraciones Locales tienen –al igual que los *Länder* en el modelo alemán– la responsabilidad de desarrollar una infraestructura acorde al nivel de atención de las prestaciones ofrecidas en el marco del *kaigo hoken*.

#### Valoración de la situación de dependencia

En los modelos de **Alemania, Francia y Japón** existen escalas de evaluación de la situación de dependencia estipuladas a nivel nacional, no obstante, el procedimiento de valoración y de reconocimiento de la situación de dependencia es acometido desde el nivel regional (en el sistema alemán y francés) o desde el ámbito local (en Japón).

Por su parte, las Administraciones Locales del **Reino Unido** aplican criterios individualizados para determinar el acceso a las prestaciones del sistema, por lo que ellas mismas tienen en su límite competencial la ejecución de los procesos de evaluación de las personas dependientes y su correspondiente certificación.

#### Prestaciones

Para el conjunto de países analizados, las competencias territoriales en la gestión de prestaciones son análogas a las del procedimiento de valoración. Así, en **Alemania y Francia** las prestaciones son administradas regionalmente por los *Länder* y *Départements* respectivamente, y en **Reino Unido y Japón** esta función corresponde a la Administración Local.

En lo concerniente a las entidades encargadas de la prestación de servicios, éstas pueden ser de naturaleza pública o privada y, entre las privadas, aquellas que tienen o no ánimo de lucro. Dentro del sistema de dependencia alemán, los proveedores que efectúan la provisión de servicios son principalmente organizaciones no lucrativas y empresas acreditadas, aunque las entidades públicas intervienen en aquellos lugares donde no llegan los proveedores privados. En el resto de modelos actúan como prestadores de servicios, de forma similar, instituciones públicas y organizaciones privadas con la pertinente acreditación. Cabe mencionar que Japón, para aumentar la flexibilidad de su sistema, permite la concesión de licencias a los operadores privados a fin de que compitan en igualdad de condiciones en el mercado con las agencias de carácter público.

## Coordinación sociosanitaria

Análogamente al caso español, los sistemas estatales de protección a la dependencia objeto de análisis, **en general, no tienen implementada una coordinación<sup>45</sup> adecuada entre los servicios sanitarios y los servicios sociales** en el

<sup>45</sup> Dízy, D.; Ruiz, O. y Fernández, M. (2006): *Las personas mayores en situación de dependencia. Propuesta de un modelo protector mixto y estimación del coste de aseguramiento en España*. Edad & Vida.

Instituto de Mayores y Servicios Sociales, IMSERSO (2005): *Atención a las personas en situación de dependencia en España. Libro Blanco*. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Madrid.

Jiménez, A. (2007): *El sector de la salud y la atención a la dependencia*. Documento de trabajo 111/2007. Fundación Alternativas. Madrid.

Sancho, M. (2004): *La protección social a las personas mayores dependientes en Francia*. Boletín sobre el envejecimiento: perfiles y tendencias, núm. 10. IMSERSO.

Leichsenring, K. (2003): *Providing integrated health and social care for older persons – A European overview*. European Centre for Social Welfare Policy and Research.

Roth, G. y Reichert, M. (2003): *Providing integrated health and social care for older persons in Germany. National report*. Institute for Gerontology. Dortmund.

Michel, M.; Genin, N.; Guisset, M.J.; Villez, A. (2003): *Providing integrated health and social care for older persons in France – An old idea with a great future. National report*. Union Nationale Interfédérale des œuvres et Organismes Privés Sanitaires et Sociaux (UNIOPSS). París.

Alaszewski, A.; Baldock, J.; Billings, J.; Coxon, K.; Twigg, J. (2003): *Providing integrated health and social care for older persons in the United Kingdom. National*

área de la atención a las personas dependientes. A este respecto, se va a considerar en este apartado –entre otra información– el contenido del proyecto de investigación europeo PROCARE (Proporcionar una asistencia sanitaria y social integrada a las personas mayores) que, cofinanciado por el V Programa Marco de la Unión Europea, ha analizado los modelos de atención sociosanitaria de 9 países europeos (Alemania, Austria, Dinamarca, Finlandia, Francia, Grecia, Italia, Países Bajos y Reino Unido).

En primer lugar, **Alemania** ha dispuesto un sistema protector en el que el **sistema sanitario tiene un mayor peso específico**. Esta posición dominante ha dificultado la coordinación sociosanitaria, que no funciona convenientemente. Para el acercamiento de los ámbitos sanitario y social se ha planteado la integración de los sistemas de financiación y la superación de las barreras institucionales, especialmente entre la asistencia domiciliaria y la institucionalizada, los servicios sociales y los de salud, y los cuidados profesionales e informales.

En **Francia**, uno de los mecanismos de coordinación entre los distintos agentes implicados en la protección a la dependencia se articula por medio de los **CLIC (Centro Local de Información y Coordinación)**. Estos organismos se dedican a la acogida, orientación y tratamiento de situaciones

*report*. Centre for Health Service Studies. University of Kent.

difíciles que tienen las personas mayores, organizando la coordinación gerontológica de manera accesible y estable en todo el territorio para tratar las situaciones complejas y urgentes. Sin embargo, el funcionamiento de estos centros no ha conseguido un salto cualitativo de relevancia en el ámbito de la integración sociosanitaria. Por tanto, se aboga por una mayor cultura de coordinación y por la promoción de una interconexión gerontológica territorial que implique a todos los actores e instituciones que intervienen en la gestión local de este modelo. Otra de las iniciativas que se han llevado a cabo en el país es la denominada “red de salud”, basada en una respuesta de proximidad a las necesidades del usuario, en la continuidad de cuidados y en la complementariedad de los servicios sanitarios y sociales.

Como contrapunto, el **Reino Unido** ha vivido en numerosas ocasiones (desde los años 50) diversos planteamientos gubernamentales con objeto de acometer acciones para mejorar el apoyo a las personas mayores y, por consiguiente, trabajar en la coordinación del National Health Service (NHS) y los servicios sociales. No obstante, este **debate continúa abierto en la actualidad**, debido a la falta de eficacia de las medidas llevadas a cabo.

Algunas de las **actuaciones impulsadas** en los últimos años por la Administración Central han sido, por ejemplo, el establecimiento de un nuevo **nivel de servicios de cuidado intermedio** (*intermediate care*) para atajar potenciales

hospitalizaciones o internamientos en centros residenciales que pueden ser evitables a través de una atención específica, o bien la creación de las **Asociaciones de Cuidados** (*Care Trusts*) que se encargan de prestar servicios sociales y sanitarios conjuntamente. Otro avance ha sido la puesta en marcha del **procedimiento único de evaluación/valoración** (*single assessment process*), en el que intervienen las ramas sanitaria y social. A continuación se relacionan algunas propuestas incluidas en las reformas promovidas por el gobierno:

- Cambios estructurales en los servicios que generan nuevas oportunidades a través, por ejemplo, de las Asociaciones de Cuidados.
- Proporcionar incentivos económicos que incentiven la colaboración interdisciplinar.
- Auditar la efectiva coordinación del sistema de salud y los servicios sociales.
- Compartir la información entre profesionales e instituciones.
- Nuevos modelos de servicios (también en el marco de los *Care Trusts*).

La **coordinación sociosanitaria** en el modelo de **Japón** se sitúa en un término medio –un nivel superior en comparación con el resto de sistemas descritos–, aunque su evolución **no ha cumplido las expectativas creadas a priori**. El seguro de dependencia contempla, en esta área, la provisión de algunos servicios de salud en la atención domici-

liaria, así como la conjunción de la prestación social y sanitaria en el caso de pacientes crónicos.

Para finalizar, se recogen las **principales conclusiones extraídas del proyecto PROCARE** –centrado en el análisis de la atención a las personas mayores dependientes en varios países europeos–, que pueden dar una idea del camino a seguir para alcanzar una coordinación sociosanitaria sin fisuras:

- Las reformas para conectar los servicios sanitarios y de asistencia social han de fundamentarse en la integración de los sistemas de financiación y en la superación de las barreras institucionales.
- El reconocimiento geriátrico y la evaluación pluridimensional pueden incorporarse a la práctica en muchos países, ayudando a implicar a diferentes clases de profesionales y a mejorar la comunicación entre ellos.
- La asistencia integral, guiada por la demanda, tiene que esforzarse por permitir que los beneficiarios aumenten el control sobre el proceso asistencial, por ejemplo mediante “presupuestos individuales” u otros instrumentos.
- Los programas de innovación promovidos por el Estado deben impulsar el desarrollo de nuevas iniciativas privadas y locales. Es decisiva una visión de apoyo que vaya más allá de la noción tradicional de asistencia.

- Un órgano encargado de asesorar, informar y ayudar a los usuarios puede resultar de utilidad para focalizar sus necesidades de asistencia y para mejorar la cooperación entre las diferentes organizaciones (que operan según lógicas distintas y tienen tipos de personal diferentes).

### Satisfacción percibida de los modelos: las valoraciones de los usuarios

Una forma intuitiva de asignar valor a las políticas de atención a la dependencia corresponde al **feedback procedente del propio beneficiario** y, complementariamente, de sus familiares. Este colectivo, como público objetivo de las prestaciones contempladas en este campo, resulta de gran interés puesto que tiene la capacidad de emitir una valiosa **opinión acerca de la satisfacción generada** en su relación con estos sistemas protectores. Como ejemplo, destaca el caso de **Francia**, que ha realizado estudios para conocer, por un lado, las **apreciaciones del segmento receptor de la APA a domicilio**<sup>46</sup> y, por otro lado, **la opinión de los franceses en materia de dependencia de las personas mayores**<sup>47</sup>. Los

<sup>46</sup> Weber, A. (2005): *L'appréciation de l'Allocation personnalisée d'autonomie par ses bénéficiaires ou leurs proches*. Études et Résultats n° 371. Direction de la Recherche des Études de l'Évaluation et des Statistiques.

<sup>47</sup> Weber, A. (2006): *Dépendance des personnes âgées et handicap: les opinions des Français entre 2000 et 2005*.

principales resultados derivados del primer informe se detallan a continuación:

- El 95% de los entrevistados se encuentran satisfechos con la APA recibida.
- Un 87% considera que las gestiones a realizar para tramitar la APA no resultan complicadas.
- El primer plan individualizado de ayuda que se propone para el beneficiario es aceptado en el 95% de los casos.
- El período de espera entre la solicitud de la APA y el cobro de la primera prestación es corto, según la opinión de un 65% de los encuestados.
- El lapso de tiempo entre el reconocimiento de la ayuda y el cobro de la misma es de 57 días.
- Los beneficiarios tienen dificultades a la hora de encontrar personal de ayuda domiciliaria (esta situación se agrava cuanto mayor es el grado de dependencia y, por otra parte, si en una etapa anterior no se había recibido alguna otro tipo de ayuda como la PSD, etc.). A pesar de estas dificultades, el 98% de los usuarios consigue contratar a una persona que les ayude en sus AVD.
- El 95% estima que el servicio de ayuda a domicilio es adecuado.
- Un 94% utiliza el total de horas de ayuda domiciliaria contemplado en el plan de ayuda individual

y, concretamente, un 37% del total manifiesta la necesidad de una mayor cantidad de horas a este respecto.

- El importe medio de la APA a domicilio se considera suficiente para el 59% de los beneficiarios, mientras que el 33% considera lo contrario (el 8% restante NS/NC).
- Entre los beneficiarios insatisfechos con la cuantía de la APA, el 65% corresponde a aquellos que necesitan recurrir a una ayuda complementaria a la ofrecida por la APA, y un 42% a aquellos que necesitan de alguna ayuda técnica o adaptación de su vivienda.
- Un 68% de los encuestados opina que el ticket moderador debe calcularse en función de la renta del beneficiario, tal y como se hace en la actualidad.
- Los elementos adquiridos (ayudas técnicas, rehabilitación de la vivienda, persona cuidador) a través de las ayudas de la APA ha permitido recobrar una cierta autonomía al 56% de los beneficiarios.

En cuanto a la información obtenida de la encuesta sobre dependencia en Francia, los datos relacionados más directamente con el modelo de protección estatal son los siguientes:

- Prácticamente la mitad de los entrevistados afirma que las Administraciones Públicas deben ser las encargadas de atender las situaciones de dependencia, cerca del 25% manifiesta que es

responsabilidad de las familias y el resto menciona a las residencias u otras entidades.

- Alrededor de un tercio de los usuarios opina que las cotizaciones para cubrir los riesgos derivados de la dependencia deberían ser obligatorias para toda la población. Sin embargo, en torno al 40% considera que deberían ser aportadas únicamente por quienes quieran cubrir ese riesgo.
- Aproximadamente dos tercios de los encuestados aseguran que estarían dispuestos a ahorrar más en previsión de una eventual situación de dependencia.

Por su parte, **Inglaterra** también ha obtenido información similar a partir de investigaciones realizadas a fin de recoger, por ejemplo, la **opinión de las personas de 65 o más años que reciben cuidados en el domicilio por parte de los servicios sociales**<sup>48</sup>. Este estudio reveló los siguientes resultados:

- Casi el 60% de los mayores está completamente o muy satisfecho con el servicio que reciben.
- Alrededor de la mitad de los usuarios sienten control sobre su vida diaria (tienen la posibilidad de realizar actividades a su elección, como

comer, acostarse, etc.), gracias al cuidado recibido por los servicios sociales.

- Más de un tercio de las personas mayores afirman que son informados por su proveedor de servicios domiciliarios de modificaciones relativas a sus cuidados.
- El personal que provee los cuidados domiciliarios realizan las funciones/tareas demandadas por el usuario, según la opinión del 65% del colectivo encuestado.

A pesar de la utilidad de los datos manifestados por los beneficiarios de los sistemas de dependencia, **se considera fundamental determinar un criterio de valoración que pueda emplearse en la evaluación integral de estos modelos** y facilitar, por consiguiente, el análisis comparativo entre ellos. Ante la falta o desconocimiento de un criterio aceptado, y como medida de carácter general, se sugiere la necesidad de continuar aumentando los recursos y mejorando la prestación de servicios destinados por los Estados en lo referente a la atención sociosanitaria a la dependencia, con objeto de contribuir a la optimización progresiva de estas estructuras en beneficio del bienestar y la calidad de vida de los usuarios.

<sup>48</sup> Adult Social Services Statistics (2006): *Personal Social Services Survey of Home Care Users in England aged 65 and over, 2005-06*. Centro de Información de Atención Sanitaria Social. Servicio Nacional de Salud (NHS).









A partir del análisis descriptivo realizado a los modelos estatales de atención a la dependencia, se observa la **gran variedad de fórmulas existentes, estructuradas de forma distinta según la realidad y el contexto de los diferentes países** considerados en el ámbito internacional, incluido el caso español.

En esta línea, a continuación se detalla una tabla-resumen (Tabla 29) con las características más importantes de cada uno de los modelos descritos en los epígrafes precedentes (España, Alemania, Francia, Japón y Reino Unido), así como de los sistemas imperantes en otros países de referencia (Países Nórdicos, Países Bajos y Estados Unidos), con la finalidad de ofrecer una visión global de la diversidad de implementación de estas estructuras en el contexto mundial.

Asimismo, también se acompaña el esquema general o modelo-tipo de los procesos o acciones que habitualmente se derivan de un modelo de atención y protección a la dependencia, desde la perspectiva individual de los usuarios. Este esquema gráfico permite, intuitivamente, identificar los trámites y las implicaciones que tiene para los ciudadanos la posibilidad de acogerse a su derecho de atención a la dependencia (en aquellos territorios que disponen de este tipo de políticas), partiendo desde el momento en que la persona siente la necesidad de solicitar esta ayuda.

Aunque los sistemas contemplados cuentan también con ciertas similitudes, las particularidades de cada país han llevado a la implantación de iniciativas de protección a la dependencia con **diferentes niveles de desarrollo y organización** tanto en el ámbito normativo como en el terreno de los recursos. Esta circunstancia explica que las experiencias contrastadas en el presente trabajo –las características de los modelos y los resultados generados por éstos en el tiempo– carezcan de uniformidad en muchos de sus aspectos y, por tanto, hacen **difícil la comparación** entre sí.

A la hora de comparar se hace **necesario el uso de un criterio** que permita establecer el procedimiento a utilizar para valorar los elementos sometidos a análisis. En un caso como el que nos ocupa, sin embargo, no parece existir –o, al menos, en esta ocasión no se ha podido encontrar– un criterio tal que posibilite **discernir claramente la idoneidad de los modelos de atención a la dependencia**, es decir, hasta qué punto son mejores o peores unos que otros, puesto que **la heterogeneidad y complejidad de la estructura de estos sistemas ha impedido disponer de esta pauta** para evaluarlos pertinentemente.

Con todo, **organismos como la Unión Europea y la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) inciden sobre determinados aspectos en el ámbito de la dependencia y los cuidados de larga duración (*long-term care*) sobre los que se estima con-**

Tabla 29.- Características de los sistemas de protección a la dependencia en España y otros países de referencia a nivel internacional.

|                                                     | <b>España</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | <b>Alemania</b>                                                                                                                                 | <b>Francia</b>                                                                                                                                                                           | <b>Japón</b>                                                                                                                                                                                                                                     |
|-----------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Nombre del sistema o legislación relacionada</b> | Ley 39/2006 de Promoción de la Aut. Personal y Att. a las Personas en situación de Dependencia                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Seguro de Cuidados de Larga Duración                                                                                                            | Prestación Personalizada de Autonomía (APA)                                                                                                                                              | Seguro de Cuidados de Larga Duración                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Modelo protector</b>                             | Nórdico-Liberal (a)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Continental                                                                                                                                     | Continental                                                                                                                                                                              | Continental                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Ámbito de protección</b>                         | Universal                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Universal                                                                                                                                       | Universal                                                                                                                                                                                | Universal                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Beneficiarios</b>                                | Toda la población                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Toda la población (b)                                                                                                                           | Personas > 60 años y personas discapacitadas                                                                                                                                             | Personas > 40 años                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Niveles de dependencia</b>                       | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Grado I: Dep. Moderada               <ul style="list-style-type: none"> <li>· Nivel 1</li> <li>· Nivel 2</li> </ul> </li> <li>- Grado II: Dep. Severa               <ul style="list-style-type: none"> <li>· Nivel 1</li> <li>· Nivel 2</li> </ul> </li> <li>- Grado III: Gran Dependencia               <ul style="list-style-type: none"> <li>· Nivel 1</li> <li>· Nivel 2</li> </ul> </li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Nivel I: 1,5 - 3 h. (c)</li> <li>- Nivel II: 3 - 5 horas</li> <li>- Nivel III: &gt; 5 horas</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- GIR 4: Dependencia Moderada</li> <li>- GIR 3: Dependencia Media-Alta</li> <li>- GIR 2: Dep. Severa</li> <li>- GIR 1: Dep. muy Severa</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Nivel 0: 25 - 30 minutos (b)</li> <li>- Nivel 1: 30-50 min</li> <li>- Nivel 2: 50 - 70 min</li> <li>- Nivel 3: 70 - 90 min</li> <li>- Nivel 4: 90 - 110 min</li> <li>- Nivel 5: &gt; 110 min</li> </ul> |
| <b>Órgano de valoración</b>                         | A determinar por las CC.AA. siguiendo los criterios del Consejo Territorial del SAAD (aplicación del baremo por profesionales cualificados)                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Servicio Médico de los Seguros de Enfermedad (MDK)                                                                                              | Equipo sociosanitario o profesional médico (d)                                                                                                                                           | Equipo multidisciplinar (comité independiente de expertos del área sanitaria y social)                                                                                                                                                           |
| <b>Prestaciones</b>                                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Dependiente: servicios y pecuniarias</li> <li>- Cuidador: servicios y pecuniarias</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Dependiente: servicios y pecuniarias</li> <li>- Cuidador: servicios y pecuniarias</li> </ul>           | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Dependiente: pecuniarias</li> <li>- Cuidador: servicios</li> </ul>                                                                              | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Dependiente: servicios</li> <li>- Cuidador: pecuniarias (muy poco representativas)</li> </ul>                                                                                                           |

|                                              | Países Nórdicos                                                                              | Países Bajos                                                                                                  | Reino Unido                                                                              | Estados Unidos                                                                                                                                     |
|----------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Nombre del sistema o legislación relacionada | ND (diversidad legislativa según países)                                                     | - Ley General de Gastos Especiales por Enfermedad (AWBZ)<br>- Ley de Servicios a Discapacitados (Wvg)         | Ley del Servicio Nacional de Salud y Cuidados Comunitarios ( <i>Community Care Act</i> ) | Ley de Seguridad Social y Ley de Discapacitados                                                                                                    |
| Modelo protector                             | Nórdico                                                                                      | Nórdico                                                                                                       | Liberal                                                                                  | Liberal                                                                                                                                            |
| Ámbito de protección                         | Universal                                                                                    | Universal                                                                                                     | Asistencial (h)                                                                          | Asistencial                                                                                                                                        |
| Beneficiarios                                | Toda la población                                                                            | Toda la población                                                                                             | Personas con pocos recursos (i)                                                          | Personas con pocos recursos y personas > 65 años                                                                                                   |
| Niveles de dependencia                       | ND (diversidad de organización según países)                                                 | Cuatro niveles:<br>- Limitación menor<br>- Moderada<br>- Severa<br>- Muy grave                                | Cuatro niveles: (j)<br>- Bajo<br>- Moderado<br>- Sustancial<br>- Crítico                 | 3 niveles, establecidos en virtud de los índices utilizados para determinar los grados de minusvalía (en base a la <i>Listing of Impairments</i> ) |
| Órgano de valoración                         | ND (diversidad de organización según países)                                                 | Comisión Central De Evaluación (CIZ, organismo estatal independiente)                                         | Departamento de Servicios Sociales de la Autoridad Local                                 | Equipo sanitario                                                                                                                                   |
| Prestaciones                                 | - Dependiente: servicios (predominante) y pecuniarias<br>- Cuidador: servicios y pecuniarias | - Dependiente: servicios y pecuniarias ("presupuestos personalizados")<br>- Cuidador: servicios y pecuniarias | - Dependiente: servicios y pecuniarias<br>- Cuidador: servicios y pecuniarias            | - Dependiente: servicios (Medicaid y Medicare) y pecuniarias<br>- Cuidador: servicios                                                              |

Tabla 29.- Características de los sistemas de protección a la dependencia en España y otros países de referencia a nivel internacional (cont).

|                                    | <b>España</b>                                                          | <b>Alemania</b>                                                   | <b>Francia</b>                                                         | <b>Japón</b>                                         |
|------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|
| <b>Fiscalidad</b>                  | - Prestaciones no sujetas a impuestos<br>- Existen incentivos fiscales | Prestaciones no sujetas a impuestos                               | - Prestaciones no sujetas a impuestos<br>- Existen incentivos fiscales | Prestaciones no sujetas a impuestos                  |
| <b>Financiación del sistema</b>    | - Impuestos<br>- Copago                                                | - Contribuciones sociales<br>- Copago                             | - Contribuciones sociales<br>- Impuestos<br>- Copago                   | - Contribuciones sociales<br>- Impuestos<br>- Copago |
| <b>Competencias</b>                | - Regulación: estatal y regional<br>- Gestión: local                   | - Regulación: estatal (federal) y regional<br>- Gestión: regional | - Regulación: estatal<br>- Gestión: regional                           | -Regulación: estatal y regional<br>- Gestión: local  |
| <b>Coordinación sociosanitaria</b> | Baja y Compleja                                                        | Compleja                                                          | Baja                                                                   | Media                                                |
| <b>Seguro privado</b>              | Mercado muy poco desarrollado                                          | Mercado poco desarrollado                                         | Mercado en crecimiento                                                 | Mercado consolidado                                  |

- (a) El sistema español conceptualmente está inspirado en el modelo nórdico, si bien presenta determinadas analogías con el modelo liberal.
- (b) A excepción de un mínimo porcentaje de ciudadanos que no disponen de seguro (público o privado) de dependencia, bien por carencia de recursos o bien por tener un patrimonio excepcionalmente amplio.
- (c) Tiempo de atención o ayuda diaria.
- (d) Si el solicitante reside en su domicilio o similar (vivienda tutelada, residencia < 25 plazas) la evaluación es efectuada in situ por un equipo médico-social, mientras que si la persona vive en una institución (residencia > 25 plazas u hospital de larga estancia) la valoración es acometida por el médico coordinador de dicha institución.
- (e) Los servicios médicos y sociales están integrados dentro del mismo sistema general.
- (f) Una de las reformas efectuadas en el sistema de cuidados (AWBZ) es la racionalización del modelo de atención a la dependencia, estableciendo una clara separación entre el sistema sanitario y el sistema de cuidados de larga duración (sistema de servicios sociales).
- (g) Existe un mercado maduro en la rama de seguros sanitarios privados, sin embargo, no predomina la cobertura privada vinculada al sistema de cuidados.
- (h) Excepto en el caso de Escocia, donde se ha establecido un sistema de cuidados personales a las personas mayores de 65 años, de cobertura pública universal.
- (i) Para ser beneficiario de la prestación el usuario debe situarse por debajo de un determinado nivel económico, en función de su renta y patrimonio.
- (j) Estos grados de dependencia han sido detallados por la Administración Central, a modo de orientación, para las Corporaciones Locales.

|                             | Países Nórdicos                                                         | Países Bajos                                         | Reino Unido                                     | Estados Unidos                                                         |
|-----------------------------|-------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|
| Fiscalidad                  | - Prestaciones no sujetas a impuestos.<br>- Existen incentivos fiscales |                                                      | - Prestaciones no sujetas a impuestos (k)       | - Prestaciones no sujetas a impuestos<br>- Existen incentivos fiscales |
| Financiación del sistema    | - Impuestos<br>- Copago                                                 | - Contribuciones sociales<br>- Impuestos<br>- Copago | - Impuestos<br>- Copago                         | - Impuestos<br>- Copago                                                |
| Competencias                | - Regulación: estatal/local<br>- Gestión: local                         | - Regulación: estatal<br>- Gestión: local            | - Regulación: estatal/local<br>- Gestión: local | - Regulación: federal<br>- Gestión: estatal                            |
| Coordinación sociosanitaria | Alta (e)                                                                | Baja (f)                                             | Compleja                                        | Compleja                                                               |
| Seguro privado              | Mercado poco desarrollado                                               | Mercado poco desarrollado (g)                        | Mercado poco desarrollado                       | Mercado consolidado                                                    |

(k) A excepción de un tipo de ayuda monetaria (Carer's Allowance) que pueden recibir los cuidadores informales.

Fuente:

Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en situación de Dependencia.

"Atención a las personas en situación de dependencia. Libro Blanco" (IMSERSO, 2005).

"Las personas mayores en situación de dependencia. Propuesta de un modelo protector mixto y estimación del coste de aseguramiento en España" (Dizy et al., 2006).

Artículo "Prestaciones de Dependencia: situación comparada en la Unión Europea" (Revista del MTAS núm. 47, 2003).

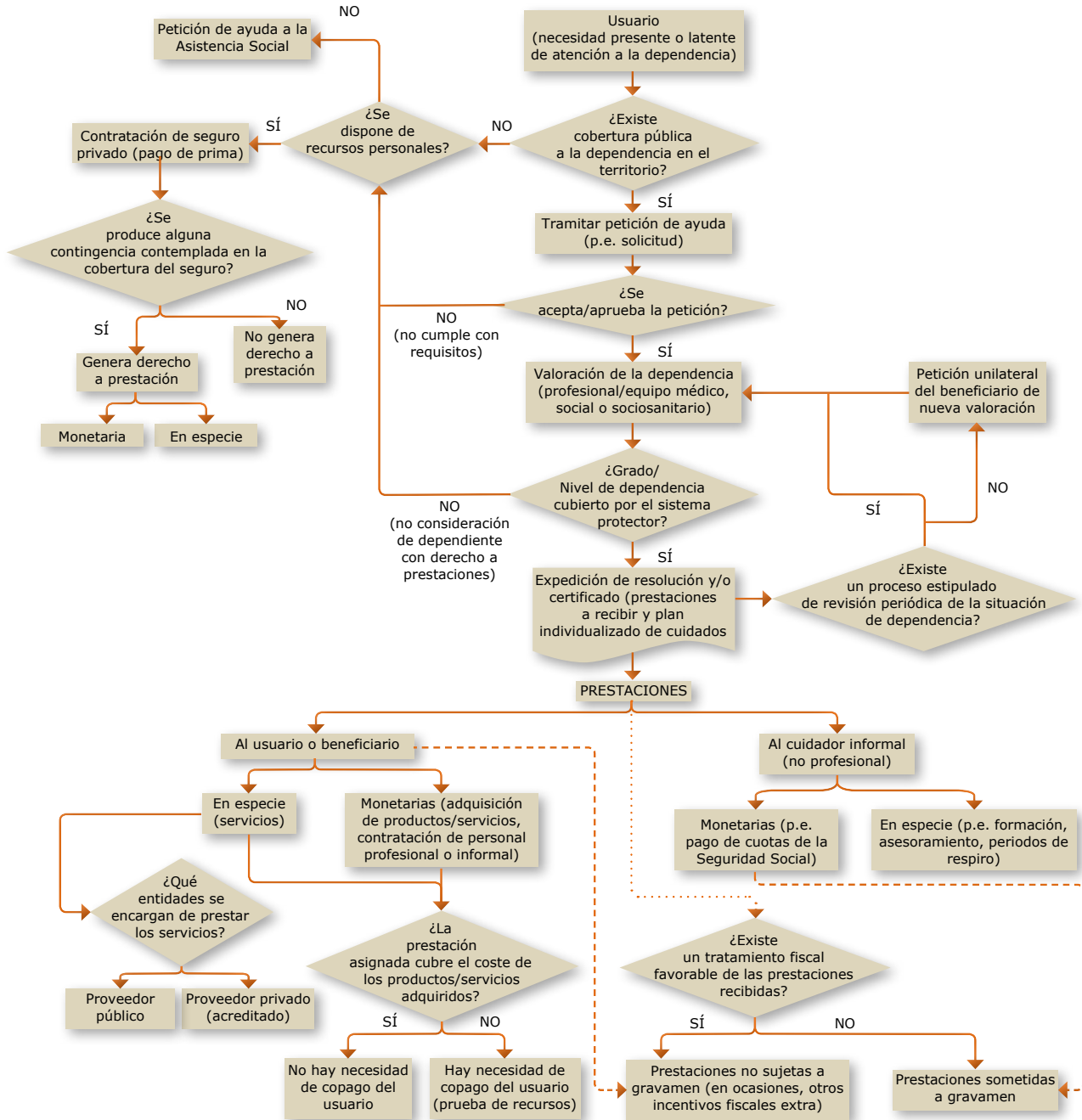
"Long-term Care in Europe" (Boletín informativo MISSOC núm. 02/2006 de la Comisión Europea, 2006).

"European Experiences with Long-Term Care: France, The Netherlands, Norway and The United Kingdom" (American Association of Retired Persons, 2006).

"El seguro privado dentro de la protección social de la dependencia: perspectivas y riesgos asociados" (Hernández, 2001).

"Estado actual y análisis prospectivo sobre las personas mayores y las personas dependientes en España procedentes de la Unión Europea" (IMSERSO, 2006).

Gráfico 8.- Esquema general del modelo de atención a la dependencia.



**veniente dirigir los esfuerzos.** En este sentido, a continuación se especifica la información recogida en un memorándum<sup>49</sup> reciente del Comité de Protección Social de la Comisión Europea sobre este tema, dejando al margen en este trabajo las aportaciones de la OCDE<sup>50</sup>, dado que mantienen una línea similar a la UE en los aspectos claves a abordar en este terreno.

La **UE ha establecido unos objetivos comunes** a alcanzar en materia sanitaria (health care) y dependencia para los Estados Miembros (EM). La finalidad es conseguir el **acceso universal**, una **elevada calidad** y un **sistema sostenible financieramente** en estas áreas. Para ello, se debe poner énfasis en la consecución de los siguientes elementos:

- Una atención sociosanitaria adecuada que permita la universalidad de acceso a estas prestaciones, haciendo que la necesidad de cuidados no induzca a la pobreza o a la dependencia financiera de los usuarios.
- La adaptación en la atención a las necesidades y preferencias cambiantes de los usuarios, desarrollando estándares de calidad que reflejen

<sup>49</sup> Comisión Europea (2008): *Long-term care in the European Union*. Dirección General de Empleo, Asuntos Sociales e Igualdad de Oportunidades. Comisión Europea.

<sup>50</sup> OCDE (2005): *Long-term care for older people*. Departamento de Empleo y Asuntos Sociales. OCDE.

las buenas prácticas acometidas en el contexto internacional.

- El uso racional de recursos que permita la sostenibilidad financiera del sistema y derive en un coste menos gravoso para los individuos.
- Contar en el sector con profesionales que dispongan de la formación adecuada.
- La promoción de actividades y hábitos de vida saludables.

Asimismo, quedan resumidas a continuación algunas conclusiones que recoge la UE en su análisis<sup>51</sup> de los distintos desarrollos de las políticas de atención a la dependencia en los Estados Miembros:

- La preferencia de los cuidados domiciliarios frente al ingreso en instituciones residenciales.
- La necesidad de idear nuevas vías de apoyo a la familia o cuidadores informales.
- Los esfuerzos realizados por los EM para conseguir un equilibrio sostenible a partir de fuentes de financiación pública y privada.
- La coordinación en los cuidados –que engloba la propia coordinación sociosanitaria– es esencial para asegurar un continuo asistencial y proporcionar, por tanto, un mayor nivel de calidad y eficiencia en el uso de los recursos.

<sup>51</sup> Comisión Europea (2008): *Long-term care in the European Union*. Dirección General de Empleo, Asuntos Sociales e Igualdad de Oportunidades. Comisión Europea.



- La implantación de criterios homogéneos, mecanismos de acreditación y métodos de evaluación para prestar una atención de elevada calidad.
- La necesidad de abordar las carencias del personal (profesionales) en el cuidado formal de atención a la dependencia.

El reclutamiento, formación y reciclaje de profesionales dedicados al sector de la dependencia continúa siendo un desafío. Las acciones orientadas a atajar estas carencias se han centrado en incrementos salariales, mejoras en la capacitación y condiciones laborales, así como en la formalización de la situación laboral de los cuidadores informales.

- La integración de los cuidadores informales en el mercado de trabajo (inclusión de este colectivo en el régimen de la Seguridad Social) y el mayor desarrollo de sus condiciones laborales, son cuestiones en las que se debe seguir avanzando.

En términos generales, todos los **modelos** de referencia analizados (Alemania, Francia, Reino Unido y Japón) y el español, en mayor o menor medida, están **promoviendo acciones en estas áreas críticas y en la misma dirección** que indica y sostiene la propia UE. No por ello se puede considerar que estos territorios cuentan con los mejores modelos protectores de atención sociosanitaria a la dependencia. A este respecto, y considerando de antemano que todos los sistemas estatales de atención a la dependencia son claramente objeto

de crítica, cabría afirmar que aquellos países que siguen este tipo de directrices –consensuadas en organismos supranacionales que fomentan el avance político, económico, social y cultural de los países con mayor nivel de desarrollo– van por el buen camino, sin embargo, no hay que olvidar que queda mucho trabajo por hacer para la consecución de un modelo óptimo e idóneo adaptado a la realidad de cada país.





- Adult Social Services Statistics (2006): *Personal Social Services Survey of Home Care Users in England aged 65 and over, 2005-06*. Centro de Información de Atención Sanitaria Social. Servicio Nacional de Salud (NHS).
- Alaszewski, A.; Baldock, J.; Billings, J.; Coxon, K.; Twigg, J. (2003): *Providing integrated health and social care for older persons in the United Kingdom. National report*. Centre for Health Service Studies. University of Kent.
- American Association of Retired Persons, AARP (2006): *European Experiences with Long-Term Care: France, The Netherlands, Norway and The United Kingdom*.
- Centre de Ressources Départemental pour l'Autonomie, CERDA (2008): *APA à domicile*. Conseil Général de l'Isère.
- Comisión Europea (2006): *Long-Term Care in Europe*. Boletín informativo MISSOC, núm. 02/2006.
- Comisión Europea (2008): *Long-term care in the European Union*. Dirección General de Empleo, Asuntos Sociales e Igualdad de Oportunidades. Comisión Europea.
- Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad, CERMI (2004): *La protección de las situaciones de dependencia en España*. CERMI. Madrid.
- Consejería de Trabajo e Inmigración (2008): *Cuarto informe del Gobierno sobre el Seguro de Dependencia*. Embajada de España en Alemania.
- Defensor del Pueblo (2008): *Atención sociosanitaria: una aproximación al marco conceptual y a los avances internacionales y autonómicos*.
- Department of Health (2001): *Personal Social Services current expenditure in England, 1999-2000*. Boletín 2001/11, Mayo 2001.
- Department of Health (2002): *Personal Social Services expenditure and unit costs: England, 2000-2001*. Boletín 2002/08, Marzo 2002.
- Department of Health (2003): *Personal Social Services expenditure and unit costs: England, 2001-2002*. Boletín 2003/05, Febrero 2003.
- Department of Health (2008): *Personal Social Services expenditure and unit costs: England, 2006-07*. The Information Centre, Adult Social Services Statistics.
- Direction de la Recherche des Études de l'Évaluation et des Statistiques, DRESS (2005): *L'Allocation Personnalisée d'autonomie au 31 décembre 2004*. Études et Résultats, núm. 388, Abril 2005.
- Direction de la Recherche des Études de l'Évaluation et des Statistiques, DRESS (2006): *L'Allocation Personnalisée d'autonomie au 31 décembre*

2005. Études et Résultats, núm. 477, marzo 2006.
- Direction de la Recherche des Études de l'Évaluation et des Statistiques, DRESS (2007): *L'Allocation Personnalisée d'autonomie au 31 décembre 2006*. Études et Résultats, núm. 569, abril 2007.
- Dizy, D.; Ruiz, O. y Fernández, M. (2006): *Las personas mayores en situación de dependencia. Propuesta de un modelo protector mixto y estimación del coste de aseguramiento en España*. Edad & Vida.
- Durán, M.A. y García S. (2005): *Presente y futuro del cuidado de dependientes en España y Alemania*. Boletín sobre el envejecimiento: perfiles y tendencias, núm. 16. IMSERSO.
- Eguchi, T. (2005): *Sistema de Seguro Social de Largo Plazo (Kaigo Hoken) para el Adulto Mayor en Japón*. Ponencia del Seminario Internacional 2005 de la Conferencia Interamericana de la Seguridad Social (CISS).
- Fukawa, T. (2007): *Health and long-term care expenditures of the elderly in Japan using a micro-simulation model*. The Japanese Journal of Social Security Policy, vol. 6, núm. 2, Noviembre 2007.
- Hernández, D. (2001): *El seguro privado dentro de la protección social de la dependencia: perspectivas y riesgos asociados*. Madrid.
- Investigación Cooperativa entre Entidades Aseguradoras y Fondos de Pensiones, ICEA (2008): *El Seguro de Vida. Estadística a Junio*. Año 2008. Informe nº 1077, septiembre 2008.
- Instituto de Mayores y Servicios Sociales, IMSERSO (2005): *Atención a las personas en situación de dependencia en España. Libro Blanco*. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Madrid.
- Instituto de Mayores y Servicios Sociales, IMSERSO (2006): *Estado actual y análisis prospectivo sobre las personas mayores y las personas dependientes en España, procedentes de la Unión Europea*. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- Instituto de Mayores y Servicios Sociales, IMSERSO (2006): *Las personas mayores en España. Informe 2006*. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Madrid.
- Jiménez, A. (2007): *El sector de la salud y la atención a la dependencia*. Documento de trabajo 111/2007. Fundación Alternativas. Madrid.
- Jiménez, A. y Zabarte, M.E. (2008): *La regulación de la prestación sociosanitaria. Propuesta del CERMI*. Ed. Cinca. Madrid.
- Leichsenring, K. (2003): *Providing integrated health and social care for older persons – A European overview*. European Centre for Social Welfare Policy and Research.

Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud.

Ley 35/2006, de 28 de Noviembre, del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas y de modificación parcial de las leyes de los Impuestos sobre Sociedades, sobre la Renta de no Residentes y sobre el Patrimonio.

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

Ley 41/2007, de 7 de diciembre, por la que se modifica la Ley 2/1981, de 25 de marzo, de Regulación del Mercado Hipotecario y otras normas del sistema hipotecario y financiero, de regulación de las hipotecas inversas y el seguro de dependencia y por la que se establece determinada norma tributaria.

Michel, M.; Genin, N.; Guisset, M.J.; Villez, A. (2003): *Providing integrated health and social care for older persons in France – An old idea with a great future. National report.* Union Nationale Interfédérale des œuvres et Organismes Privés Sanitaires et Sociaux (UNIOPSS). París.

Montserrat, J. (2008): *El impacto de la ley de la dependencia en las rentas de los usuarios mayores de 65 años: incidencia del copago.* Documento de trabajo número 20/08. Instituto de Estudios Fiscales. Madrid.

ORDEN ESD/1984/2008, de 4 de julio, por la que se crea la Comisión Especial para la mejora de la calidad del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia.

Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico, OCDE (2005): *Long-term care for older people.* Departamento de Empleo y Asuntos Sociales. OCDE.

Pérez, L.C. (2006): *La discapacidad y las situaciones de dependencia en cifras: aproximación conceptual y estadística.* Niveles actuales de protección y modelos europeos. Revista del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, núm. 65, págs. 34-35.

Pérez, V. (2003): *Prestaciones de dependencia: situación comparada en la Unión Europea.* Revista del Ministerio del Trabajo y Asuntos Sociales núm. 47, págs. 295-324.

Real Decreto 504/2007, de 20 de abril, por el que se aprueba el baremo de valoración de la situación de dependencia establecido por la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia.

Real Decreto 727/2007, de 8 de junio, sobre criterios para determinar las intensidades de protección de los servicios y la cuantía de las prestaciones económicas de la Ley 39/2006 de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía

Personal y Atención a las personas en situación de dependencia.

Real Decreto 1197/2007, de 14 de septiembre, por el que se modifica el Real Decreto 504/2007, de 20 de abril, en materia de reconocimiento de descanso por maternidad en los supuestos de discapacidad del hijo y de reconocimiento de la necesidad de asistencia de tercera persona en las prestaciones no contributivas.

Real Decreto 7/2008, de 11 de enero, sobre las prestaciones económicas de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia para el ejercicio 2008.

Real Decreto 179/2008, de 8 de febrero, por el que se modifica el R.D. 6/2008, de 11 de enero, sobre determinación del nivel mínimo de protección garantizado a los beneficiarios del SAAD en el ejercicio 2008.

Resolución de 23 de mayo de 2007, del Instituto de Mayores y Servicios Sociales, por la que se publica el Acuerdo de Consejo de Ministros, por el que se aprueba el marco de cooperación interadministrativa y criterios de reparto de créditos de la Administración General del Estado para la financiación del nivel acordado, previsto en la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia.

Resolución de 2 de diciembre de 2008, de la Secretaría de Estado de Política Social, Familias y Atención a la Dependencia y a la Discapacidad, por la que se publica el Acuerdo del Consejo Territorial del SAAD, sobre determinación de la capacidad económica del beneficiario y sobre los criterios de participación de éste en las prestaciones del SAAD.

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

Rodríguez G. y Montserrat J. (2002): *Modelos de atención sociosanitaria. Una aproximación a los costes de la dependencia*. IMSERSO. Madrid.

Roth, G. y Reichert, M. (2003): *Providing integrated health and social care for older persons in Germany. National report*. Institute for Gerontology. Dortmund.

Sancho, M. (2004): *La protección social a las personas mayores dependientes en Francia*. Boletín sobre el envejecimiento: perfiles y tendencias, núm. 10. IMSERSO.

SCOR (2003): *El seguro privado de dependencia. Comparaciones internacionales*. Informaciones Técnicas SCOR (rama de vida), núm. 9.

Weber, A. (2005): *L'appréciation de l'Allocation personnalisée d'autonomie par ses bénéfici-*

*cières ou leurs proches. Études et Résultats* nº 371. Direction de la Recherche des Études de l'Évaluation et des Statistiques.

Weber, A. (2006): *Dépendance des personnes âgées et handicap: les opinions des Français entre 2000 et 2005. Études et Résultats* nº 491. Direction de la Recherche des Études de l'Évaluation et des Statistiques.

Zabarte, M.E. (2006): *La dimensión múltiple de la atención a la dependencia: la conexión de los servicios sociales con la Seguridad Social y el Sistema Nacional de Salud. Revista del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, núm. 65, págs. 49-59.*



Asimismo, se ha obtenido información adicional de las siguientes páginas web:

<http://ec.europa.eu/eurostat/>

[www.insee.fr](http://www.insee.fr)

<http://vosdroits.service-public.fr>

[www.mepsyd.es](http://www.mepsyd.es)

[www.destatis.de](http://www.destatis.de)

[www.mhlw.go.jp](http://www.mhlw.go.jp)

[www.direct.gov.uk](http://www.direct.gov.uk)

[www.saad.mtas.es](http://www.saad.mtas.es)

[www.esri.cao.go.jp](http://www.esri.cao.go.jp)

[www.stat.go.jp](http://www.stat.go.jp)

[www.ine.es](http://www.ine.es)

[www.statistics.gov.uk](http://www.statistics.gov.uk)





## MIEMBROS DE LA ASOCIACIÓN CUIDA

### Empresas

2M Consultores



Action Park



Antikua



Artesanos Silleros



Azteca



Balneario de Chulilla



Balneario de Cofrentes



Bardisa



Bio-Vac España



Biomet



Bonpilates



Centros Residenciales Savia



Clement Salus



Dilartec



Disalud



Disapte



Ecopostural



Electromedical



EMO



Faurecia



Federico Giner



Franch Sillería



Garvalín



Gasmedi



Gesmed

Grupo Alapont



Grupo Casaverde



Grupo El Castillo

Isaba



J´Hayber



Kaldevi



## Empresas

La Saleta Residencias  
y Centros de Día

Lafitt



Life Academy



Mercé V. Electromedicina



Octógono Castellón



Orliman



Ortomóvil



Ortopedia Arco



Ortopedia Sotos



Ortopedia Técnica Deao

Ortopedia Técnica  
Lacomba

Ortoprono



Ox Wellsys



Pikolinos



Romus

Scientific Anatomy  
Center

Secopsa Grupo

Servicios de  
Teleasistencia

SGS



SIK

Surgival



TAU Cerámica



Tequir



Todo Para sus Pies



Tronic Ibérica



Umivale



Unión de Mutuas



Virmedic



Viscoform



## Entidades

Asociación Española de Empresas de Componentes para el Calzado (AEC)



Asociación Española para la Ayuda y Promoción de Personas Dependientes (AEPD)



Asociación Empresarial de Residencias y Servicios a Personas Dependientes de la Comunidad Valenciana (AERTE)



Asociación Española de Fabricantes de Azulejos y Pavimentos Cerámicos (ASCER)



Asociación Española de Fabricantes de Productos para la Infancia (ASEPRI)



Asociación de Lesionados Medulares y Grandes Minusválidos Físicos (ASPAYM CV)



Asociación de Técnicos en Prevención de Riesgos Laborales de la Comunidad Valenciana (ATPRLCV)



Asociación Valenciana de Actividades Colectivas y Fitness (AVACYF)



Asociación Valenciana de Terapeutas Ocupacionales (AVATO)



Asociación de Conductores con Discapacidad y Personas con Movilidad Reducida de la Comunidad Valenciana (AVCOM)



Asociación Valenciana de Diabetes (AVD)



Asociación de Valoración del Daño Corporal de la Comunidad Valenciana (AVDCV)



Asociación Valenciana de Empresarios de Ortopedia (AVEO)



Asociación Valenciana de Entrenadores Personales Titulados (AVEPT)



Asociación Valenciana de Instructores de Ciclo Indoor (AVICI)



Comité de Entidades Representantes de Personas con Discapacidad de la Comunidad Valenciana (CERMI CV)



Confederación de Discapacitados Físicos y Orgánicos de la Comunidad Valenciana (COCEMF CV)



Colegio Oficial de Fisioterapeutas de la Comunidad Valenciana



Colegio Oficial de Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales de Valencia



Colegio Oficial de Enfermería de Valencia



## Entidades

Confederación Española de  
Empresarios de la Madera  
(CONFEMADERA)



Conselleria de Turisme -  
Agència Valenciana de Turisme



Asociación de Diseñadores de  
Moda Valencianos (DIMOVA)



Federación de Empresarios de  
Instalaciones Deportivas de la  
Comunidad Valenciana (FEID  
CV)



Feria Valencia



Federación de Organizaciones  
de Mayores en la Comunidad  
Valenciana (FOMCOVA)



Fundación Alzheimer Salomé  
Moliner



Fundación de la Comunidad  
Valenciana para la Prevención  
de Riesgos Laborales



Fundación ERESA para el  
Desarrollo y la Investigación  
Médica



Federación de Asociaciones por  
la Integración del Sordo en la  
Comunidad Valenciana (HELIX)



Instituto de Biomecánica de  
Valencia (IBV)



Instituto de Formación  
Profesional Ausiàs  
March (IPFS Ausiàs March)



Asociación de Residencias y  
Servicios de Atención a los  
Mayores de la Comunidad  
Valenciana -sector soli-  
dario- (LARES Comunidad  
Valenciana)



Sociedad Española de  
Asistencia Sociosanitaria  
(SEAS)



Sociedad de Neurocirugía  
de Levante de las  
Comunidades de Valencia y  
Murcia (SN/CL)



Sociedad Valenciana de  
Geriatría y Gerontología  
(SVGG)



Sociedad Valenciana  
de Medicina Física y  
Rehabilitación (SVMEFR)



Universidad Politécnica de  
Valencia (UPV)





GENERALITAT  
VALENCIANA

IMPIVA



UNIVERSITAT  
POLITÈCNICA  
DE VALÈNCIA

[www.cvida.com](http://www.cvida.com)

con apoyo de

**i-CREO**  
Red de Centros de Reflexión Estratégica  
de Oportunidades de la Innovación

