

CUADERNOS DE INFORMACION SINDICAL

Los servicios de
atención a las personas
dependientes

Los servicios de atención a las personas dependientes

(Propuesta de inclusión en la renovación del
Acuerdo de Pensiones)

Edita: Confederación Sindical de Comisiones Obreras

© Madrid, diciembre 2000

Realiza: Paralelo Edición

Depósito legal: M-50830-2000

Impreso en papel reciclado 

PRESENTACIÓN

Presentamos en estas páginas el documento sobre «atención a las personas con dependencia» que aprobó el Consejo Confederal de CC.OO. y que ha sido construido con las aportaciones de las diferentes organizaciones del sindicato. Este texto nace con la intención de ser una propuesta para la ampliación y mejora de los sistemas de protección social y por lo tanto para reforzar con nuevos derechos de ciudadanía nuestra Seguridad Social.

Hablar de la atención a las personas con dependencia significa hablar de una insuficiencia que tiene múltiples repercusiones, en el ámbito personal, familiar, laboral. Tradicionalmente la atención a una persona con dependencia se ha cubierto desde el ámbito llamado informal, que no suele ser otro que el familiar, y esencialmente esta atención la han prestado las mujeres, con lo que supone de rémora en su incorporación al mercado laboral. Existen, como dice este trabajo elaborado por Héctor Maravall, cerca de 1.700.000 personas que atienden de manera informal a alguna persona dependiente, de las que más de 700.000 lo hacen dedicando a esta tarea más de 40 horas a la semana, lo que significa una jornada completa de trabajo.

Esta realidad, que cada día se hace más compleja, se enfrenta a importantes cambios sociales que debemos tener en cuenta, envejecimiento de la población, mayor esperanza de vida, necesaria incorporación de la mujer al mercado de trabajo, junto a ello se produce una atención cada vez más especializada que requiere de más recursos y conocimientos.

Incluir como un nuevo derecho dentro de la Seguridad Social la atención a las personas con dependencia es por lo tanto un trabajo obligatorio y seguramente uno de los avances más importantes que podemos hacer en este comienzo de siglo. Ello requiere, como describimos en estas páginas, de la creación de más recursos asistenciales y de mejores prestaciones, es necesario ampliar la oferta de plazas residenciales, de centros de día, los usuarios de ayuda a domicilio y de teleasistencia, facilitar más recursos a las familias y crear programas de respiro temporal o de viviendas tuteladas. Requiere que desarrollemos de manera intensa y esencialmente desde el sector público servicios que garanticen el acceso en igualdad de condiciones de todas las personas.

No obviamos en este documento un elemento fundamental para su desarrollo, la implicación de las comunidades autónomas y de las corporaciones locales en el desarrollo de las diferentes medidas, por ello se resalta la importancia de su participación activa en la decisión y aplicación de las propuestas que se vayan a desarrollar.

Como resalté al principio, nuestra propuesta tiene incidencia en diversos campos, por ello dentro de CC.OO. se realizará un trabajo coordinado entre las Secretarías de Política Institucional, Empleo y Política Social, que nos permita afrontar de la manera más eficaz todo lo que aquí exponemos.

Quiero por último insistir en la importancia de este documento e invitar a la organización a difundirlo, con el objetivo de reforzar la protección social y conseguir nuevos derechos para los y las ciudadanos.

JOSÉ LUIS SÁNCHEZ GARCÍA
Secretario Confederal de Política Institucional

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	7
I. LA SITUACIÓN DE LA POBLACIÓN MAYOR DE 65 AÑOS	21
a) La evolución demográfica	21
b) La feminización del envejecimiento	21
c) La protección económica	22
d) Las condiciones de salud y de vida	24
II. LA SITUACIÓN DE LAS PERSONAS CON MINUSVALÍA	25
III. LA ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA	27
a) La población afectada	27
b) La oferta de recursos sociales	28
c) Los programas prioritarios a desarrollar	30
d) Otros programas de apoyo	31
IV. LA ATENCIÓN SANITARIA	33
V. LOS COSTES DEL INCREMENTO DE LOS PROGRAMAS Y SERVICIOS DE ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA	35
a) Incremento de la cobertura de atención	35
b) Periodificación del incremento de la cobertura asistencial	41
VI. LOS EFECTOS EN LA CREACIÓN DE EMPLEO DEL INCREMENTO DE LA COBERTURA DE PROGRAMAS Y SERVICIOS	43

VII. LA COOPERACIÓN ENTRE LAS ADMINISTRACIONES PÚBLICAS EN LA FINANCIACIÓN Y GESTIÓN DE LA DEPENDENCIA	45
a) Las diversas vías de colaboración de las Administraciones	45
b) Escenario de financiación compartida	48
VIII. MEJORAR LA GESTIÓN DE LA ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA ...	57
a) La distribución territorial de los recursos	57
b) La coordinación socio-sanitaria	57
c) La coordinación y colaboración entre el ámbito público y el privado ..	58
d) La concertación de programas	59
e) Mejorar, racionalizar y optimizar los recursos	60
f) El «cheque-servicio»	61
IX. SEGUIMIENTO, CONTROL Y EVALUACIÓN DE LAS PROPUESTAS ..	63

INTRODUCCIÓN

¿Por qué incluir los servicios de atención a las personas dependientes en la nueva negociación del Acuerdo de Pensiones?

¿Ante qué tipo de demanda estamos, qué nivel de cobertura y qué urgencia e importancia tiene la atención a la dependencia?

La realidad de la dependencia no es un fenómeno actual. En todas las sociedades históricamente ha habido una parte de su población que por razones de edad, enfermedad o deficiencia han necesitado, con mayor o menor intensidad, ser atendidos por terceras personas en el desarrollo de su vida cotidiana.

Tradicionalmente el cuidado de las personas dependientes ha sido delegado hacia las familias y más en concreto a las mujeres. La lenta pero inexorable incorporación de la mujer al trabajo, la reducción del número de hijos por familia susceptibles de ser cuidadores, la mayor complejidad de la atención a la dependencia y la prolongación temporal de los cuidados, que puede ser de bastantes años, están cuestionando profundamente el papel que tenían «asignado» las cuidadoras informales.

Por ello, desde hace ya más de dos décadas en Europa, y en los últimos años también en España, se habla de «la crisis de los cuidadores informales».

Si esta nueva realidad se ha generalizado en los países desarrollados, en nuestro país, la convergencia del fenómeno del envejecimiento, los avances en la atención y tratamiento de las discapacidades y los cambios socio-culturales en las familias han sido extremadamente intensos y concentrados en el tiempo.

Esta nueva realidad hubiera exigido, desde hace ya bastantes años, una mejor programación y unas mayores dotaciones presupuestarias, en unos ámbitos de la protección social con un punto de partida tan escaso como son los servicios sociales, la atención sanitaria geriátrica y el apoyo sanitario para la detección, rehabilitación y tratamiento de apoyo a la deficiencia.

Si en su momento, una vez aprobada la Constitución de 1978, se hubiera elaborado una Ley Básica de Servicios Sociales, como se hizo en el ámbito de la salud, con la Ley General de Sanidad, posiblemente tanto la Administración General del Estado como las Comunidades Autónomas se habrían visto obligadas al reconocimiento de derechos

subjetivos en materia de servicios sociales y por lo tanto a un desarrollo de las redes públicas de servicios sociales.

La no consecución de ese marco legislativo básico ha retrasado sustancialmente las políticas de servicios sociales y unas adecuadas dotaciones presupuestarias.

El Plan Gerontológico de 1991, primer diseño de política integral de atención a las personas mayores que se hacía en España, contemplaba como colectivo prioritario de atención a las personas mayores que no podían valerse por sí mismas. La escasa dotación presupuestaria que ha tenido en los años transcurridos desde su elaboración, aunque ha supuesto un apoyo económico para el desarrollo de programas y equipamientos por parte de las Comunidades Autónomas y Corporaciones Locales, los recursos han estado muy lejos de la demanda existente.

El Plan de Acción Integral para Personas con Discapacidad, aprobado en 1996, fue así mismo la primera respuesta integral hacia este colectivo, tras el escaso y parcial desarrollo de la Ley de Integración Social de Minusválidos (LISMI), aprobada en 1982. Este plan, aunque ya hacía referencia a la prioridad que deberían tener las personas discapacitadas gravemente afectadas, ha tenido una ínfima dotación presupuestaria, por lo que no ha sido posible un incremento sensible de la cobertura sobre las necesidades existentes.

Aun así, es evidente que en España, en los últimos 15 años, se ha hecho tanto por el sector público como por el privado, lucrativo y no lucrativo, un notable esfuerzo de desarrollo de servicios sociales.

Así, en lo que se refiere a personas mayores de 65 años, la construcción y adaptación de residencias ha sido muy intensa, acercándonos rápidamente a las medias señaladas como adecuadas por la Unión Europea y los objetivos marcados por el Plan Gerontológico.

Sin embargo, todavía una mayoría de las plazas residenciales no están adaptadas para la atención a la gran dependencia, ni en sus infraestructuras, equipamientos y tipología de plantillas. La calidad de la atención en el ámbito público, sea de gestión directa o concertada, no siempre es el adecuado y en lo que se refiere a los centros privados, una buena parte de las plazas residenciales no reúnen condiciones de atención dignas.

También, aunque con mucha menor intensidad, se han desarrollado programas de ayuda a domicilio, pero, como después se verá, estamos aún muy lejos de las necesidades de cobertura. Además, gran parte de los servicios de ayuda a domicilio carecen de la calidad, nivel de especialización e intensidad y frecuencia horaria que serían necesarios.

En la década de los 90 se han iniciado los programas de teleasistencia, centros de día, estancias temporales, viviendas tuteladas, etc. A pesar del evidente crecimiento de estos

programas en los últimos años, el retraso en su iniciación se traduce en que todavía tengamos muy bajos niveles de cobertura.

En lo que se refiere a la atención a la dependencia de personas menores de 65 años, las carencias, aunque con diferencias entre unos colectivos y otros (físicos, psíquicos y sensoriales), son también notables, y buena parte de los recursos han sido puestos en marcha por asociaciones de los propios afectados o sus familias, soportando importantes costes económicos, psicológicos, y no siempre con los medios técnicos y dotaciones de personal que serían necesarios y adecuados.

Por otra parte hay que tener presente que en los últimos años se han producido nuevas discapacidades, como las derivadas del VIH, la identificación de nuevos síndromes raros o minoritarios, que no están teniendo una respuesta adecuada de atención especializada. La crisis de atención a los enfermos mentales, ocurrida en nuestro país en las dos últimas décadas, ha dejado también sin atención especializada a este sector de personas con discapacidad.

Los programas, servicios y equipamientos públicos, aunque en su mayor parte han mejorado su nivel de calidad haciéndolos homologables a los existentes en los demás países de la Unión Europea, no siempre esta calidad está generalizada y las condiciones del personal que trabaja en los mismos, adolece con frecuencia de escasez de plantillas, insuficiente formación y actualización de la misma y unas bajas retribuciones salariales.

En el ámbito sanitario público, tradicionalmente se ha carecido de programas y profesionales especializados en atención geriátrica. Las escasas experiencias han sido promovidas durante muchos años de manera individual por profesionales vinculados a asociaciones especializadas. Tan sólo en la última década se ha iniciado el diseño y puesta en marcha de programas de prevención, de hospitales de día, atención domiciliaria, etc.

En el tratamiento sanitario de la deficiencia, también hay importantes déficit de atención y a pesar de los avances en los últimos años, todavía se producen deficiencias por falta de información y atención perinatal, por retrasos en la detección precoz o no se produce una recuperación posible por las limitadísimas prácticas de rehabilitación.

La respuesta socio-sanitaria, desde una concepción integral e integrada de la atención a la dependencia, por lo general, salvo algunas experiencias limitadas en el tiempo o en ámbitos territoriales autonómicos, no ha pasado de la declaración de principios o de la elaboración de propuestas técnicas, bien diseñadas, pero no refrendadas presupuestariamente y con medidas de gestión por los responsables políticos.

La falta de coordinación entre el sistema sanitario y los servicios sociales se ha intentado corregir en algunas Comunidades Autónomas, siguiendo las pautas y experiencias

piloto del Convenio Socio-Sanitario INSALUD-INSERSO de diciembre de 1993, siendo los resultados por el momento aún limitados.

Esta falta de programación coordinada de políticas sectoriales desde una concepción integral del Sistema Público de Protección Social y las carencias de la red de los servicios sociales y sanitarios han supuesto en muchos casos una derivación inadecuada de usuarios del sistema sanitario a los servicios sociales y viceversa y a la vez unas abultadísimas listas de espera, con frecuencia incoherentes con el perfil de los demandantes y la finalidad de los servicios solicitados.

La fórmula de «ventanilla única» de entrada y atención en los servicios socio-sanitarios sigue siendo un objetivo no logrado en ningún ámbito territorial.

En este sentido, y aunque las cifras en nuestro país no son excesivas, resulta injustificable que se siga atendiendo en centros hospitalarios a personas mayores dependientes cronicados o en procesos de larga estancia, lo que no sólo es inadecuado en términos de política social, sino que conlleva, además, unos costes cinco o seis veces superiores a lo que supondría la atención en los centros residenciales.

De no articularse de manera urgente un sistema de programas y equipamientos de atención socio-sanitaria a las personas dependientes, en los próximos años se irá acentuando la presión sobre el Sistema Nacional de Salud, lo que conllevará unos costes de atención mucho más elevados que si se canaliza adecuadamente a través de una adecuada cobertura de servicios sociales y socio-sanitarios.

En definitiva, la respuesta de los servicios sociales, sanitarios y socio-sanitarios de atención a la dependencia ha sido en nuestro país tardía e insuficiente.

Además, al estar relativamente mucho menos desarrollados los programas de atención no institucionalizada (ayuda a domicilio, centros de día, hospitales de día, teleasistencia, viviendas tuteladas, etc.), la presión de la demanda no cubierta por estos programas se está derivando de forma inadecuada a los centros residenciales, impidiendo el objetivo de envejecer en casa o de lograr una mínima integración social de las personas discapacitadas.

Por otra parte, la actual legislación en materia de Seguridad Social refleja la incongruencia de que se reconoce la figura de la gran invalidez, equiparable a la dependencia, con el 50% de complemento de la pensión, pero limitado hasta la edad de los 65 años. A partir de esa edad, ya no existe el reconocimiento de la gran invalidez y del complemento de la pensión.

Es cierto que la figura jurídica de la invalidez se considera ligada a la capacidad laboral y por lo tanto cuando se reconoció en su momento, no se pensó en las situaciones de dependencia. Pero que esto haya sido así, no debería ser óbice para una reconsideración

de esa figura legal de la gran invalidez, para que pudiera hacerse extensiva a las situaciones de dependencia, bajo esa u otras fórmulas legales.

En el Plan Gerontológico de 1991 ya se contemplaba un complemento de pensión desde los 80 años, al considerarse que a partir de esa edad estaban bastante generalizadas las situaciones de dependencia. Sin embargo, esta propuesta del citado plan no ha llegado en ningún momento a desarrollarse.

En lo que se refiere al papel que están desempeñando las familias, se estima en más de 1.700.000 personas las que vienen realizando tareas de cuidadores informales, de ellas, más de 700.000 con una dedicación media de más de 40 horas semanales.

A la hora de valorar las consecuencias que esto supone, en primer lugar hay que destacar que al ser la inmensa mayoría de las personas cuidadoras, mujeres, el tener que hacer frente al cuidado de su familiar dependiente, les supone un gravísimo obstáculo para su incorporación al trabajo, o en su caso para su mantenimiento o reincorporación.

En segundo lugar, muchas familias no siempre están en condiciones de prestar la atención adecuada, especialmente a partir de una determinada acentuación de la dependencia o de una duración prolongada de la misma.

Tampoco se han articulado medidas suficientes de apoyo a tantísimas familias solidarias, que si bien pueden y quieren cuidar a sus familiares dependientes y lo están haciendo, en numerosos casos demandan ayudas de bajo coste pero imprescindibles.

Programas de información, formación y asesoramiento para saber cuidar y tratar a una persona dependiente y para saberse cuidar las propias personas cuidadoras; programas de respiro temporal, estancias diurnas, nocturnas y temporales, ayuda a domicilio nocturna o en fines de semana, etc., son programas demandados, que hoy por hoy siguen teniendo una cobertura casi testimonial.

Todo ello se traduce en que la mayoría de las familias cuidadoras están soportando una gran sobrecarga económica, emocional, de tensiones y trabajo.

Esa falta de recursos de apoyo obliga a muchas de ellas a no tener más remedio que plantearse, a menudo con tremendos costes psicológicos, el ingreso en centros residenciales.

Los avances en la atención y rehabilitación de las deficiencias, la prolongación de las expectativas de vida de personas con discapacidad psíquica o de personas con discapacidad física gravemente afectadas, que en el pasado raramente sobrevivían a sus padres o hermanos, siendo una realidad muy positiva, conlleva, sin embargo, nuevas preocupaciones a los familiares cuidadores, sobre cuál será el futuro de sus hijos discapacitados en el momento en que ellos ya no estén en condiciones de cuidarlos o fallezcan.

La desgravación fiscal por el cuidado de personas dependientes, aunque ha mejorado notablemente desde 1999, especialmente para las personas discapacitadas, y más allá de otras consideraciones generales sobre el tipo de política fiscal regresiva que hay en España, acentuada por la última reforma del IRPF., valorada muy negativamente por la CS. de CC.OO., tiene una eficacia limitada, a la hora de compensar los costes de mantener a la persona dependiente en el ámbito familiar, ya que la oferta privada es o muy cara o de baja calidad.

Si la cobertura pública, como ya se ha indicado y después se analizará con más detalle, es limitada, la oferta de carácter privado, también de aparición tardía en nuestro país y a menudo poco profesionalizada, se ha centrado en residencias y muy poco en los demás servicios.

Este mercado privado viene ofreciendo, por una parte, servicios de calidad pero inasumibles económicamente para la mayoría de la población y, por otra, servicios que, pudiendo ser asequibles para el nivel medio de ingresos de las pensiones y rentas familiares, sin embargo tienen con mucha frecuencia unas condiciones de calidad poco satisfactorias.

El sector privado de carácter lucrativo ha optado en buena parte de los casos por buscar una rápida rentabilidad, antes que un servicio de calidad.

La concertación de las Administraciones Públicas con el sector privado, aun habiendo crecido de manera considerable en la década de los años 90, es aún insuficiente y además adolece de serios problemas estructurales, entre otros, en materia de financiación y sobre todo de control de calidad.

La presencia del tercer sector, ONGs, fundaciones, órdenes religiosas, etc., siendo claramente positiva, aunque igualmente ha crecido de forma notable en los últimos años, es también insuficiente y tiene fuertes problemas de financiación y sobre todo de estabilidad garantizada de la misma. En todo caso hay notables diferencias entre unas y otras entidades, ya que junto a organizaciones eficaces, innovadoras y bien gestionadas, hay otras poco solventes y otras cuya gestión no es todo lo eficaz que sería deseable o sus servicios no reúnen condiciones de calidad.

Aun así, p.e. la oferta privada en residencias es en la actualidad la mayoritaria (60%, frente al 40% pública) y por lo tanto la más utilizada por las familias españolas, con los costes económicos que supone, que con frecuencia son muy prolongados en el tiempo.

Una parte de los centros residenciales privados no reúnen los requisitos exigidos por la normativa autonómica, produciéndose situaciones de falta de atención, malas condiciones de vida, hacinamiento, etc. Las administraciones autonómicas competentes en el control y seguimiento de los centros privados, a veces son tolerantes con este tipo de resi-

dencias, ante los riesgos que tendría el cerrarlas y no poder hacer frente a la acogida de los usuarios de las mismas.

Dada la amplitud de este sector de residencias de baja calidad, e incluso con funcionamiento irregular o clandestino, se echan en falta planes o medidas sistemáticas de control y en positivo, de apoyo a la regularización y cumplimiento de requisitos de homologación.

Las condiciones de trabajo del personal del ámbito privado con frecuencia se caracterizan por bajos salarios, precariedad, falta de adecuada formación profesional y en general unas malas condiciones de trabajo, lo que resulta especialmente grave en los servicios de atención a domicilio, que aunque con financiación pública son prestados en la mayor parte de los casos por entidades privadas. La inexistencia de marcos de negociación colectiva en numerosas provincias se traduce en unas condiciones laborales de derechos mínimos.

En los últimos años numerosas familias con personas dependientes han empezado a recurrir al trabajo a domicilio de inmigrantes, mayoritariamente mujeres latinoamericanas, a menudo también en condiciones de precariedad: sin alta en la Seguridad Social, con bajos salarios, jornadas prolongadas, etc.

En definitiva, en ambas situaciones descritas, empresas privadas de servicios sociales y familias, las funciones que están desempeñando las trabajadoras y los trabajadores no se corresponden con las categorías y retribuciones reconocidas.

Por todas las razones indicadas, la cobertura de la dependencia debe considerarse una responsabilidad de los poderes públicos y debe realizarse de manera prioritaria desde el ámbito público.

Siendo claramente insuficiente la cobertura asistencial con carácter general en todo el país, en la actualidad hay diferencias tanto en la oferta como en la demanda de servicios para dependientes entre unas y otras Comunidades Autónomas.

Con carácter general durante bastantes años, tanto por la Administración General del Estado como por las Comunidades Autónomas, ha habido escasas prácticas de planificación y distribución equilibrada de equipamientos y programas de servicios sociales en los distintos ámbitos territoriales.

En lo que se refiere a la atención a la dependencia, la tasa de envejecimiento tiene distinta intensidad entre unas y otras Comunidades. La red de centros y servicios es igualmente diferente.

Los deberes y derechos de las personas dependientes en el acceso y utilización de los programas y servicios varía, aunque no substancialmente por ahora, entre unas y otras Comunidades Autónomas.

Las dificultades de atención son también de diferente dificultad, especialmente en lo que se refiere a las Comunidades Autónomas con población dispersa y/o en el ámbito rural.

La realidad de los bastantes cientos de núcleos rurales, con escasa población y mayoritariamente muy envejecida, con Corporaciones Locales con reducidos recursos económicos, con lógicas insuficiencias en la dotación de profesionales y equipamientos socio-sanitarios y con hábitos de funcionamiento mancomunado o comarcalizado poco arraigados, plantea respuestas de evidente complejidad y coste, al tener que desarrollar servicios muy descentralizados y flexibles, con un nivel de utilización de relativamente baja intensidad y todo ello en un contexto en el que se dan serios interrogantes sobre la continuidad de muchos de esos núcleos rurales a 20 o 25 años vista.

El distinto calendario de asunción de competencias entre unas y otras Comunidades Autónomas y entre las materias de sanidad y servicios sociales, ha sido otro factor de desequilibrio.

Las corporaciones locales, que por su proximidad con las necesidades de las personas dependientes y sus familias, deberían jugar un papel protagonista, hasta el momento están desempeñando funciones secundarias, limitadas a la ayuda a domicilio y en menor medida a la teleasistencia y centros residenciales.

La insuficiente dotación presupuestaria de las Corporaciones Locales y la actitud reticente de buena parte de las Comunidades Autónomas de traspasar competencias de gestión a los ayuntamientos, dificultan gravemente el desarrollo de los servicios sociales en el ámbito local. Aun así hay bastantes Corporaciones que están impulsando programas, servicios y equipamientos, al disponer de más recursos económicos o bien por tener una clara voluntad política de dar prioridad a estas actuaciones.

La falta de una respuesta articulada desde el Estado, que en todo caso tiene que hacerse de acuerdo y en cooperación con las Administraciones Autonómicas y las Corporaciones Locales, puede llevar en muy poco tiempo a que se vayan desarrollando con más intensidad medidas y programas específicos de atención a la dependencia por parte de aquellas Comunidades Autónomas con mayores recursos, posibilidades de gestión y tejido social privado y otras Comunidades Autónomas se mantengan en una situación estancada, abriéndose nuevos desequilibrios en la cohesión y protección social, que después serán más difíciles de encauzar y resolver.

Por ello, consideramos que los poderes públicos, y en primer lugar la Administración General del Estado, deben garantizar la igualdad de derechos en el acceso a los servicios de atención a la dependencia de todas las personas, al margen del ámbito territorial en el que vivan.

La responsabilidad prioritaria de la Administración General del Estado no debe ocultar el escaso interés y las reducidas dotaciones presupuestarias para servicios sociales que

hasta la fecha han tenido las Comunidades Autónomas, todas ellas con competencias transferidas en esta materia, que apenas han incrementado la cobertura de atención desde la realización de los traspasos de programas y servicios y que han ido, por lo general, por detrás del Estado en plantearse la atención a la dependencia.

A pesar de esta realidad, descrita en sus grandes rasgos, hasta fechas muy recientes no se ha producido en nuestro país una percepción, ni en el ámbito de la responsabilidad pública ni en la conciencia social, de los graves retos que va a suponer la atención a la dependencia.

Sin embargo, en la mayoría de los Estados de la Unión Europea, el análisis de los efectos del envejecimiento ha propiciado con especial intensidad en los últimos años el debate de la atención a la dependencia y se han aprobado o se están aprobando, en Alemania, Austria, Francia, Bélgica, Holanda, Luxemburgo, etc., medidas específicas, incluyendo la regulación de nuevas prestaciones y cotizaciones.

En los Estados nórdicos, con sistemas de protección social universalistas, se ha ido ampliando de forma directa la atención socio-sanitaria a la dependencia, en el marco de las prestaciones generales que estos sistemas mantienen.

En lo que se refiere a la atención a las personas dependientes menores de 65 años, en la mayoría de los Estados de la Unión Europea las políticas de bienestar social han creado unas redes de atención, públicas o privadas, que, aunque no siempre suficientes, están muy por delante de las existentes en España.

A partir de la cumbre de Ministros de Trabajo y Asuntos Sociales en Lisboa en 1995, se está empezando a considerar la atención a la dependencia, como una nueva rama de los sistemas tradicionales de Seguridad Social.

En España el debate, hasta el momento, ha estado restringido a las demandas de las asociaciones y ONGs más dinámicas e innovadoras y a círculos reducidos de especialistas y gestores, absorbiendo todo el protagonismo de los efectos del envejecimiento la situación del sistema de pensiones.

Tan sólo en el último año se ha constituido un grupo de trabajo coordinado por el antiguo Ministerio de Economía y Hacienda, para abordar el tratamiento de los seguros privados de dependencia y en el que están participando, además de otros ministerios, entidades vinculadas al sector financiero y de seguros.

Recientemente este grupo de trabajo ha terminado un borrador de Informe, en el que tras un análisis objetivo y razonado de la situación y problemática actual de la dependencia en España, se centra de manera exclusiva en una respuesta privada a la atención a la dependencia, a través de fórmulas de aseguramiento privado, con posibles beneficios fiscales. Por tanto, es muy posible que en un futuro próximo se regule el seguro privado

de dependencia.

A este respecto hay que valorar muy negativamente que se dé prioridad a la regulación del seguro privado sin que se haya articulado una respuesta de cobertura pública de atención a la dependencia, a pesar de que así lo han demandado desde el Informe unánime de la Comisión de Estudio del Envejecimiento en España, creada en el Senado en la pasada legislatura, hasta diversos Informes del Defensor del Pueblo, pasando por las conclusiones del primer Congreso Estatal de Mayores de 1998.

Por el contrario, consideramos que la atención a la dependencia debe ser un derecho básico del Sistema Público de Protección Social y por tanto ser garantizada por los poderes públicos, siendo las formas de aseguramiento privado una opción secundaria y voluntaria.

Pero además, esta modalidad de aseguramiento privado no resolverá el problema para las actuales personas dependientes y sus familias, y desde luego tampoco es la solución para la inmensa mayoría de los potenciales futuros dependientes. Algo que subyace e implícitamente se reconoce a lo largo del citado informe.

El seguro privado de dependencia no va a ser la respuesta adecuada en España, como no lo está siendo en otros países de la Unión Europea con mayores raíces de la cultura del aseguramiento privado.

En primer lugar porque los seguros privados de dependencia excluirían a las personas dependientes con minusvalía de nacimiento, infancia o juventud, que, como se verá después, son varios cientos de miles de personas.

En segundo lugar, la dependencia es un riesgo complejo de asegurar, a diferencia de otros seguros como el de muerte o enfermedad. Es muy difícil prever con antelación si se llegará a la situación de dependencia, y en este caso a qué edad, cuántos años durará, qué proceso de evolución experimentará, qué intensidad tendrá y qué tipo de atención requerirá.

Además, el seguro privado de dependencia, para que resulte eficaz al asegurado, debería concretarse no tanto en una indemnización o prestación económica periódica, salvo que hubiera fórmulas muy precisas que garantizaran la suficiencia económica en función de las características de la situación concreta de la persona dependiente, sino que debería basarse preferentemente en la prestación de servicios de atención.

Esto obligará, sin duda, a afinar mucho las condiciones del contrato de seguro, o exigiendo unas cuotas elevadas y muy prolongadas en el tiempo (prácticamente desde los 30 años) o bien garantizando una cobertura muy básica y elemental, derivando la atención al ámbito público, en el caso de que se produzca una grave dependencia que exija una atención especializada muy costosa o si la dependencia se presenta precozmente y se prolonga muchos años.

Por todas estas razones, no es exagerado pensar que este tipo de aseguramiento será limi-

tado, por tanto insuficiente y posiblemente generará una notable litigiosidad. Y en cualquier caso las condiciones económicas del seguro serían muy gravosas para la inmensa mayor parte de la población de nuestro país.

En tercer lugar, los seguros privados de dependencia en el mejor de los casos serían operativos para las personas que hoy tienen menos de 60 años y no resolverían la problemática de las personas actualmente dependientes ni de las que lleguen a serlo en los próximos 10-15 años.

Por otra parte, la contingencia en sí, con evidentes interrogantes de si se producirá, cuándo y cómo, es un factor de riesgo menos visible que la jubilación o la muerte, que son una posibilidad mucho más real y generalizada, por lo que la mayor parte de la población joven o adulta de nuestro país no se sentirá estimulada para contratar este tipo de seguro y cuando empiece a pensarlo, a partir de los 50 años, tendrá unos costes muy elevados.

En definitiva, el seguro privado de dependencia, será en su día una opción minoritaria en la población española, concentrándose básicamente en los sectores con más recursos económicos, por lo que no podemos esperar que esta vía resuelva, ni siquiera parcialmente, los problemas de la atención a la dependencia, que debe asumirse de manera principal y mayoritaria desde el Sistema Público de Protección Social.

Por ello, sin infravalorar la importancia capital, especialmente en términos cuantitativos, del Sistema de Pensiones, resulta imprescindible afrontar los retos socio-sanitarios de la dependencia como un ámbito más de la Seguridad Social, como prestación de carácter universal y con financiación fiscal.

Además, si a la insuficiente cobertura actual, le sumamos las estimaciones de crecimiento para los próximos años, podemos llegar fácilmente a la conclusión que la atención a la dependencia se está convirtiendo ya en uno de los problemas centrales de la política social de nuestro país.

En nuestra opinión, cada día resulta más insuficiente mantener la atención a la dependencia en las actuales coordenadas de financiación en los presupuestos ordinarios: IMSERSO, gestión directa y transferida, Plan Gerontológico, Plan de Acción Integral para Personas con Discapacidad, Plan Concertado y Programas del 0'52 del IRPF, con una dinámica de crecimiento anual muy alejada de la evolución de las demandas reales.

Por tanto es imprescindible abrir un tratamiento presupuestario y de gestión específico y de carácter extraordinario, en el ámbito de la Seguridad Social, aunque concertado en la financiación, en la gestión y en los objetivos de cobertura entre las tres Administraciones Públicas.

A la hora de abordar una innovación de estas características, no se oculta que puede ser

polémica la inserción de la atención a la dependencia en el ámbito de la acción protectora de la Seguridad Social, dado el marco competencial existente en nuestro país.

Una interpretación estricta del art. 148 de la Constitución podría ser el argumento para imputar la atención a la dependencia al ámbito competencial exclusivo de las Comunidades Autónomas. Sin embargo, el art. 151 de la propia Constitución, en su apartado 17, abre la posibilidad de una responsabilidad compartida entre la Seguridad Social, legislación básica y cofinanciación, y las Comunidades Autónomas, ejecución de los servicios.

Por otra parte, el art. 49 de la Constitución, referido a los derechos de las personas con discapacidad, y el art. 50, referido a su vez a los derechos de las personas mayores, reconocen como obligación de los «poderes públicos» la atención especializada.

Es evidente que el diseño competencial de nuestra Constitución, sin duda alguna muy positivo, conlleva una cierta complejidad para el desarrollo del Estado de Bienestar Social, máxime teniendo en cuenta que cuando se aprobó la Constitución, las Políticas de Bienestar Social eran aún muy incipientes en España y algunas demandas, como en este caso la atención a la dependencia, ni siquiera se habían producido.

Pero esta complejidad normativa no debería ser un obstáculo para el desarrollo de un nuevo ámbito de protección social, impulsado desde la Seguridad Social, cuando, además, la experiencia de los últimos años ha demostrado que la dinámica seguida por la mayoría de las Comunidades Autónomas no garantiza la cobertura pública de atención a la dependencia, ni es previsible que lo garantice con sus propios medios en el próximo futuro.

CC.OO. considera que más allá de interpretaciones estrictas de la Constitución, la atención a la dependencia, por el número de personas y familias a las que afecta, por la especialización del tipo de atención que requiere y por la responsabilidad que en la misma tienen los poderes públicos, debe configurarse como un nuevo DERECHO DE CIUDADANÍA.

Este nuevo derecho de ciudadanía, y por tanto de carácter universal, puede y debe concretarse en su aplicación y desarrollo en el ámbito de la Seguridad Social, aprovechando, además, que la actual Ley General de la Seguridad Social, en su art. 38, 1, apartado e), integra dentro de su acción protectora las prestaciones de servicios sociales, incluyendo una referencia genérica a «aquellas otras materias en que se considere conveniente».

La inclusión de la atención a la dependencia en el ámbito de la Seguridad Social es una garantía para que este nuevo derecho ciudadano no tenga restricciones o distinta intensidad de aplicación, en función del lugar donde se resida.

En definitiva, conscientes de la complejidad del tema, hemos optado en la propuesta que

a continuación se hace por una fórmula de cooperación interadministrativa. Basada en la colaboración en el diseño de objetivos, su seguimiento y control; con una financiación compartida; con la gestión exclusiva en el ámbito autonómico y, en algunos casos, local; articulando todo ello mediante convenios de colaboración, que por otra parte se vienen utilizando desde hace años en los planes estatales como el Plan Concertado, Gerontológico o Plan de Acción Integral para personas con discapacidad.

Por tanto la propuesta que presentamos, aunque no estará exenta de dificultades a la hora de avanzar de forma homogénea en el conjunto del Estado y tendrá problemas para lograr su adecuada ejecución, exigirá una gestión muy consensuada y participada.

En ese sentido adquieren el mayor relieve los instrumentos de cooperación administrativa, Conferencia Sectorial de Asuntos Sociales y Consejo Interterritorial de Salud, y los órganos de participación social, en los que los sindicatos y organizaciones empresariales deben jugar un papel fundamental, reconociéndose también la participación social de órganos de participación sectorial, Consejo Estatal de Mayores y Consejo Estatal de Personas con Discapacidad y sus homólogos en los ámbitos autonómicos.

La atención a la dependencia, al tener un carácter universal, lógicamente se tendrá que financiar exclusivamente con aportaciones fiscales, y en lo que se refiere a la cofinanciación estatal, deberá ser una financiación de los Presupuestos Generales del Estado.

Por otra parte, hay que tener presente que el desarrollo de unos adecuados y suficientes servicios de atención a la dependencia no agotan la problemática de esta realidad, ya que deben abordarse aspectos jurídicos en el ámbito del derecho civil y penal, a través de una Ley de Protección Jurídica de los derechos de las personas dependientes. Iniciativa legislativa que está pendiente de tramitarse desde la anterior legislatura.

En ese contexto se considera oportuno iniciar el tratamiento de la atención a la dependencia en el marco de la renovación del Acuerdo de Pensiones.

La apertura de esta negociación con la Administración General del Estado, que indudablemente tiene una perspectiva de medio y largo plazo, es compatible con el impulso de negociaciones en todos y cada uno de los ámbitos autonómicos y esa es la voluntad de la CS de CC.OO.

La negociación de propuestas de atención a la dependencia en el ámbito autonómico deberá adaptarse a las realidades de cada Comunidad Autónoma, en lo que se refiere a necesidades y recursos existentes, sirviendo de referencia general básica los criterios y propuestas que a continuación se desarrollan y que podrán ser mejoradas y enriquecidas por las propias experiencias de cada ámbito territorial.

Por último, la CS de CC.OO. considera estas propuestas como un primer posiciona-

miento, que en el futuro deberá ir mejorándose y actualizándose, con las aportaciones de los debates que se tengan en el seno del sindicato, con UGT, con el Consejo Estatal de Mayores y el Consejo Estatal de Personas con Discapacidad, con otras fuerzas y organizaciones sociales y políticas y fruto también de los resultados de las negociaciones con las Administraciones Públicas, tanto en el ámbito estatal como autonómico y local.

I. LA SITUACIÓN DE LA POBLACIÓN MAYOR DE 65 AÑOS

a) La evolución demográfica

En 1900 había en nuestro país 967.800 mayores de 65 años, el 5'2% de la población, 1 de cada 20 españoles era mayor de 65 años.

Medio siglo después, en 1950, se habían duplicado, siendo ya 2.022.000.

En 1981, treinta después, se habían vuelto a duplicar, sumando 4.236.000, y duplicándose también en porcentaje de población en relación al año 1900, pasando a ser el 11'3% de la población.

En el presente año 2000 son ya 6.582.000 personas, el 17'5%, lo que supone que en un siglo se ha multiplicado por casi 7 la población mayor, y lo más importante, porcentualmente se ha multiplicado por 3'5.

En el año 2010 se alcanzará el 18'6%. En el 2020 será el 21%. Por último, en el año 2030 se llegará al 25%. Una de cada cuatro personas de nuestro país será mayor de 65 años.

Aun mas significativas son las cifras de población mayor de 80 años y su crecimiento, ya que aunque no de manera automática, sí se puede considerar que de forma mayoritaria las personas mayores de 80 años padecen situaciones de dependencia, en mayor o menor grado.

En 1970 eran 511.000 personas, el 1'5%.

En 1996 eran 1.309.000 personas, el 3'4%.

En el presente año 2000 se acercarán a las 1.500.000 personas, triplicándose en 30 años.

En el año 2020 serán, según estimaciones del INE, 2.198.260 personas, el 5'6%. Es decir, que en 50 años el número de personas se habrá multiplicado por casi 4'5 y el porcentaje se habrá multiplicado por casi 4.

Las expectativas de vida eran de 50 años en 1940, de 62 años en 1950, de 69 años en 1960, de 75 años en 1980 y de casi 78 años en 1998.

Las últimas estimaciones que se están publicando acentúan en nuestro país las tendencias de prolongación de las expectativas de vida.

b) La feminización del envejecimiento

En lo que se refiere a esperanza de vida, hay sensibles diferencias entre hombre y mujer (74'4 y 81'7 años respectivamente), estando por encima de la media de la Unión Europea,

en lo que respecta a la mujer (sólo superados por Francia y Suecia) y en la media europea en lo que respecta a los hombres.

Esa mayor prevalencia de vida de las mujeres es lo que lleva a hablar de la feminización de la cuarta edad.

En 1996 había una diferencia de 4'5 puntos, entre los hombres y mujeres mayores de 65 años (13'3% y 17'8% respectivamente), que se acentuaba a partir de los 80 años, en los que el número de mujeres, 913.946, prácticamente duplicaba al de hombres, 462.261.

Las estimaciones del INE, para el año 2020, indican que el número de mujeres mayores de 80 años, 1.489.877, más que duplicarán al de hombres, 708.877.

Las consecuencias hoy por hoy y todavía en los próximos años de esta feminización del envejecimiento son diversas.

Al ser las cuidadoras informales mayoritariamente mujeres, muchas de las cuales cuidan a sus propios cónyuges, de no articularse programas de atención, las cuidadoras que entren en situación de dependencia, tendrán enormes dificultades para su mantenimiento. Así, el 30% de las mujeres entre 80 y 84 años viven solas (frente al 9% de los hombres) y en el tramo de más de 85 años, en el que la dependencia, en mayor o menor grado, está generalizada, viven solas el 21%.

Las actuales mujeres mayores en buena parte carecen de pensiones contributivas originadas por su propio trabajo, o tienen pensiones de viudedad, o pensiones no contributivas y cuando tienen pensiones contributivas la mayor parte de los casos se sitúan en torno a las mínimas, debido a las propias carencias que han tenido en su vida laboral, por lo que la situación económica de las mujeres mayores es generalmente peor que la de los hombres.

Por otra parte, la mayor prolongación de las expectativas de vida en las mujeres no es asimilable a mejor estado de salud de las mujeres mayores que los hombres, estando comprobado que las situaciones de dependencia se presentan a menudo antes, por tanto con más duración y con frecuencia acumulando varios factores de dependencia.

En definitiva, la necesidad de recursos sociales y sociosanitarios de carácter público aun es más imprescindible en las mujeres dependientes que en los hombres dependientes.

c) La protección económica de los mayores

El esfuerzo de las Políticas de Protección Social en pensiones hacia las personas mayores se sitúa en España en el 41% del total del gasto social (frente al 39'2% de media de la Unión Europea) y un 10% del PIB -9% de la Seguridad Social y 1% de Clases Pasivas (frente a un 10'8% de media en la Unión Europea).

Este gasto social permite que prácticamente la totalidad de la población mayor de 65 años de nuestro país esté cubierta por algún tipo de pensión contributiva o no contributiva.

En lo que se refiere a las cuantías, la pensión media de jubilación, a 1 de agosto de 2000, se situaba en 92.574 pts., 21.894 pts. por encima del Salario Mínimo. La pensión media de Régimen General era de 111.826 pts., 41.146 pts. por encima del SMI. Por último y para observar las tendencias de las nuevas altas, en el mes de julio de 2000, la pensión media estaba en 107.926 pts., 37.246 pts. por encima del SMI y la pensión media del Régimen General se situaba en 135.728 pts., 65.048 pts. por encima del SMI.

A pesar de los avances experimentados en los últimos 15 años, las cuantías de la globalidad de las pensiones de jubilación todavía no son satisfactorias, ya que si analizamos las pensiones de jubilación por tramos, encontramos que todavía el 17'5% de las pensiones no llegan a 55.000 pts. mensuales, el 44'5% no alcanzan las 65.000 pts. mensuales, el 55'5% superan esa cifra y sólo el 38% superan las 75.000 pts. mensuales.

Esta realidad refleja que más allá de las mejoras que ha habido, sobre todo en las pensiones del Régimen General, sigue habiendo un importante volumen de pensiones bajas, especialmente en el Régimen Agrario y Autónomos, además de las provenientes del SOVI y Pensiones No Contributivas, aunque el cambio en este tipo de pensiones también ha sido importante en relación a la situación existente hace 15 o 20 años.

A lo anterior hay que añadir que las personas mayores en nuestro país tienen determinados derechos como medicinas gratuitas, bonificaciones en el transporte, en actividades culturales, de ocio, turismo y termalismo social, etc.

Por otra parte, aunque hay bastantes familias en las que las pensiones son el ingreso más importante y sobre todo más estable, también es cierto que la mayor parte de los pensionistas jubilados no tienen una serie de gastos fijos que tienen la mayoría de los adultos de nuestro país, como p.e. la educación de los hijos y adquisición de vivienda.

Estos cambios en la situación económica, aun siendo claramente insuficientes y no estar generalizados a todas las personas mayores, tienen evidente reflejo en el aumento de sus hábitos de consumo y en su capacidad de ahorro.

Por último hay que matizar estos datos, con las referencias anteriormente hechas sobre las mujeres mayores, en las que, hoy por hoy, sus prestaciones económicas son notablemente inferiores a las de los hombres.

Pero esa realidad económica crecientemente positiva, lograda en gran medida por las movilizaciones y negociaciones sindicales, resulta básicamente inoperante para hacer frente a los procesos de dependencia.

d) Las condiciones de salud y de vida

Aunque no se debe asociar de forma automática envejecimiento y falta de salud, y es cierto que han mejorado notablemente las condiciones de salud de los mayores de 65 años, generalizándose desde el Sistema Nacional de Salud campañas preventivas e impulsando las prácticas de hábitos saludables de vida y consumo, sin embargo es evidente que de forma mayoritaria a partir de los 75 años se generalizan problemas de carácter óseo, hipertensión, circulatorios, reumáticos, respiratorios, etc.

Por ello este sector de la población porcentualmente es el mayor usuario del Sistema Nacional de Salud y de consumo de productos farmacéuticos.

Observando las tendencias de expectativas de vida y los porcentajes de población que van a superar en los próximos años los 75, 80 y 85 años, a pesar de las mejoras que se seguirán produciendo en el estado de salud y en la lucha contra la enfermedad de las personas mayores, se puede deducir fácilmente que el intenso crecimiento de las personas dependientes va a ser una realidad inexorable.

Por otra parte, las condiciones de la vida cotidiana de muchas personas mayores presentan limitaciones importantes que agudizan los procesos de dependencia. Así, en el año 1995, el 66% de las viviendas de las personas mayores de 65 años no tenían calefacción y el 36% de las de más de una planta carecían de ascensor. Si se tiene en cuenta que habitualmente las personas mayores que viven en viviendas antiguas sin equipamientos de calefacción y ascensor suelen tener pensiones bajas, se comprenderá las dificultades existentes para acondicionar sus viviendas.

A todo ello habría que añadir otras limitaciones como barreras y dificultades graves de accesibilidad en los hogares, edificios públicos, transportes, etc., que si bien en la última década han ido reduciéndose, sobre todo en las grandes ciudades, todavía siguen siendo numerosísimas.

II. LA SITUACIÓN DE LAS PERSONAS CON MINUSVALÍA

Así como en el ámbito de las personas mayores los datos estadísticos son de gran fiabilidad, en lo que se refiere a las personas con discapacidad, nos vemos en un terreno de cierta imprecisión, ya que por el momento se siguen utilizando los datos provenientes de la Encuesta de Discapacidad del INE del año 1986, y de las sucesivas Encuestas Nacionales de Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo, pendientes de la próxima aparición de la nueva macroencuesta INE-IMSERSO-ONCE realizada a lo largo del año 1999.

Acogiéndonos a la distinción entre deficiencia (cualquier pérdida o anormalidad de una estructura o función anatómica, fisiológica o psicológica), discapacidad (deficiencia que provoca ausencia de capacidad funcional para realizar actividades de la vida cotidiana) y minusvalía (desventaja social que experimenta una persona como consecuencia de su deficiencia y discapacidad), podemos identificar las grandes cifras de personas con discapacidad y minusvalía, refiriéndonos siempre a las menores de 65 años.

Siguiendo los datos recogidos en el Plan de Acción Integral para las personas con discapacidad, y en las últimas publicaciones del IMSERSO, el total de este colectivo alcanzaría las 2.847.884 personas, de las cuales 313.784 tendrían discapacidad psíquica, 786.290 discapacidad sensorial, 1.748.302 discapacidad física y 13.265 discapacidades mixtas.

Si nos centramos en las personas con minusvalía, que es el dato relevante a efectos de este informe, el número de los afectados sería de 1.231.132.

Aunque las demandas de las grandes ONGs de personas con discapacidad se están centrande en los últimos años en el desarrollo de políticas activas en el ámbito de la integración laboral y en la supresión de barreras de urbanismo, transportes y audiovisuales, sin embargo la atención a las personas discapacitadas gravemente afectadas, a pesar de los avances logrados en las dos últimas décadas, no están adecuadamente cubiertas.

Efectivamente, las mejoras en la protección económica, a través de las pensiones contributivas y no contributivas y en el apoyo al empleo protegido, la mayor dotación de centros y servicios para la discapacidad psíquica y sensorial, los esfuerzos en integración educativa y el cambio positivo en el tratamiento del IRPF para las personas discapacitadas y sus familias, no oculta la notable insuficiencia de servicios especializados para la atención de las personas gravemente afectadas, de los enfermos con trastornos mentales, de las víctimas de daño cerebral, de los enfermos de VIH y de nuevos síndromes minoritarios.

Nuevamente son las familias sobre las que recae de manera principal la atención a este colectivo de personas dependientes menores de 65 años.

La red de programas y servicios no institucionalizados, como se recoge más adelante, tiene mucho menos desarrollo que los ya de por sí insuficientes programas para mayores de 65 años.

La prolongación de las expectativas de vida de los grandes discapacitados físicos y de los discapacitados psíquicos, además de generar nuevos problemas a las familias cuidadoras, que a partir de cierta de edad los padres les resulta imposible prestar los cuidados necesarios, lo que se agrava en el caso del fallecimiento de los padres, plantea una nueva problemática para la que no existen centros y programas adecuados.

III. LA ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA

a) La población afectada

La dependencia se relaciona con la capacidad de actuación en las tareas básicas de la vida cotidiana: cuidados personales, tareas domésticas y asuntos propios de la vida social, tales como: higiene personal, vestirse, alimentación, desarrollo tareas domésticas básicas, necesidades fisiológicas, desplazamiento dentro y fuera del domicilio, manipulación de objetos, etcétera.

Si antes se hacía referencia a las dificultades para identificar las personas con minusvalía, aun más complejo resulta establecer las personas con dependencia.

Hasta fechas relativamente recientes todos los datos manejados se movían en la utilización genérica de la citada Encuesta de Discapacidades del INE de 1986, cotejados y actualizados con datos provenientes de las Encuestas Nacionales de Salud. También se ha trabajado con estimaciones en función de las medias existentes en otros países de la Unión Europea.

En los últimos años, y más en concreto en el actual 2000, han ido apareciendo nuevas publicaciones que han profundizado en esa identificación de la población dependiente en España, aunque tenemos que reiterar que son datos elaborados a partir de estudios y encuestas y por lo tanto no tienen la absoluta fiabilidad que pudieran obtener otras estadísticas, si bien se está produciendo una notable coincidencia entre los diversos autores.

Sin embargo la mayor parte de los estudios hacen referencia a las situaciones de dependencia de las personas mayores de 65 años, barajándose una horquilla que iría desde un mínimo de 900.000 personas a un máximo de 1.600.000.

Por nuestra parte nos atenemos a los datos proporcionados en el libro «La protección social a la dependencia», publicado por el IMSERSO y coordinado por el Pr. Gregorio Rodríguez Cabrero, ya que consideramos que es el que con más profundidad, rigor y cercanía en el tiempo ha analizado la situación de la dependencia en España, y que se exponen a continuación:

a.1. Población dependiente mayor de 65 años:

Gran dependencia	214.569 personas
Dependencia grave	494.545 personas
Dependencia considerable	296.762 personas
TOTAL	1.005.876 personas

a.2. Población dependiente menor de 65 años:

Por el momento no se disponen los datos desagregados de población por grado de dependencia, aunque se la cifra de dependientes gravemente afectados se estima en 160.767 personas

a.3. Total población dependiente:

Gran dependencia	375.336 personas
Dependencia grave	494.545 personas
Dependencia considerable	296.762 personas
POBLACIÓN TOTAL DEPENDIENTE	1.166. 643 personas

b) La oferta de recursos sociales

Partiendo de la identificación de las 1.166.643 personas con dependencia, ¿cuáles es el nivel de cobertura existente?

Nuevamente nos encontramos con una cierta penuria de datos, agudizada por el proceso de transferencias y la inexistencia por ahora de estadísticas estatales.

Esta situación se ha paliado recientemente en lo que se refiere a mayores, con el estudio del IMSERSO sobre «Servicios Sociales disponibles en el Estado español para las personas mayores en 1998», pero los datos en relación a la población menor de 65 años están aún en proceso de elaboración.

Siguiendo el referido estudio, en relación a la población mayor de 65 años, se pueden identificar:

- 198.358 plazas residenciales, lo que supone un 3'2 % por cada 100 personas mayores de 65 años existentes en 1998.
- 112.797 usuarios de ayuda a domicilio, lo que supone un 1'82%; datos igualmente de 1998, con la peculiaridad de ser mayoritariamente de baja intensidad e insuficiente calidad.
- 60.000 usuarios de teleasistencia, lo que representa un 0'9%; datos actualizados al año 2000.
- 7.103 usuarios de estancias diurnas, lo que representa un 0'11%; datos de 1998.

- A estas cifras hay que sumar 1.683 plazas de estancias temporales y 3.348 usuarios de otros servicios de estancias de alojamientos alternativos; datos de 1988.

En definitiva en torno a 383.289 usuarios, es decir una cobertura que se sitúa en el 38% del total de las personas con dependencia y en el 54% de las personas con dependencia grave o muy grave.

Al ser los datos del año 98 (salvo en lo que se refiere a teleasistencia), hay que considerar que en la actualidad serán superiores, aunque sin variar sustancialmente los ratios de cobertura que se indican.

Todos los datos ofrecidos hay que matizarlos en un doble sentido. En primer lugar que no todos los usuarios están siendo atendidos por el programa o servicio más adecuado a su situación o están en centros adecuados a sus características. En segundo término que al no ser homogéneo el nivel de desarrollo de los programas y servicios en cada una de las Comunidades Autónomas, el nivel de cobertura y los déficit son también diversos entre unas y otras.

En lo que respecta a los programas y servicios para personas con discapacidad, la información es más endeble, pero aun así podemos hablar de:

- Ayuda a domicilio

demanda estimada: 45.000 usuarios
cobertura actual: 4.050 usuarios, el 9%

- Plazas residenciales

demanda estimada: 27.000 usuarios
cobertura actual: 14.310 usuarios, el 53%

- Centros de día

demanda estimada: 24.000 usuarios
cobertura actual: 3.840 usuarios, el 16%

Estos datos, que son del año 1998, también pueden estar sesgados a la baja, no sólo porque se haya seguido ampliando la cobertura, sino porque, además, en lo que se refiere sobre todo a Ayuda a Domicilio son numerosas las Organizaciones No Gubernamentales que con fondos públicos y privados están prestando este servicio, sin que esté adecuadamente contabilizado. En cualquier caso, los índices de cobertura son muy bajos.

c) Los programas prioritarios a desarrollar

Para la identificación de cuáles serían los centros y programas que sería necesario incrementar, debemos relacionar el grado de dependencia con el recurso apropiado.

c.1. Programas para dependientes mayores de 65 años

Para las personas mayores de 65 años con gran dependencia, el recurso adecuado sería, en general, la plaza residencial.

Aplicando el ratio establecido por los organismos especializados de la Unión Europea, el 3'5% de la población mayor de 65 años, supondría disponer, a partir de los datos de población española mayor de 65 años en el presente año 2000, de 230.370 plazas residenciales, por lo que la ampliación de cobertura estimada estaría como mínimo en 32.012 nuevas plazas.

Este dato habría que matizarlo de manera muy importante, en el sentido de que en la actualidad se estima que las plazas asistidas no llegan a las 90.000. Las restantes deberían ser objeto de progresiva reconversión y en todo caso las de carácter público de gestión directa o concertada.

Tan importante como la creación de nuevas plazas y reconversión de plazas válidas en asistidas es el incremento de plazas de carácter público, con un aumento de plazas concertadas.

Para las restantes personas que tienen dependencia grave, los programas adecuados serían, en general: las estancias diurnas, la ayuda a domicilio, la teleasistencia, los programas de «respiro temporal» y las viviendas tuteladas.

El déficit actual en estos programas se estima como mínimo en 293.813 usuarios.

Una propuesta razonable y asumible de ampliación de cobertura podría ser:

- Incorporar 150.483 usuarios más de Ayuda a Domicilio, alcanzando la ratio del 4% de la población mayor de 65 años (distante aún del objetivo del 8% planteado en el Plan Gerontológico), mejorando la calidad de la misma e intensificando el tiempo de atención.
- Incrementar en 58.717 usuarios más las plazas de centros de día, alcanzando la ratio del 1% de la población mayor de 65 años.
- Aumentar en 71.640 los usuarios de teleasistencia, alcanzando la ratio del 2% de la población mayor de 65 años.

- Poner en marcha 12.973 plazas más de otros programas alternativos (estancias temporales, viviendas tuteladas, acogimientos familiares, acompañamientos domiciliarios, etc.).

c.2. Programas para personas dependientes menores de 65 años

En relación a los déficit de cobertura indicados anteriormente, sería necesario incrementar ésta en las siguientes cuantías:

- 40.950 nuevos usuarios de Ayuda a Domicilio.
- 12.690 nuevas plazas residenciales.
- 20.160 nuevas plazas de centros de día.

d) Otros programas de apoyo

Las familias cuidadoras de personas dependientes y semidependientes demandan, además de programas como ayuda a domicilio o estancias diurnas, otro tipo de servicios como: información y formación de cuidadores, programas de respiro (estancias temporales en periodo de vacaciones, nocturnas, fin de semana, etc.), ayudas técnicas para la adaptabilidad y accesibilidad del domicilio, etc.

A su vez, las personas mayores que viven solos o en compañía de su cónyuge y que ya tienen algún nivel de dependencia ligera o media, demandan, además de la ayuda a domicilio y la teleasistencia, programas como: servicio de comida y lavandería a domicilio y ayudas técnicas para la adaptación y accesibilidad del domicilio.

En ambos casos, ya están funcionando programas y servicios, aunque su nivel de cobertura es muy escaso y por lo tanto se trataría de impulsar este tipo de servicios, que además tienen unos costes bajos.

IV. LA ATENCIÓN SANITARIA

La atención sanitaria a la dependencia tiene básicamente los siguientes ámbitos de actuación:

1. Los procesos de dependencia, si bien en muchos casos pueden llegar a ser inevitables, sí pueden ser retrasados en el tiempo y reducidos en la intensidad.

Programas de prevención de enfermedades; de vacunaciones generalizadas; de promoción de hábitos saludables de vida: vida activa, actividades deportivas, ejercicios de mantenimiento físico, dieta saludable, etc.; realizar procesos de rehabilitación, etc., son instrumentos sin duda eficaces, cada vez más extendidos, pero que todavía hay que generalizar.

2. La detección precoz del Alzheimer y otras demencias, su tratamiento desde el inicio y el lograr el retraso de sus efectos, es uno de los objetivos fundamentales en este ámbito, dada la extensión que va adquiriendo, superando con creces los 400.000 enfermos.

Deberá ser el Sistema Nacional de Salud quien asuma la satisfacción de estas necesidades, impulsando, intensificando y generalizando programas, la mayoría de los cuales están ya diseñados en el «Plan Estatal sobre el Alzheimer y otras demencias», elaborado en 1999 pero todavía no aprobado, o impulsando seriamente los que han propuesto algunas Comunidades Autónomas, pero todavía con insuficiente cobertura y dotación de recursos.

3. Tanto por el INSALUD como por los Servicios de Salud de las CC.AA. con competencias transferidas, se han iniciado en los últimos años, aunque con distinta intensidad en cada ámbito territorial, determinados programas de apoyo a la desinstitucionalización de sus pacientes mayores, tales como: hospitales de día, la atención hospitalaria a domicilio y la ayuda a domicilio de carácter sanitario. Sin embargo, su nivel de implantación es aún limitado y debería incrementarse.

4. En lo que se refiere a las personas con minusvalía, menores de 65 años, gravemente afectados, igualmente el Sistema Nacional de Salud viene desarrollando programas de prevención perinatal, detección precoz, rehabilitación y tratamientos de apoyo, pero igualmente con notables carencias y limitaciones y sin homogeneidad en el conjunto del Estado. Por ello, habría que mejorar y generalizar los programas de atención, al menos a las personas con gran dependencia y dependencia grave.

5. El apoyo especializado desde el Sistema Nacional de Salud a los centros de servicios sociales, residencias y centros de día, tanto en profesionales como en programas de atención, equipamiento sanitario y material farmacéutico, es fundamental no sólo en términos de mejorar la calidad de atención sino de optimización del conjunto de los recursos públicos existentes en el Sistema de Protección Social.

En la actualidad este tipo de apoyo en muchos casos se viene prestando por la vía de hecho, en función de las buenas relaciones entre servicios públicos próximos o del talante y disponibilidad de sus gestores y profesionales. Sin embargo, en muchos casos esta colaboración o no existe, o es limitada o de carácter esporádica.

Procede por tanto la regulación y la protocolización de esas funciones de apoyo y colaboración estables.

6. Cada día es mayor el número de personas gravemente dependientes que necesitan un tipo de atención permanente de carácter socio-sanitaria y para los que ni los actuales centros residenciales ni los centros hospitalarios de larga estancia son adecuados.

Una posibilidad, sin duda compleja en su materialización pero que podría al menos ser iniciada con carácter experimental, sería el desarrollo de una red de centros, y/o módulos, de atención socio-sanitaria, para la atención de personas dependientes cronicadas, con unas necesidades de cuidados médicos de especial intensidad o especialización.

Este tipo de centros o módulos anexos a hospitales, a residencias de mayores o a centros de atención a minusválidos, de los que ya hay alguna experiencia en alguna Comunidad Autónoma, superaría el actual modelo de hospital de larga estancia en relación a las personas mayores, con una plantilla especializada en atención geriátrica y se diferenciaría a su vez de las actuales residencias asistidas y de los centros de atención a minusválidos, al tener una mayor y más diversa dotación sanitaria.

Estos centros deberían concebirse con cofinanciación compartida y gestión mixta de los presupuestos públicos de la Sanidad y de los Servicios Sociales y el ingreso en los mismos conllevaría la participación económica del usuario, en términos similares a lo que actualmente suponen las plazas residenciales públicas de servicios sociales.

7. Las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social, que tras los procesos de fusión y reordenación del sector han experimentado una notable mejora de sus recursos económicos, dotaciones y equipos, están infrautilizadas y desarrollan un papel poco activo en los procesos de rehabilitación de personas discapacitadas, que como consecuencia de esa carencia o insuficiencia de tratamiento pueden verse abocadas a situaciones permanentes de dependencia.

En la medida que por el Sistema Nacional de Salud se desarrollasen las vías de actuación indicadas, la presión sobre los servicios sociales disminuiría, la calidad de la atención sería mayor y se reducirían los costes de funcionamiento de los centros de atención a dependientes.

V. LOS COSTES DEL INCREMENTO DE LOS PROGRAMAS Y SERVICIOS DE ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA

a) Incremento de la cobertura de atención

Como ya se ha indicado, el incremento de los recursos destinados por parte de las tres Administraciones Públicas para los programas de personas dependientes se viene haciendo, aunque modestamente, ejercicio presupuestario tras ejercicio presupuestario. Sin embargo es imprescindible un cambio cualitativo en el crecimiento de esos recursos, para lograr unos niveles razonables de cobertura.

Los costes de las propuestas que a continuación se desarrollan tienen un carácter estimativo, en función de los siguientes criterios:

En lo que se refiere a costes de inversión y de funcionamiento, se han tomado como referencia mínima los costes medios de las subvenciones del IRPF y como referencia máxima los de las inversiones del IMSERSO y, aunque puede haber costes más bajos, se ha buscado siempre unas condiciones básicas de calidad.

En lo que se refiere a costes de personal, se han tomado como referencia costes medios y por tanto pueden haber diferencias de unos ámbitos autonómicos a otros y teniendo en cuenta la valoración que con carácter general hacemos de infradotación de plantillas, bajos salarios e insuficiente cualificación, los costes de personal deberían incrementarse.

En lo que respecta a las aportaciones de los usuarios, están generalizadas, aunque de forma no homogénea, en la mayor parte de los servicios y en la totalidad de los ámbitos autonómicos, por ello en una propuesta de financiación solvente, como la que presentamos, debe ser incluida con carácter general.

Sin embargo, al concebir el derecho a la atención a la dependencia como un derecho de ciudadanía, de carácter universal, no puede estar condicionado por la capacidad de aportación del usuario, por lo que el derecho a la atención debe prevalecer sobre cualquier otra consideración.

Por tanto, la aportación económica no puede ser homogénea y debe baremarse en función de la situación económica de cada persona, de manera que no suponga un quebranto económico para los pensionistas con pensiones bajas y que no dispongan de otro tipo de rentas; y lo mismo en lo que se refiere a las personas con discapacidad.

La imposibilidad de aportación o el carácter reducida de ésta, nunca será una dificultad para acceder a cualquier tipo de prestación o servicio; manteniéndose, como sucede en la actualidad en la mayoría de los casos, la carencia o insuficiencia de ingresos como un elemento fundamental en la baremación para el reconocimiento del derecho a la atención.

En todo caso las propuestas de aportación media de los usuarios que se hacen en cada programa, son de carácter indicativo, con la única finalidad de hacer una estimación razonable de costes y por ello pueden ser objeto de adecuada flexibilización en función de otros criterios de carácter socioeconómico en los procesos de negociación en los ámbitos autonómicos.

La propuesta de incremento de servicios y programas de atención a la dependencia, en función de los déficit señalados en el apartado III), sería básicamente la siguiente:

a.1. Personas dependientes mayores de 65 años

1.1. Creación de 32.012 nuevas plazas residenciales.

Esta medida tendría un coste de construcción y equipamiento de aproximadamente 160.060 millones de pts., si partimos de un coste medio de 5 millones de ptas/plaza, teniendo en cuenta la diversidad de costes entre unas y otras Comunidades Autónomas y siempre considerando la previa cesión de suelo gratuito por parte de las Administraciones Públicas.

Este esfuerzo de financiación debería ser asumido, además de por las Administraciones Públicas, por la iniciativa privada, lucrativa y no lucrativa, que podría recibir subvenciones de las Administraciones Públicas a través del Plan Gerontológico y del Programa del 0'52 del IRPF, en el caso de las no lucrativas. En el caso de percibir subvenciones, éstas llevarían aparejadas el compromiso de posterior concertación de las plazas.

En lo que se refiere a la inversión pública, para mantener, al menos, el mismo nivel de titularidad pública/privada que hay en la actualidad, 27% / 73%, las Administraciones Públicas (Comunidades Autónomas y Corporaciones Locales) tendrían que asumir la construcción de 10.086 plazas, con un coste estimado en 50.430 millones de pts.

El esfuerzo de financiación privada supondría la construcción de 21.926 plazas, con un coste estimado de 109.630 millones de pts.

Para calcular el incremento presupuestario en el ámbito público de los costes de funcionamiento de las nuevas plazas, hay que tener en cuenta que el coste bruto de una plaza residencial (sin repercusión de las amortizaciones de construcción y en su caso de adquisición del terreno) se puede estimar en 2 millones de pts/plaza/año, del que hay que deducir el importe de la aportación de los usuarios, que razonablemente se puede situar en torno a 945.000 pts/año, calculando el 75% de la actual pensión media de jubilación. Estimándose, por tanto, el coste neto de funcionamiento de cada plaza en 1.055.000 pts. y el total del gasto anual en 10.640 millones de pts.

1.2. Reconversión de plazas residenciales de válidas a asistidas.

Esta medida tendría un coste promedio que podría oscilar entre 500.000 y un millón de pts/plaza y teóricamente afectaría a un número estimado de 110.000 plazas.

Sin embargo no parece factible la reconversión de todas las plazas. Por ello habría que fijarse el objetivo de la reconversión, al menos de todas las plazas públicas, así como de las privadas que fueran objeto de concertación. Ello nos sitúa en una cifra aproximada de 76.050 plazas a reconvertir.

Ese coste debería ser sufragado por los titulares de los centros, y en el caso de las plazas privadas podrían acogerse a subvenciones del Plan Gerontológico y las entidades no lucrativas también a las subvenciones del 0'52 del IRPF.

Las subvenciones deberían contemplar, igualmente, medidas especiales de mejora de la calidad y la homologación de las plazas privadas que se encuentren en condiciones irregulares.

El coste de adaptación para el ámbito público se puede estimar en 19.541 millones de pts., a razón de 750.000 pts/plaza adaptada, teniendo en cuenta que la ratio de plazas públicas asistidas/validos, que es superior al ratio del ámbito privado, puede situarse en un 50%/ 50%, afectando, por tanto, a 26.055 plazas.

En el sector privado, aunque la reconversión teóricamente podría ser más amplia, ya que la ratio asistido/válido se puede considerar del 30%/70%, y podría llegar a afectar hasta 84.000 plazas, sin embargo parece más factible concentrarse en un primer periodo en las plazas susceptibles de concertación pública, por lo que en definitiva se trataría de reconvertir 28.699 plazas, con un coste estimado de 14.349 millones de pts., a razón de 500.000 pts/plaza adaptada.

El incremento de los costes anuales de funcionamiento de las plazas reconvertidas estaría en torno a un 33%.

El incremento de costes de funcionamiento para el ámbito público podría situarse en torno a 348.000 pts/año/plaza (según el cálculo de coste neto de plaza residencial/año indicado en el apartado anterior) y en definitiva el aumento del gasto total podría situarse en 9.067 millones de pts/año.

En el sector privado, en lo que respecta a las plazas ya concertadas con anterioridad, el incremento vendría garantizado por la revisión de la condición y precio de la plaza de válida a asistida. En el caso de que no estuvieran ya concertadas, la reconversión llevaría aparejada el compromiso público de posterior concertación, de una parte importante de las mismas.

1.3. Incremento de 49.995 plazas concertadas, para que la oferta pública llegara al 60% de las plazas existentes (incluyendo las de nueva construcción).

El criterio de concertación sería de forma preferente de las nuevas plazas residenciales creadas, así como las plazas de válidos reconvertidas en asistidas (21.296 y 28.699, respectivamente).

Este incremento de plazas públicas concertadas posibilitaría una reducción importante de las cargas económicas de aquellas personas dependientes y sus familias que están utilizando centros privados y obligaría a mejorar la calidad de estos centros, que para concertar deberían someterse a una homologación de calidad.

El coste de esta ampliación podría situarse en torno a los 52.744 millones de pts/año, tomando como media de coste neto de la plaza concertada 1.055.000 pts/año (en función de los costes brutos y netos indicados en un apartado anterior).

1.4. Incrementar en 150.483 los usuarios de ayuda a domicilio.

La deficiente calidad y la baja intensidad de la actual ayuda a domicilio, junto con los escasos niveles de cobertura, exigen un esfuerzo especial de mejora cualitativa, con más horas y más calidad del servicio, y con incremento sustancial de los usuarios de esta prestación.

Esta medida tendría un coste bruto promedio estimado en 52.000 pts/mes y 624.000 pts/año, en función de 40 horas mensuales y un coste hora estimado en media en toda España de 1.300 pts/hora. A este coste habría que deducirle la aportación del usuario, que hoy en muchos ámbitos territoriales, autonómicos y locales, aun estando establecida normativamente, no se cobra o se cobra de forma simbólica, incluso en función en determinadas ocasiones de intereses de clientelismo electoral.

La aportación del usuario podría ser del 25% del coste bruto, en torno a 13.000 pts/mensuales, lo que supondría que en definitiva el coste neto se quedaría en 70.486 millones de pts/año.

Este incremento cuantitativo y cualitativo de la ayuda a domicilio para nuevos usuarios, deberá ir acompañado de una mejora de los servicios que ya están reconocidos. El incremento de costes de esa mejora se puede compensar con una más eficiente ejecución de las aportaciones de los usuarios

1.5. Incrementar en 58.717 las plazas diurnas.

Esta medida tendría un coste bruto anual estimado de 900.000 pts/plaza. A este coste habría que deducirle la aportación del usuario, que podría situarse en un 40% de coste

bruto, 30.000 pts/mes. Esto supondría que, en definitiva, el coste neto ascendería a 31.707 millones de pts/año.

1.6. Incrementar en 71.640 los usuarios de teleasistencia.

Esta medida tendría un coste anual en torno a los 3.675 millones de pts/año. La deducción por aportación del usuario en este caso sería muy reducida.

1.7. Alcanzar 12.973 plazas de otros programas alternativos a la institucionalización.

En este grupo de programas se incluirían: viviendas tuteladas, estancias temporales, estancias en periodos de vacaciones, acogimientos familiares, acompañamiento domiciliario de 24 horas, etc.

Los costes de esta medida son más difíciles de obtener, ante la diversidad de servicios, pero podría estimarse un coste bruto promedio de 750.000 pts/plaza. Igualmente habría que deducir la aportación del usuario, que podría situarse razonablemente en un tramo del 50% al 75% del coste, según el tipo de servicio, por lo que en definitiva el coste total sería entre 4.864 y 7.296 millones de pts/año.

a.2. Personas dependientes menores de 65 años

2.1. Creación de 12.690 nuevas plazas residenciales

Esta medida tendría un coste de construcción y equipamiento de aproximadamente 50.700 millones de pts., sobre un coste medio de 4 millones de pts/plaza, considerando siempre la cesión de suelo gratuito por parte de las Administraciones Públicas.

Este esfuerzo de financiación debería ser asumido, además de por las Administraciones Públicas, por la iniciativa privada, lucrativa y no lucrativa, que podría recibir subvenciones de las Administraciones Públicas a través del Plan Integral de Acción para Personas con Discapacidad y del Programa del 0'52 del IRPF, en el caso de las no lucrativas.

Dada la importante implantación del movimiento asociativo en este colectivo, la construcción de las nuevas plazas se realizaría en un 70% por este sector, responsabilizándose la Administración Pública en el 30% restante.

En consecuencia, el coste de inversión pública en 3.807 nuevas plazas sería de 15.228 millones de pts. Para el sector privado, el coste de construcción de 8.883 nuevas plazas sería de 35.532 millones de pts.

El esfuerzo de financiación privada llevaría aparejado el compromiso público de posterior concertación de un número importante de las plazas.

El incremento presupuestario en el ámbito público de costes de funcionamiento de las 3.807 nuevas plazas, se puede estimar en 9.003 millones de pts., en función de un coste bruto anual por plaza de 3 millones de pts., a lo que habría que deducir el importe de la aportación de los usuarios, que razonablemente se puede situar en 635.000 ptas/año, el 75% de la PNC, con el complemento de gran discapacidad. Siendo en definitiva el coste neto por plaza de 2.365.000 pts. al año.

2.2. Incrementar en 5.000 el número de plazas concertadas.

Este incremento de plazas públicas concertadas posibilitaría una reducción importante de las cargas económicas de aquellas personas dependientes y sus familias que están utilizando centros privados y obligaría a mejorar la calidad de estos centros, que para concertar deberían someterse a una homologación de calidad.

El coste de esta ampliación podría situarse en torno a los 8.700 millones de pts/año, tomando como media de coste bruto de la plaza concertada en 2.375.000 pts/año, a lo que habría que restar los ingresos derivados de la aportación de los usuarios, que según lo indicado en el apartado anterior podría suponer 635.000 pts/año, por lo que el coste neto anual de la plaza ascendería a 1.740.000 pts.

2.3. Incrementar en 40.950 los usuarios de ayuda a domicilio.

Al igual que se ha indicado en el ámbito de las personas mayores, la deficiente calidad y la baja intensidad de la actual ayuda a domicilio para las personas con discapacidad, junto con los escasos niveles de cobertura, exigen un esfuerzo especial de mejora cualitativa, con más horas y más calidad del servicio, y con incremento sustancial de los usuarios de esta prestación.

Esta medida tendría un coste bruto promedio estimado en 52.000 pts/mes y 624.000 pts/año. A este coste habría que deducirle la aportación del usuario, que hoy en muchos ámbitos territoriales, autonómicos y locales no se cobra o se cobra de forma simbólica. La aportación de un 25% del coste, 13.000 pts/mensuales, podría suponer una reducción de 6.388 millones del coste antes indicado, por lo que en definitiva el coste neto se quedaría en 19.164 millones de pts/año.

También este incremento cuantitativo y cualitativo de la ayuda a domicilio para nuevos usuarios deberá ir acompañado de una mejora de los servicios que ya están reconocidos. El incremento de costes de esa mejora se puede compensar con una más eficiente ejecución de las aportaciones de los usuarios.

2.4. Incrementar en 20.160 las plazas diurnas.

Esta medida tendría un coste bruto anual de 900.000 pts/plaza. A este coste habría que deducirle la aportación del usuario, que podría situarse en un 40% de coste, 30.000 pts/mes. Esto supondría que en definitiva el coste neto se quedaría en 10.800 millones de pts/año.

a.3. Costes globales de los programas y centros públicos

a.3.1. Costes en el ámbito de las personas mayores de 65 años:

- De inversión : 118.152 millones de pts.
- De funcionamiento anual : 185.644 millones de pts. (al final del periodo)

a.3.2. Costes en el ámbito de las personas menores de 65 años:

- De inversión: 32.994 millones de pts.
- De funcionamiento anual: 47.616 millones de pts. (al final del periodo)

a.3.3. Costes totales:

- De inversión: 151.146 millones de pts.
- De funcionamiento anual: 233.260 millones de pts. (al final del periodo)

Los costes reseñados se refieren tanto al ámbito público, como a determinadas subvenciones públicas para inversiones del sector privado, como más adelante se detallará.

b) Periodificación del incremento de la cobertura asistencial

Las propuestas anteriores están hechas en función de la relación demanda/oferta actual y suponen las necesidades de cobertura de la demanda actual de personas con gran dependencia y dependencia grave.

En la medida en que en los próximos años se vaya incrementando el número de personas dependientes, habría que ir aumentando los recursos disponibles.

Sin embargo, la materialización del incremento de cobertura propuesto sólo es factible a medio plazo, en un proceso estimado de dos legislaturas, la actual y la futura, con 8 ejercicios presupuestarios, 2001-2008, ambos incluidos; periodo razonable para poner en

marcha nuevas infraestructuras, renovar parte de las existentes, poner en marcha servicios, formar profesionales y gestores, etc.

Por lo que, en definitiva, los costes indicados, tanto los que tienen carácter de inversión única como los programas de funcionamiento anual, tendrían que escalonarse en el tiempo, y su reflejo presupuestario debería iniciarse en el año 2001 e ir intensificándose paulatinamente en los años sucesivos, según un itinerario que más adelante se especificará.

Por último, aunque las propuestas indicadas tienen como objetivo prioritario la atención a las personas con gran dependencia y dependencia grave, no podemos obviar a las personas con dependencia media o ligera, para las que también habrá que ir incrementando la baja cobertura de servicios actualmente existente.

VI. LOS EFECTOS EN LA CREACIÓN DE EMPLEO DEL INCREMENTO DE LA COBERTURA DE PROGRAMAS Y SERVICIOS

Hay que destacar la importante traslación a nuevos empleos que se generarían con el crecimiento de los citados servicios, ya que estamos ante unos programas muy intensivos en mano de obra.

- Por cada 6 usuarios de Ayuda a Domicilio se crea, por término medio, un puesto de trabajo.

El incremento de 191.433 usuarios supondría la creación de 31.905 nuevos puestos de trabajo.

- Por cada 3 usuarios de Estancias Diurnas se crea un puesto de trabajo.

El incremento de 78.877 usuarios supondría la creación de 26.292 nuevos puestos de trabajo.

- Por cada 5 plazas residenciales asistidas, se crean dos puestos de trabajo.

El incremento de 44.702 plazas supondría la creación de 17.880 nuevos puestos de trabajo.

- Por cada 3 plazas residenciales para válidos, reconvertidas en plazas para asistidos, se crea por término medio un puesto de trabajo.

La reconversión de 76.050 plazas podría generar 23.350 nuevos puestos de trabajo.

- Por cada 115 usuarios de Teleasistencia se crea 1 puesto de trabajo.

El incremento de 71.640 usuarios supondría un incremento de 622 puestos de trabajo.

- En relación a otros programas de atención no institucionalizada, es difícil cuantificar la generación de empleo, pero es razonable pensar que para 12.973 nuevos usuarios se podrían generar en torno a 2.000 nuevos puestos de trabajo.

En definitiva, estaríamos ante un total aproximado de 104.049 nuevos empleos, al final del año 2008. Este importante volumen de nuevo empleo, lógicamente, supondría un menor gasto en prestaciones por desempleo, más ingresos por cotizaciones a la Seguridad Social, IVA e IRPF.

A este empleo directo, hay que sumar los importantes efectos que el incremento de programas y servicios de atención a la dependencia tendría en el impulso a la incorporación de mujeres cuidadoras a la actividad laboral, contribuyendo a incrementar las tasas de actividad de las mujeres en nuestro país, al liberarlas de las obligaciones de la atención cotidiana e intensa de sus familiares dependientes.

VII. LA COOPERACIÓN ENTRE LAS ADMINISTRACIONES PÚBLICAS EN LA FINANCIACIÓN Y GESTIÓN DE LA DEPENDENCIA

a) Las diversas vías de colaboración entre las Administraciones

La atención a la dependencia como nuevo derecho ciudadano debería configurarse como una nueva prestación del Sistema de la Seguridad Social, tal y como se ha regulado en algún Estado de la Unión Europea, lo que supondría un cambio cualitativo de gran importancia en nuestro sistema público de protección social. Esta propuesta es defendida por expertos y gestores del ámbito público y del privado, así como por especialistas del ámbito académico.

Es cierto que, como ya se ha indicado en la introducción, este tratamiento como una nueva prestación de la Seguridad Social tiene una cierta complejidad en su concreción, al tratarse de prestaciones de servicios sociales y socio-sanitarios, con competencias situadas en gran medida en el ámbito de las Comunidades Autónomas.

Efectivamente, el proceso de transferencias de los Servicios Sociales terminó en la pasada legislatura. Las transferencias sanitarias terminarán, previsiblemente, en la actual legislatura.

La responsabilidad básica en la atención de servicios sociales a las personas dependientes reside, por tanto, en las Comunidades Autónomas, que incluso en determinados casos han avanzado en el proceso de descentralización hacia las Corporaciones Locales, aunque en la mayoría de las Comunidades este proceso es aún muy incipiente.

En definitiva, tanto las Comunidades Autónomas como las Corporaciones Locales, como numerosas Diputaciones Provinciales, disponen de una red propia de equipamientos y programas: residencias, centros de día, ayuda a domicilio, teleasistencia, etc.

Por su parte, la Administración General del Estado cofinancia programas y actuaciones, en algunos casos gestionados de forma bilateral (Plan Gerontológico y Plan de Acción Integral para Personas con Discapacidad: IMSERSO-CC.AA.) o bien multilaterales ((teleasistencia: IMSERSO-FEMP-Municipios y Diputaciones; Plan Concertado: DGASMF-CC.AA.-Ayuntamientos).

A su vez, el 0'52 del IRPF para programas sociales, está financiando la construcción o adaptación de centros para discapacitados, residencias para mayores y centros de día, y en menor medida programas de ayuda a domicilio, teleasistencia y viviendas tuteladas y aunque está sometido al control del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales y cuenta con la consulta previa a las Comunidades Autónomas en su concesión, las subvenciones no responden a una planificación ordenada de demandas y recursos existentes en cada ámbito territorial.

En el siguiente cuadro se pueden ver las actuales líneas básicas de financiación:

PROGRAMA	FINANCIACIÓN
1. Centros para discapacitados, residencias para mayores y centros de día:	
Construcción/ adaptación	0'52 IRPF (MTAS.) Plan Gerontológico (MTAS- CC.AA.) Plan Discapacidad (MTAS-CC.AA.) Presupuestos propios (CC.AA.-CC.LL.)
Mantenimiento de plazas	Plan Gerontológico (MTAS-CC.AA.) Plan Discapacidad (MTAS-CC.AA.) Presupuestos propios (CC.AA.-CC.LL.)
2. Ayuda Domicilio	
Ayuda Domicilio	Plan Concertado (MTAS-CC.AA.-CC.LL.) 0'52 IRPF (MTAS) Presupuestos propios (CC.AA.-CC.LL.)
3. Teleasistencia	
Teleasistencia	Convenios IMSERSO-CC.LL. Presupuestos propios (CC.AA.-CC.LL.) 0'52 IRPF.(MTAS), sólo para Cruz Roja

Por otra parte, en los últimos años los presupuestos del INEM están financiando programas de inserción laboral en el ámbito local, que en mayor o menor medida podrían destinarse a la creación de empleo en los servicios sociales de ámbito local.

Nos encontramos, pues, con un marco de gestión y financiación complejo, que produce solapamientos y que no siempre resulta fácil ni transparente de gestionar por parte de las Administraciones Públicas.

En este contexto lo más razonable podría ser articular una fórmula mixta, en la que la atención a la dependencia fuera compartida por la Seguridad Social y por las Comunidades Autónomas y en la medida de lo posible por las Corporaciones Locales, mediante un nuevo procedimiento de gestión y financiación, con un Programa de Atención a la Dependencia, en el que la Administración General del Estado, a través de la Seguridad Social, debe desempeñar un papel claramente activo.

Esta función de la Seguridad Social se fundamenta en varios motivos.

En primer lugar, porque en el periodo de traspaso de competencias de servicios sociales a las Comunidades Autónomas, que ha durado 14 años (1982-1996), el Estado o no disponía de programas y equipamientos específicos para la atención a la dependencia o éstos eran muy limitados.

Por lo tanto, las CC.AA., especialmente las del art. 151 de la Constitución, primeras en recibir los traspasos, se han encontrado en los últimos años con la problemática de la dependencia, pero no han recibido ni recursos ni medios suficientes para prestar una atención adecuada a las demandas.

En segundo lugar, como ya se ha indicado, las necesidades y demandas de servicios y la oferta de los mismos, siendo globalmente muy insuficiente en el conjunto del país, es muy desigual entre unas Comunidades Autónomas y otras, por lo que el Estado debe asumir una función compensatoria general y reequilibradora en particular.

Por último, parece razonable que de mutuo acuerdo entre la Seguridad Social y las Comunidades Autónomas, se establezcan unos criterios básicos comunes para el reconocimiento de la situación de dependencia, el diseño de los programas, la fijación de los derechos y deberes de las personas dependientes, etc.

Pero tampoco parece razonable que la atención a la dependencia la asuma en solitario la Administración General del Estado, cuando las competencias de gestión de los servicios sociales y sanitarios están o van a estar próximamente traspasados. Por ello, se deben corresponsabilizar las Comunidades Autónomas y también las Corporaciones Locales, aportando en ambos casos los programas, equipamientos y recursos ya existentes.

En definitiva, parece imprescindible que cualquier actuación contemple a las tres Administraciones, ya que eludir a una de ellas tendría efectos negativos en la programación y optimización de recursos.

Lo coherente y deseable sería establecer un modelo de gestión y cofinanciación similar al Plan Concertado, con participación de la Seguridad Social, las Comunidades Autónomas y las Corporaciones Locales.

La financiación en lo que respecta a la Administración General del Estado debería realizarse con cargo a los Presupuestos Generales del Estado, al ser prestaciones de carácter universal.

Esta financiación de origen fiscal podría incorporarse a los presupuestos del Sistema de Seguridad Social, a través del IMSERSO, como entidad gestora de la Seguridad Social y anualmente se transferiría a las Comunidades Autónomas o en el marco de un programa específico de atención a la dependencia, articulado mediante convenios ad hoc o bien

sumándolas a las partidas correspondientes al Plan Concertado, Plan Gerontológico y Plan de Acción de las personas con discapacidad. También habría que contar con los recursos provenientes del 0'52 del IRPF.

La distribución de la financiación podría estructurarse de la siguiente manera:

- Los gastos de construcción y equipamiento de nuevas plazas residenciales, los de adaptación de plazas válidas en asistidas, los de mejora de la calidad residencial para la homologación del centro, los de adaptación de centros para programas de estancias diurnas y la adaptación o construcción de edificios para viviendas tuteladas, podrían cofinanciarse mediante los créditos del Plan Gerontológico y los del Plan de Acción para Discapacitados, tanto en lo que se refiere a plazas públicas como en la subvención parcial a plazas privadas destinadas a concertos.
- Las subvenciones del 0'52 del IRPF, aunque en mucha menor cuantía, también podrían contribuir a la cofinanciación de este tipo de inversiones a realizar por la iniciativa privada no lucrativa, destinadas a la concertación y siempre en el marco de una planificación ordenada y concertada de las subvenciones.
- El mantenimiento de las nuevas plazas residenciales concertadas, así como las plazas de centros de día y viviendas tuteladas concertadas con la iniciativa privada, podría obtener cofinanciación del Plan Gerontológico y del Plan de Acción para Discapacitados.
- El incremento de usuarios de ayuda a domicilio y de teleasistencia podrían obtener cofinanciación del Plan Concertado.

b) Escenario de financiación compartida

A continuación desarrollamos las bases generales de un posible escenario temporal de cofinanciación, en pesetas del año 2000, que consideramos solvente y posible, pero siempre con carácter indicativo y que por tanto podría ser matizado y perfilado de otra forma, en función de las negociaciones en el ámbito estatal o autonómico, o de otras circunstancias.

A) PROGRAMAS PARA MAYORES DE 65 AÑOS

AÑO	ACTUACIÓN	CUANTÍA / ADMINISTRACIÓN
2001	Construcción plazas públicas	2.500 m. S.S. / 2.500 CC.AA.
2002	Construcción plazas públicas	3.500 m. S.S. / 3.500 CC.AA.
2003	Construcción plazas públicas	4.215 m. S.S. / 4.215 CC.AA.
2004	Construcción plazas públicas	5.000 m. S.S. / 5.000 CC.AA.
2005	Construcción plazas públicas	5.000 m. S.S. / 5.000 CC.AA.
2006	Construcción plazas públicas	5.000 m. S.S. / 5.000 CC.AA.
2001	Construcción plazas privadas	1.000 m. S.S. / 1.000 CC.AA.
2002	Construcción plazas privadas	1.500 m. S.S. / 1.500 CC.AA.
2003	Construcción plazas privadas	2.000 m. S.S. / 2.000 CC.AA.
2004	Construcción plazas privadas	3.000 m. S.S. / 3.000 CC.AA.
2005	Construcción plazas privadas	3.500 m. S.S. / 3.500 CC.AA.
2006	Construcción plazas privadas	3.771 m. S.S. / 3.771 CC.AA.
2001	Construcción plazas privadas	0'52 IRPF 1.000 m.
2002	Construcción plazas privadas	0'52 IRPF 1.500 m.
2003	Construcción plazas privadas	0'52 IRPF 2.000 m.
2004	Construcción plazas privadas	0'52 IRPF 3.000 m.
2005	Construcción plazas privadas	0'52 IRPF 3.000 m.
2006	Construcción plazas privadas	0'52 IRPF 3.000 m.
* La financiación pública de la construcción de nuevas plazas privadas se situaría en el 33% de su coste.		
2001	Adaptación plazas públicas	2.000 m. S.S. / 2.000 CC.AA.
2002	Adaptación plazas públicas	2.000 m. S.S. / 2.000 CC.AA.
2003	Adaptación plazas públicas	3.000 m. S.S. / 3.000 CC.AA.
2004	Adaptación plazas públicas	2.975 m. S.S. / 2.975 CC.AA.
2001	Adaptación plazas privadas	0'52 IRPF 730 m.
2002	Adaptación plazas privadas	0'52 IRPF 1.000 m.
2003	Adaptación plazas privadas	0'52 IRPF 1.500 m.
2004	Adaptación plazas privadas	0'52 IRPF 1.500 m.

* La financiación pública de la adaptación de las plazas privadas se situaría en el 33% de su coste.

AÑO	ACTUACIÓN	CUANTÍA / ADMINISTRACIÓN
2003	Mantenimiento nuevas plazas públic.	500 m. S.S. / 500 CC.AA.
2004	Mantenimiento nuevas plazas públic.	1.225 m. S.S. / 1.225 CC.AA.
2005	Mantenimiento nuevas plazas públic.	2.000 m. S.S. / 2.000 CC.AA.
2006	Mantenimiento nuevas plazas públic.	3.000 m. S.S. / 3.000 CC.AA.
2007	Mantenimiento nuevas plazas públic.	4.000 m. S.S. / 4.000 CC.AA.
2008 y siguientes	Mantenimiento nuevas plazas públic.	5.320 m. S.S. / 5.320 CC.AA.
2002	Mantenimiento plazas adaptadas públic.	1.000 m. S.S. / 1.000 CC.AA.
2003	Mantenimiento plazas adaptadas públic.	2.000 m. S.S. / 2.000 CC.AA.
2004	Mantenimiento plazas adaptadas públic.	3.000 m. S.S. / 3.000 CC.AA.
2005 y siguientes	Mantenimiento plazas adaptadas públic.	4.534 m. S.S. / 4.534 CC.AA.
2001	Incremento conciertos residenc.	2.500 m. S.S. / 2.500 CC.AA.
2002	Incremento conciertos residenc.	5.000 m. S.S. / 5.000 CC.AA.
2003	Incremento conciertos residenc.	7.000 m. S.S. / 7.000 CC.AA.
2004	Incremento conciertos residenc.	10.000 m. S.S. / 10.000 CC.AA.
2005	Incremento conciertos residenc.	14.000 m. S.S. / 14.000 CC.AA.
2006	Incremento conciertos residenc.	18.000 m. S.S. / 18.000 CC.AA.
2007	Incremento conciertos residenc.	22.000 m. S.S. / 22.000 CC.AA.
2008 y siguientes	Incremento conciertos residenc.	26.372 m. S.S. / 26.372 CC.AA.
2001	Ayuda Domicilio	5.000 m. S.S. / 5.000 CC.AA. / 5.000 CC.LL.
2002	Ayuda Domicilio	7.500 m. S.S. / 7.500 CAAA / 7.500 CC.LL.
2003	Ayuda Domicilio	10.000 m. S.S. / 10.000 CC.AA. / 10.000 CC.LL.
2004	Ayuda Domicilio	13.000 m. S.S. / 13.000 CC.AA. / 13.000 CC.LL.
2005	Ayuda Domicilio	16.000 m. S.S. / 16.000 CC.AA. / 16.000 CC.LL.
2006	Ayuda Domicilio	19.000 m. S.S. / 19.000 CC.AA. / 19.000 CC.LL.
2007 y siguientes	Ayuda Domicilio	23.495 m. S.S. / 23.495 CC.AA. / 23.495 CC.LL.

AÑO	ACTUACIÓN	CUANTÍA / ADMINISTRACIÓN
2001	Estancias diurnas	2.000 m. S.S. / 2.000 CC.AA.
2002	Estancias diurnas	4.000 m. S.S. / 4.000 CC.AA.
2003	Estancias diurnas	6.000 m. S.S. / 6.000 CC.AA.
2004	Estancias diurnas	8.000 m. S.S. / 8.000 CC.AA.
2005	Estancias diurnas	10.500 m. S.S. / 10.500 CC.AA.
2006	Estancias diurnas	13.000 m. S.S. / 13.000 CC.AA.
2007		
sucesivos		15.853 m. S.S. / 15.853 CC.AA.
2001	Teleasistencia	1.000 m. S.S. / 500 CC.LL.
2002	Teleasistencia	1.500 m. S.S. / 750 CC.LL.
2003	Teleasistencia	2.000 m. S.S. / 1.000 CC.LL.
2004 y		
sucesivos	Teleasistencia	2.450 m. S.S. / 1.225 CC.LL.
2001	Otros programas	1.000 m. S.S. / 1.000 CC.AA.
2002	Otros programas	1.500 m. S.S. / 1.500 CC.AA.
2003	Otros programas	2.500 m. S.S. / 2.500 CC.AA.
2004 y		
sucesivos	Otros programas	3.648 m. S.S. / 3.648 CC.AA.

B) PROGRAMAS PARA PERSONAS MENORES DE 65 AÑOS

AÑO	ACTUACIÓN	CUANTÍA / ADMINISTRACIÓN
2001	Construcción plazas públicas	1.000 m. S.S. / 1.000 CC.AA.
2002	Construcción plazas públicas	2.000 m. S.S. / 2.000 CC.AA.
2003	Construcción plazas públicas	3.000 m. S.S. / 3.000 CC.AA.
2004	Construcción plazas públicas	1.614 m. S.S. / 1.614 CC.AA.
2001	Construcción plazas privadas	500 m. S.S. / 500 CC.AA.
2002	Construcción plazas privadas	1.000 m. S.S. / 1.000 CC.AA.
2003	Construcción plazas privadas	1.500 m. S.S. / 1.500 CC.AA.
2004	Construcción plazas privadas	2.000 m. S.S. / 2.000 CC.AA.

- La financiación pública de la construcción de nuevas plazas privadas se situaría en el 50% de su coste

2001	Construcción plazas privadas	0'52 IRPF: 750 m.
2002	Construcción plazas privadas	0'52 IRPF: 1.250 m.
2003	Construcción plazas privadas	0'52 IRPF: 2.000 m.
2004	Construcción plazas privadas	0'52 IRPF: 2.000 m.
2005	Construcción plazas privadas	0'52 IRPF: 1.766 m.

- * La financiación pública de la construcción de nuevas plazas privadas se situaría en el 50% de su coste

2003	Mantenimiento nuevas plazas públic.	500 m. S.S. / 500 CC.AA.
2004	Mantenimiento nuevas plazas	1.500 m. S.S. / 1.500 CC.AA.
2005	Mantenimiento nuevas plazas	3.000 m. S.S. / 3.000 CC.AA.
2006 y sucesivos	Mantenimiento nuevas plazas	4.501 m. S.S. / 4.501 CC.AA.
2001	Incremento de conciertos	1.000 m. S.S. / 1.000 CC.AA.
2002	Incremento de conciertos	2.000 m. S.S. / 2.000 CC.AA.
2003	Incremento de conciertos	3.000 m. S.S. / 3.000 CC.AA.
2004	Incremento de conciertos	3.500 m. S.S. / 3.500 CC.AA.
2005 y sucesivos	Incremento de conciertos	4.350 m. S.S. / 4.350 CC.AA.

AÑO	ACTUACIÓN	CUANTÍA / ADMINISTRACIÓN
2001	Ayuda Domicilio	1.000 m. S.S. / 1.000 CC.AA. / 1.000 CC.LL.
2002	Ayuda Domicilio	2.000 m. S.S. / 2.000 CA.AA. / 2.000 CC.LL.
2003	Ayuda Domicilio	3.000 m. S.S. / 3.000 CC.AA. / 3.000 CC.LL.
2004	Ayuda Domicilio	4.500 m. S.S. / 4.500 CC.AA. / 4.500 CC.LL.
2005	Ayuda Domicilio	5.500 m. S.S. / 5.500 CC.AA. / 5.500 CC.LL.
2006 y sucesivos	Ayuda Domicilio	6.388 m. S.S. / 6.388 CC.AA. / 6.388 CC.LL.
2001	Estancias diurnas	1.000 m. S.S. / 1.000 CC.AA.
2002	Estancias diurnas	2.000 m. S.S. / 2.000 CC.AA.
2003	Estancias diurnas	3.000 m. S.S. / 3.000 CC.AA.
2004	Estancias diurnas	4.000 m. S.S. / 4.000 CC.AA.
2005	Estancias diurnas	5.000 m. S.S. / 5.000 CC.AA.
2006 y sucesivos	Estancias diurnas	5.400 m. S.S. / 5.400 CC.AA.

C) RESUMEN DE LA DISTRIBUCIÓN DE LA FINANCIACIÓN

c.1. Programas para Mayores de 65 años

AÑO	SEG. SOCIAL	CC.AA.	CC.LL.	0'52 IRPF	TOTAL
2001	17.000 m.	16.500 m.	5.000 m.	1.730 m.	40.250 m.
2002	27.500 m.	26.750 m.	7.500 m.	2.500 m.	64.250 m.
2003	36.715 m.	35.715 m.	10.000 m.	3.500 m.	85.930 m.
2004	52.298 m.	51.073 m.	13.000 m.	4.500 m.	110.871 m.
2005	61.632 m.	60.407 m.	16.000 m.	3.000 m.	141.039 m.
2006	72.132 m.	70.907 m.	19.000 m.	3.000 m.	165.039 m.
2007	65.890 m.	64.755 m.	23.495 m.		154.230 m.
2008 y siguientes	81.672 m.	80.447 m.	23.495 m.		185.644 m.

c.2. Programas para menores de 65 años

AÑO	SEG. SOCIAL	CC.AA.	CC.LL.	0'52 IRPF	TOTAL
2001	4.500 m.	4.500 m.	1.000 m.	750 m.	10.750 m.
2002	9.000 m.	9.000 m.	2.000 m.	1.250 m.	21.250 m.
2003	14.000 m.	14.000 m.	3.000 m.	2.000 m.	33.000 m.
2004	17.114 m.	17.114 m.	4.500 m.	2.000 m.	40.728 m.
2005	17.850 m.	17.850 m.	5.500 m.	1.766 m.	42.966 m.
2006 y siguientes	20.639 m.	20.639 m.	6.338 m.		47.616 m.

c.3. Total gasto

AÑO	SEG. SOCIAL	CC.AA.	CC.LL.	0'52 IRPF	TOTAL
2001	21.500 m.	21.000 m.	6.000 m.	2.480 m.	50.980 m.
2002	36.500 m.	35.750 m.	9.500 m.	3.750 m.	85.500 m.
2003	50.715 m.	49.715 m.	13.000 m.	5.500 m.	118.930 m.
2004	69.412 m.	68.187 m.	17.500 m.	6.500 m.	155.599 m.
2005	79.482 m.	78.257 m.	21.500 m.	4.766 m.	184.005 m.
2006	92.771 m.	91.546 m.	25.338 m.	3.000 m.	212.655 m.
2007	86.619 m.	85.394 m.	29.833 m.		201.896 m.
2008 y siguientes	102.311 m.	101.086 m.	29.833 m.		233.260 m.

A los efectos de valorar adecuadamente lo que supone el incremento de gasto propuesto, en el siguiente cuadro lo relacionamos con su incidencia en el PIB:

AÑO	GASTO TOTAL	% PIB
2001	50.980 m.	0'05% (103 billones)
2002	85.500 m.	0'08% (106'1 b.)
2003	118.930 m.	0'10% (109'3 b.)
2004	155.599 m.	0'14% (112'5 b.)
2005	184.005 m.	0'16% (115'9 b.)
2006	212.655 m.	0'18% (119'4 b.)
2007	201.896 m.	0'16% (122'9 b.)
2008	233.230 m.	0'18% (126'7 b.)

* Las estimaciones de crecimiento del PIB es de un 3% anual.

En coherencia con el carácter estatal de este Programa de atención a la dependencia, se entiende que los criterios de distribución territorial de los recursos se haría en función de la relación demanda/oferta de cada Comunidad Autónoma, combinada, en la medida de lo posible, con factores de corrección por la capacidad de financiación de cada Comunidad Autónoma; todo ello acordado a través de la Conferencia Sectorial de Asuntos Sociales.

(Dada la importancia que en esta propuesta se le da a la Conferencia Sectorial de Asuntos Sociales, y en general por la importancia que tiene ese órgano de coordinación de políticas sociales, resulta necesario el reconocimiento de algún tipo de participación de Sindicatos y organizaciones empresariales en el funcionamiento de la misma, de forma similar al reconocimiento que hoy existe en el Comité Consultivo del Consejo Interterritorial de Salud.)

Como se ha reiterado a lo largo de esta propuesta, la cofinanciación de la atención a la dependencia tendrá que ir acompañada de la estrecha cooperación entre las tres Administraciones Públicas en el desarrollo de estos programas, superando algunas limitaciones actuales, en la que la Administración del Estado no va mucho más allá de consensuar los grandes objetivos y recibir unas memorias de ejecución, a menudo poco rigurosas o detalladas.

Habrà, pues, que establecer una nuevas formas de relación-cooperación entre las tres Administraciones, mediante una especie de «Contratos o Convenios Programa» en los que cada parte supiera con certeza sus obligaciones y compromisos, se establecieran de forma precisa objetivos cuantificables, así como eficaces instrumentos de control y evaluación.

VIII. MEJORAR LA GESTIÓN DE LA ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA

a) La distribución territorial de recursos

Como ya se ha indicado, además de los déficit generalizados que en materia de servicios de atención a la dependencia hay en todo el país, la distribución de los recursos y equipamientos sociales de atención a la dependencia entre unas y otras Comunidades Autónomas es desigual, originando desequilibrios territoriales.

Estas descompensaciones autonómicas, a menudo se reproducen en ámbitos territoriales menores: entre unos barrios y otros de las grandes capitales, entre unos y otros municipios, comarcas e incluso provincias.

Pero si en muchos casos no ha existido una adecuada planificación de los recursos en servicios sociales, tanto por parte de las Comunidades Autónomas como por parte de la Administración General del Estado, la implantación de los recursos privados ha sido totalmente espontánea, con concentración en algunos puntos y práctica inexistencia en otros.

En consecuencia, tal y como se ha indicado en el capítulo anterior, las propuestas que se han hecho de incremento de cobertura, deben aplicarse de manera equilibrada y compensatoria en el conjunto de las Comunidades Autónomas, estableciendo formas que igualmente garanticen un equilibrio de cobertura en ámbitos territoriales inferiores a Comunidad Autónoma.

En ese objetivo de equilibrio territorial habrá que prestar especial atención al ámbito rural, donde habrá que establecer algunos criterios correctores, dado el intenso proceso de envejecimiento que están experimentando en la mayoría de las Comunidades Autónomas.

b) La coordinación socio-sanitaria

En el impulso de programas de atención integral a las personas dependientes, la coordinación socio-sanitaria es una cuestión básica, a la hora de establecer el diseño y la gestión compartida de políticas, programas, protocolos, formación de profesionales, etc.

Como ya se ha indicado, en 1993 se inició en las 10 CC.AA. del art.143 de la Constitución, un proceso de coordinación socio-sanitaria, a partir de un convenio de colaboración entre el INSERSO y el INSALUD. La coordinación, aunque se planteaba con un carácter fuertemente experimental, dio resultados positivos en el tiempo que estuvo funcionando. Después de las transferencias del INSERSO a las citadas CC.AA., la experiencia de coordinación dejó en la práctica de funcionar, sin que hasta la fecha se haya retomado.

En las Comunidades Autónomas del art. 151, a pesar de disponer desde hace más de una década de las competencias del INSALUD y del INSERSO, salvo en el caso de alguna Comunidad Autónoma, la coordinación socio-sanitaria en términos generales tampoco ha sido posible.

Avanzar en la coordinación socio-sanitaria exige, además de las medidas indicadas en el capítulo IV, desarrollar los criterios elaborados en los años 1998 y 1999 por la Comisión de trabajo de la Conferencia Sectorial de Asuntos Sociales y el Consejo Interterritorial de Salud, que actualizaban, ampliaban y mejoraban el contenido del Convenio INSERSO-INSALUD de 1993.

c) La coordinación y colaboración entre el ámbito público y el privado

La optimización de los recursos sociales y socio-sanitarios, la distribución territorial equilibrada de los mismos, las garantías de calidad básica para todos los ciudadanos y la propia seguridad para los gestores y responsables de la iniciativa privada, incluyendo bajo este concepto a ONGs, fundaciones, empresas de economía social, órdenes religiosas, empresas mercantiles, etc., exigen unas vías estables de coordinación y colaboración entre las Administraciones Públicas y la iniciativa privada.

La programación de las prioridades, la determinación de las inversiones a realizar y la extensión de los programas y servicios a prestar tienen que ser pactadas de manera articulada.

En primer lugar, habrá que establecer los objetivos, indicadores y criterios básicos a nivel del Estado, a través de la Conferencia Sectorial de Asuntos Sociales y del Consejo Interterritorial de Salud.

En segundo lugar esta programación debe ser desarrollada en el ámbito de cada Comunidad Autónoma en colaboración con sus propias Corporaciones Locales.

A partir de ese acuerdo básico del ámbito público, hay que trasladar esas prioridades a la iniciativa privada, para que conozca directamente y con suficiente antelación, cuáles son las pautas de actuación de la Administración y los criterios que se van a tener en cuenta a la hora de la colaboración y concertación de servicios.

Esa coordinación y colaboración entre la Administración y el sector privado debe incluir los criterios para la homologación de centros y servicios, las normas básicas de calidad y las formas de control e inspección.

En lo que se refiere a los centros residenciales, es especialmente importante plantearse unos criterios básicos de programación/ordenación del sector público y privado.

De esta manera se podría evitar la construcción no ordenada de centros, especialmente los promovidos por corporaciones locales pequeñas y también de centros privados que a menudo tienen unas dimensiones o características inadecuadas, sin posibilidades de mantenimiento y de gestión eficiente, sin estudios rigurosos de viabilidad y permanencia a medio y largo plazo, con ubicación geográfica a veces poco afortunada, etc.

Por otra parte, las Administraciones Autonómicas deben ser más exigentes en las tareas de control de los servicios y centros privados, tanto en lo que se refiere a la homologación en el momento del inicio de los servicios como en el seguimiento del funcionamiento de los mismos.

Lo anterior no es incompatible con establecer medidas y procedimientos de apoyo a aquellos centros que, sin cumplir los requisitos de homologación y calidad, estén dispuestos a esa homologación, evitando medidas sancionadoras o de cierre de los mismos.

Periódicamente se tratará en los órganos de participación institucional autonómicos, con las organizaciones sindicales y empresariales y con las organizaciones sociales representativas de las personas mayores y de las personas con discapacidad, las medidas y propuestas a adoptar en la coordinación y planificación de los recursos sociales.

d) La concertación de programas

Reiteradamente en este documento de propuestas de atención a la dependencia, se ha resaltado que la responsabilidad de la misma corresponde a las Administraciones Públicas y deben ser éstas a partir de sus propios recursos quienes de forma prioritaria garanticen esa gestión.

Lo anterior no es óbice para que de manera complementaria se recurra a la concertación con la iniciativa privada.

La concertación, aunque está siendo una forma de colaboración entre el ámbito público y el privado con resultados positivos para incrementar los niveles de cobertura, sin embargo se deben mejorar las formas y criterios de su realización, perfeccionando los mecanismos por las que se rige:

- Establecer unas exigencias técnicas que garanticen una buena atención a los usuarios, mediante una plantilla e instalaciones suficientes y un funcionamiento adecuado.
- Fijar unos precios de referencia que permitan una atención de calidad.
- A partir de lo anterior, exigir de manera rigurosa el cumplimiento de los pliegos técnicos del concierto.

- Hacer un control anual del grado de cumplimiento de las condiciones del concierto, incluyendo la consulta a los usuarios y representantes sindicales del centro.
- Los conciertos deberán compaginar estabilidad y seguridad para las empresas o entidades concertantes y el que la Administración disponga de mecanismos ágiles y efectivos para revisar o rescindir el concierto de manera urgente por razones justificadas.
- Las Administraciones Públicas, siempre que cumplan adecuadamente las prescripciones técnicas, deberían priorizar la concertación con las entidades sin afán de lucro, ONGs, fundaciones, órdenes religiosas, o con empresas de la economía social.
- Anualmente se informará en los órganos de participación institucional a los representantes de las organizaciones sindicales y empresariales y a las organizaciones sociales representativas de las personas mayores y de las personas con discapacidad, sobre el seguimiento y control de la acción concertada.

En el control de la acción concertada hay que prestar especial atención, tanto al inicio del concierto como con al menos una inspección anual, a las cuestiones referidas a la plantilla, tanto en lo que se refiere a una cobertura adecuada, a un perfil idóneo y a una formación profesional cualificada y continua, y en general a unas condiciones de trabajo satisfactorias en lo que se refiere a salario, jornada y estabilidad en el empleo.

e) Mejorar, racionalizar y optimizar los recursos

En la atención a la dependencia no sólo se trata de generalizar o mejorar programas de atención. También hay que abordar medidas de mejora, racionalización y optimización de lo ya existente.

- Hay que adecuar de manera rigurosa la utilización de los servicios y equipamientos en función del perfil del usuario, estableciendo fórmulas de «ventanilla única» de los servicios socio-sanitarios.
- En estrecha relación con lo anterior, hay que mejorar los baremos de acceso a los programas y el perfil de los usuarios de cada servicio o programa.
- La ayuda a domicilio necesita una profunda reforma para mejorar su calidad y para responder adecuadamente a su finalidad.

Para ello resulta imprescindible realizar, en estrecha colaboración con las Corporaciones Locales, una protocolización que fije el perfil básico del usuario, establezca las actuaciones básicas y el tiempo de la atención, defina el perfil profesional y garantice la formación de los prestadores de servicios.

- Hay que tender, de forma consensuada, a una mínima homogeneización por parte del conjunto de las CC.AA. de los criterios de aportación del usuario en la financiación de los distintos programas.
- La optimización supone también la utilización de los recursos humanos disponibles a través del voluntariado, en tareas de apoyo para determinadas actividades.

f) El «cheque servicio»

Una fórmula de gestión y cofinanciación de la dependencia, ya existente en otros países y que se está iniciando en alguna Comunidad Autónoma, es el «cheque servicio». La corta experiencia actual no permite hacer valoraciones definitivas al respecto, pero sí avanzar algunas primeras consideraciones.

En primer lugar, CC.OO., desde una posición básica de que la atención a la dependencia debe realizarse por las Administraciones Públicas, considera que el «cheque servicio» no puede ser la fórmula general de prestación de servicios, sino una fórmula más a tener en cuenta.

El cheque servicio combina la aportación pública, la del usuario y la de su familia, por lo que en definitiva, a través de un mayor esfuerzo de contribución de la sociedad, se reduce el coste público por usuario y permite ampliar la cobertura. Por ello, tras el impulso preferente del cheque servicio, puede haber riesgos evidentes de congelación o ralentización del gasto público en política social.

Pero también es cierto que ésta puede ser una fórmula dirigida a las personas dependientes con niveles de rentas, propias o de su familia, medianas o altas.

El cheque servicio puede estimular la competencia del ámbito privado, que así se ve obligado a mejorar su calidad media, fomenta la aparición de nuevas ofertas y, como debe dirigirse siempre a la compra de servicios, es un instrumento de generación de empleo.

El cheque servicio podría sustentarse sobre un baremo flexible, en el que, como tendencia general, la Administración cofinanciaría un tercio del coste del servicio o programa, la familia del usuario o el propio usuario con sus recursos otro tercio, y la pensión del usuario contribuiría con el tercio restante.

El control de la eficacia y calidad del cheque servicio, en base a las experiencias positivas y negativas de otros países de la UE, es el aspecto crucial de esta modalidad de gestión.

En primer lugar exigiría que sólo podría hacerse efectivo su cobro por parte de la empresa o entidad prestadora del servicio y nunca tendría el carácter de ingreso del

usuario o de su familia. Por otra parte, las entidades o empresas prestadoras de los servicios tendrían que estar homologadas, mediante registro, autorización y cualificación por la Administración, que tendrá que hacer periódicamente la inspección y evaluación de la atención dispensada.

En todo caso, la implantación del cheque servicio tendría que ser muy paulatina, con un seguimiento muy estrecho de su realización, evaluando sus resultados y siempre como fórmula secundaria y/o complementaria de gestión de servicios de atención a la dependencia y sin que suponga la coartada para no realizar los incrementos presupuestarios necesarios.

IX. SEGUIMIENTO, CONTROL Y EVALUACIÓN DE LAS PROPUESTAS

Como se ha reiterado, las propuestas realizadas exigen la participación y coordinación de todas las Administraciones Públicas, del ámbito sanitario y de servicios sociales, del sector público y del privado.

Además, los objetivos de incremento de cobertura tienen un marco de referencia para su ejecución de diversos ejercicios presupuestarios.

Todo ello exige establecer mecanismos de seguimiento, control y evaluación así como instrumentos de coordinación y participación social en su desarrollo.

Las organizaciones sociales que fueran firmantes del Acuerdo, sindicatos y empresarios, junto con la Administración General del Estado, deberán realizar un control, seguimiento y evaluación periódica de su cumplimiento.

El Consejo Estatal de Mayores y el Consejo Estatal de Personas con discapacidad, participarán igualmente en el seguimiento periódico de su cumplimiento y en la elaboración de propuestas para su mejor realización.

La Conferencia Sectorial de Asuntos Sociales y el Consejo Interterritorial de Salud deberán ser los órganos máximos de impulso, coordinación y evaluación de las propuestas.

El Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, deberá coordinar la realización anual de un informe de grado desarrollo, con indicadores precisos de cumplimiento de cada uno de los objetivos.

El Congreso de los Diputados y el Consejo Económico y Social recibirán de forma preceptiva estos informes, para su conocimiento y valoración.