

# INFORME DEPENDENCIA

*Julio 2018*

**DEPARTAMENTO DE  
RELACIONES LABORALES**

**ceoe**

CONFEDERACIÓN ESPAÑOLA DE  
ORGANIZACIONES EMPRESARIALES

## ÍNDICE

I.- INTRODUCCIÓN.....	3
II.- LA LEY DE PROMOCIÓN DE LA AUTONOMÍA PERSONAL Y ATENCIÓN A LAS PERSONAS EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA (LAPAD).....	5
III.- CARACTERÍSTICAS DE LA LEY DE PROMOCIÓN DE LA AUTONOMÍA PERSONAL Y ATENCIÓN A LAS PERSONAS EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA (LAPAD) .....	11
IV.- CONSIDERACIONES SOBRE LA NORMATIVA DE DESARROLLO Y MODIFICACIÓN DE LA LEY DE PROMOCIÓN DE LA AUTONOMÍA PERSONAL Y ATENCIÓN A LAS PERSONAS EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA (LAPAD).....	13
V.- ESTADO ACTUAL DE LA APLICACIÓN DE LA LEY DE PROMOCIÓN DE LA AUTONOMÍA PERSONAL Y ATENCIÓN A LAS PERSONAS EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA (LAPAD) .....	22
VI.- PROPUESTAS QUE SE FORMULAN PARA LA ACTUALIZACIÓN, REVISIÓN Y MEJORA DEL SISTEMA DE ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA.....	29
VI.1. NUEVO MODELO DE FINANCIACIÓN Y SUS FUENTES .....	29
VI.2. PRESTACIÓN ECONÓMICA VINCULADA AL SERVICIO.....	31
VI.3. SISTEMA HOMOGÉNEO DE ACREDITACIÓN DE ENTIDADES, PROFESIONALES Y SERVICIOS .....	33
VI.4. ATENCIÓN CENTRADA EN LA PERSONA .....	34
VI.5. DESARROLLO DE LA COLABORACIÓN PÚBLICO-PRIVADA.....	34
VI. 6. GESTIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA. PROFESIONALIZACIÓN DE LOS AGENTES IMPLICADOS .....	38
VI.7. COORDINACIÓN SANITARIA REAL Y EFECTIVA .....	38
VI.8. IMPULSO A LOS SERVICIOS DE AUTONOMÍA PERSONAL.....	44
VI.9. MEJORA DE LOS SISTEMAS DE VALORACIÓN.....	45
VI.10. MODELOS DE CONTRATACIÓN PÚBLICA EN EL SECTOR DE LA DEPENDENCIA.....	45
VI.11. TRATAMIENTO DEL IVA .....	46
VI.12. ASEGURAMIENTO DE LA DEPENDENCIA .....	47
VII. RESUMEN EJECUTIVO DE PROPUESTAS.....	49

## I.- INTRODUCCIÓN

El 15 de diciembre de 2006 se publicó, en el BOE, la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia (en adelante, LAPAD), que había sido aprobada, por amplia mayoría, el 30 de noviembre anterior por el Congreso de los Diputados.

Conocida habitualmente como la Ley de Dependencia, era el resultado de un largo análisis y trabajo previo, recogido, en gran parte, en el denominado Libro Blanco de la Dependencia, así como de la activa participación de los interlocutores sociales y los diferentes grupos políticos, lo que se tradujo en esa amplia mayoría política que le dio su respaldo en el Congreso.

El Informe sobre las Personas Mayores publicado ese año por el IMSERSO, aunque con datos referidos, en general, al año 2005, destacaba que el 16,6% de la población española se correspondía con personas mayores de 65 años: 7.332.267 personas que constituían el grupo poblacional englobado en el concepto de Personas Mayores.

Igualmente se señalaba en el citado Informe que *“en unos años la cifra de personas mayores se elevará desorbitadamente cuando la población nacida durante el baby-boom llegue a esa etapa vital”*, fundamentando esa afirmación en las previsiones sobre la mejora de la esperanza de vida, la natalidad y la evolución futura de la migración exterior, proyecciones e hipótesis compartidas por los Organismos Internacionales y, en correspondencia, con la evolución esperada en la población de los países industrializados.

Siempre según el mencionado Informe, en el año 2020 casi una de cada cinco personas en España tendría más de 65 años y para el año 2050 prácticamente una de cada tres habría alcanzado o superado esa edad.

España se sitúa, así como uno de los países más envejecidos y se consolidará en esa posición en los años venideros, especialmente teniendo en cuenta que, dentro del grupo de las personas mayores de 65 años, tendrá lugar un importante crecimiento de aquellas que habían alcanzado o superaban la edad de 80 años. En 2005 los mayores de 80 años representaban el 4,3% de la población total y, previsiblemente, superarían el 11% de esa población en el año 2050.

Junto a estos datos poblacionales absolutos destacaba también el número de Personas Mayores que tenían dificultades para desarrollar las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) y que, en consecuencia, en mayor o menor medida, precisaban de la asistencia de terceros. Personas que, en definitiva, presentaban algún grado de dependencia para llevar adelante una vida corriente.

El Libro Blanco de la Dependencia estimaba que, en el año 2005, casi 1.900.000 personas mayores de 65 años presentaban algún grado de dependencia o precisaban ayuda para realizar tareas domésticas o alguna de las ABVD, cifra que coincide aproximadamente con la que se recoge en el Informe antes reseñado del IMSERSO en el que se señalaba como *“un 26,5% de las personas de 65 y más años no pueden o necesitan ayuda para realizar una o varias de las actividades de la vida diaria”*, esperándose que estas tasas aumentaran con el transcurso de los años, si bien es cierto que el Libro Blanco apuntaba en sus previsiones una tendencia a que se produjera *“una reducción de la prevalencia de las situaciones de dependencia por grupos de edad, como consecuencia de la mejora de los niveles de salud, la mayor conciencia de la población sobre la conveniencia de desarrollar hábitos saludables y las actuaciones preventivas”*.

**Tabla 1**  
**La Población Mayor en España en 2005**  
**Datos demográficos, dependencia y discapacidad**

	<b>Población de 65 a 79 años</b>	<b>Población de más de 80 años</b>	<b>Totales</b>	<b>Total Nacional</b>
<b>Absolutos</b>	5.429.048,00	1.903.219,00	7.332.267,00	44.108.530,00
<b>Gran Dependencia</b>	47.300,00	116.034,00	163.334,00	194.508,00
<b>Dependencia Severa</b>	110.090,00	182.015,00	292.105,00	370.603,00
<b>Dependencia Moderada</b>	216.034,00	155.078,00	371.112,00	560.080,00
<b>Discapacidad Moderada</b>	287.765,00	219.605,00	507.370,00	798.967,00
<b>Discapacidad Leve</b>	322.876,00	231.158,00	554.034,00	858.433,00

Fuente: IMSERSO. Las Personas Mayores en España. Informe 2006

## **II.- LA LEY DE PROMOCIÓN DE LA AUTONOMÍA PERSONAL Y ATENCIÓN A LAS PERSONAS EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA (LAPAD)**

La Exposición de Motivos de la LAPAD es una verdadera declaración de intenciones, tanto de la oportunidad de la Ley, de su justificación como de los objetivos que con ella se persiguen, los cuales se ven intensamente plasmados en su articulado (contenido).

Como punto de partida se señala que *“la atención a las personas en situación de dependencia y la promoción de su autonomía personal constituye uno de los principales retos de la política social de los países desarrollados”*. Atender las necesidades de las personas dependientes y reconocer sus derechos en un marco de profundos cambios demográficos y sociales se ha convertido *“en un reto ineludible para los poderes públicos, que requiere una respuesta firme, sostenida y adaptada al actual modelo de nuestra sociedad”*.

Reconociendo que el sistema de “apoyo informal”, base tradicional de la atención a las personas en situación de dependencia, está sufriendo serias dificultades para su proyección futura, aún con la importante contribución que realizan las entidades sociales del Tercer

Sector, se hace necesario que, por parte de los poderes públicos, se consolide un Sistema Público de Atención a la Dependencia como *“uno de los instrumentos fundamentales para mejorar la situación de los servicios sociales en nuestro país, respondiendo a la necesidad de la atención a las situaciones de dependencia y a la promoción de la autonomía personal, la calidad de vida y la igualdad de oportunidades”*.

El objetivo de la Ley es, por tanto, doble: evitar y/o retrasar la aparición de situaciones de dependencia mediante medidas de promoción de la autonomía personal y, para cuando las personas ya se encuentren en situación de dependencia, arbitrar y proporcionarles los recursos humanos, materiales y financieros adecuados a sus específicas necesidades.

La Ley no desconoce el marco competencial existente, un marco en el que la competencia en materia de Servicios Sociales se encuentra transferida a las Comunidades Autónomas. Por ello, se destaca la necesidad de que el Sistema de Atención a la Dependencia, esta *“nueva modalidad de protección social que amplía y complementa la acción protectora del Estado y del Sistema de la Seguridad Social”*, cuente con *“un compromiso y una actuación conjunta de todos los poderes e instituciones públicas, por lo que la coordinación y cooperación con las Comunidades Autónomas es un elemento fundamental”*, siendo imprescindible la puesta en marcha de mecanismos de coordinación que den respuesta a los múltiples desafíos que el nuevo sistema plantea.

La valoración adecuada de la Ley de Dependencia precisa realizar un análisis, aunque sea somero, para poder determinar sus aportaciones fundamentales y poder evaluar sus logros y carencias, muchas de las cuales ya se manifestaban desde su origen.

Entre los elementos esenciales de la Ley, que al mismo tiempo se convierten en los objetivos de este *“modelo innovador, integrado, basado en la cooperación interadministrativa y en el respeto a las competencias”*, destacan los siguientes:

1. A las personas en situación de dependencia se les reconoce el derecho, derecho subjetivo, a acceder a las prestaciones y servicios establecidos en la LAPAD.
2. De ahí que, con carácter especial, tengan derecho a iniciar las acciones judiciales y administrativas que consideren oportunas en defensa de tal derecho; es decir, para que efectivamente se les reconozca, garantice y asegure su acceso a las prestaciones y servicios que les correspondan según su situación de dependencia.
3. Ese derecho subjetivo se configura como un derecho universal que se disfrutará en condiciones de igualdad, recibiendo una atención integral, asegurando su participación, y respetando su capacidad de decisión, con criterios de equidad que garanticen la igualdad efectiva, con independencia del lugar del territorio del Estado español en el que residan y mediante la colaboración de los servicios sanitarios y sociales.
4. El Sistema de Atención a la Dependencia se configura como un sistema sin limitación presupuestaria, ya que dispondrá de la financiación suficiente para garantizar el cumplimiento de las obligaciones de las Administraciones Públicas competentes. *“La financiación vendrá determinada por el número de personas en situación de dependencia y de los servicios y prestaciones previstos en esta Ley, por lo que la misma será estable, suficiente, sostenida en el tiempo y garantizada mediante la corresponsabilidad de las Administraciones Públicas”* y se determinará anualmente en los Presupuestos.

La Administración General del Estado garantizará la financiación a las Comunidades Autónomas para el desarrollo del nivel mínimo de protección para las personas (nivel mínimo que será establecido por el Gobierno).

La aportación de las Comunidades Autónomas será, al menos, igual a la de la Administración General del Estado.

Se establece un sistema de copago de manera que los beneficiarios de las prestaciones y servicios participen en su financiación, que se ajustará en función del tipo y coste del servicio y la capacidad económica del beneficiario.

5. Los principios de igualdad establecidos en la Ley con independencia del lugar de residencia en el territorio español no impiden que se establezcan tres niveles de protección del sistema que, en parte, rompen con ese principio de igualdad:

- a. El nivel de protección mínimo que será establecido por la Administración General del Estado.
  - b. El nivel de protección que se derive de los acuerdos entre la Administración General del Estado y cada una de las Comunidades Autónomas.
  - c. El nivel adicional de protección que pueda establecer cada Comunidad Autónoma.
6. La Ley fija tres grados de dependencia: moderada (Grado I), severa (Grado II) y gran dependencia (Grado III), que deberán ser valorados en el caso particular de cada persona con arreglo a un baremo y unos procedimientos que la Ley no define y que remite a los acuerdos que se adopten en el Consejo Territorial de Servicios Sociales y del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia con la participación de la Administración General del Estado y las Consejerías autonómicas competentes, y deja al criterio de las Comunidades Autónomas la determinación y/o creación de los órganos que deberán llevar a cabo las valoraciones.
7. Los Grados de Dependencia, que podrán ser revisados bajo determinadas circunstancias, debiendo concretar el servicio o prestación a la que se tendrá derecho, de entre los servicios y prestaciones que la Ley determina:
- a. Servicios de Prevención, siendo destacable la declaración de que se desarrollarán “mediante el desarrollo coordinado, entre los servicios sociales y de salud” de actuaciones y de programas.
  - b. Servicio de Teleasistencia
  - c. Servicio de Ayuda a Domicilio
  - d. Servicio de Centro de Día y de Noche.
  - e. Servicio de Atención Residencial.
  - f. Prestación Económica Vinculada al Servicio (PEV's).
  - g. Prestación Económica para Cuidados en el Entorno Familiar y Apoyo a Cuidadores No Profesionales.
  - h. Prestación Económica de Asistencia Personal.



8. Es relevante destacar cómo la Ley señala que *“los servicios ... tendrán carácter prioritario”, que “de no ser posible la atención mediante alguno de estos servicios, ... se incorporará la prestación económica vinculada”, y que “el beneficiario podrá, excepcionalmente, recibir una prestación económica para ser atendido por cuidadores no profesionales”. Se configura así la atención a la dependencia como una atención prestada a través de la Red de Servicios del Sistema (Artículo 16), y únicamente cuando ello no fuera posible, por la inexistencia de una oferta suficiente de servicios, la atención se prestaría mediante una prestación económica dirigida a que el beneficiario pudiese acceder a servicios no pertenecientes a dicha Red. Sólo en casos excepcionales los Programas Individuales de Atención podrían contemplar prestaciones económicas no vinculadas a un servicio.*
9. No menos importante es la atención que la Ley presta a la profesionalización de la atención a las personas en situación de dependencia, incidiendo en la necesidad de promover los necesarios programas y acciones formativas, la colaboración entre las diferentes Administraciones y de éstas con Universidades e Interlocutores sociales y la declaración de intenciones que debería plasmarse en la determinación de *“las cualificaciones profesionales idóneas para el ejercicio de las funciones que se correspondan con el Catálogo de servicios regulado”*.
10. La Ley no desconoce el marco competencial, por lo que, a fin de hacer efectivos los derechos que se establecen y la necesaria coordinación entre las Administraciones Públicas afectadas, crea el Consejo Territorial de Servicios Sociales y del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, al que se atribuyen competencias para todo lo que afecta al desarrollo práctico de las cuestiones que la Ley precisa para su real aplicación: baremos y procedimientos de valoración de la dependencia, condiciones y cuantía de las prestaciones económicas, participación de los usuarios en la financiación del sistema, criterios de acreditación de centros y planes de calidad del sistema, etc.
11. La Ley crea también un Comité Consultivo en el que deberá existir representación de las diferentes Administraciones Públicas, Estado, Comunidades Autónomas y Entidades Locales, así como de organizaciones empresariales y sindicales.

12. Por último, se recogen determinadas cuestiones de importancia en Disposiciones Adicionales y/o Finales:

- a. Reglamentariamente el Gobierno determinará la incorporación a la Seguridad Social de los cuidadores no profesionales en el Régimen que les corresponda.
- b. Con el fin de facilitar la cofinanciación por los beneficiarios de los servicios que se establecen en la presente Ley, se promoverá la regulación del tratamiento fiscal de los instrumentos privados de cobertura de la dependencia.
- c. Aunque la entrada en vigor de la Ley se produciría el 1 de enero de 2007, su aplicación debería llevarse a cabo de manera progresiva, no alcanzando toda su extensión hasta 1 de enero de 2014, e iniciando su implantación por las personas dependientes de mayor grado.

Como puede observarse, la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia constituía así un extraordinario avance para la atención a estas personas al garantizarles, de manera efectiva, todos los derechos y atenciones que les correspondían con un marco estable de recursos y servicios, haciendo efectivo un sistema de servicios sociales de calidad:

- a) Estableciendo un derecho de carácter subjetivo y universal.
- b) Garantizando una financiación del sistema acorde a sus necesidades.
- c) Fijando la participación del usuario en la financiación del sistema.
- d) Poniendo en funcionamiento una Red de Servicios para la promoción de la autonomía y la atención a la dependencia.
- e) Priorizando la prestación de servicios a los ciudadanos, a los que sólo de manera excepcional y temporal se les asignaría una prestación económica.
- f) Actuando de manera preventiva para limitar la aparición de la dependencia.
- g) Profesionalizando la atención a las personas dependientes mediante la formación y cualificación de los profesionales.
- h) Asegurando la calidad de los centros y servicios a través de procesos de acreditación.

- i) Implicando al conjunto de las Administraciones y coordinando, especialmente, las actuaciones de los Sistemas de Servicios Sociales y de Salud para prestar una atención integral.

### **III.- CARACTERÍSTICAS DE LA LEY DE PROMOCIÓN DE LA AUTONOMÍA PERSONAL Y ATENCIÓN A LAS PERSONAS EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA (LAPAD)**

Sin entrar a valorar lo que la aplicación de la LAPAD debería de haber supuesto y lo que es la situación actual, hay determinadas características que ya la Ley presentaba desde su origen y que deben destacarse:

1. El optimismo generalizado que se observa a lo largo del texto legal tanto en lo que respecta a la imprescindible coordinación y colaboración entre las diferentes Administraciones Públicas, en un marco competencial y político complejo, como en lo referente a las posibilidades de financiación de este “cuarto pilar del Estado del Bienestar”, que únicamente sería posible mediante la prolongación en el tiempo de los ritmos de crecimiento económico positivos, como los que España venía disfrutando.
2. La voluntad de la Ley de dar respuesta a la situación de los "cuidadores familiares" para los que se prevé su incorporación a la Seguridad Social, sin haberse valorado adecuadamente su impacto económico, cuando se trata de relaciones familiares no laborales, en las que no parece que el hipotético empleador sea otro distinto de la persona dependiente que tiene reconocida la prestación económica por cuidados en el entorno familiar.
3. Un calendario de implantación muy dilatado en el tiempo que posponía los completos efectos de la Ley a ocho años después de su entrada en vigor.
4. Las restricciones establecidas para determinar quién podría ser beneficiario de los servicios y prestaciones: dependientes residentes en España durante un mínimo de cinco años de los cuales dos, al menos, deberían ser inmediatamente anteriores a la fecha en la que se presentara la solicitud de reconocimiento de la situación de dependencia. Extranjeros y, especialmente, emigrantes españoles en situaciones de retorno quedaban excluidos.

5. La escasa trascendencia que se le otorga al Sistema de Salud para poder proporcionar una atención integral a las personas en situación de dependencia. Al margen de unas mínimas referencias a la necesaria coordinación entre el sistema de servicios sociales y el sistema de salud, nada más se puede encontrar sobre aspectos tales como la manera en la que debería compartirse la información, la necesidad de ampliar los recursos sanitarios, la intervención preventiva en el ámbito de la salud, la organización de la atención farmacéutica, etc.
6. La falta de concreción de la Ley en aspectos esenciales que, o bien se dejan a posteriores desarrollos reglamentarios, o bien se remiten a los acuerdos que puedan adoptarse en el seno del Consejo Territorial, o bien quedan en manos de las Comunidades Autónomas por razón de sus propias competencias.
7. La apertura de vías que quiebran el principio de igualdad que la propia Ley considera uno de sus fundamentos esenciales. El establecimiento de un nivel mínimo de protección garantizado, al tiempo que se fija la posibilidad de que las Comunidades Autónomas establezcan niveles adicionales, es una puerta que permite la consolidación de desigualdades territoriales.
8. La indefinición en el sistema de copago, sobre la manera en la que los beneficiarios de los servicios y prestaciones previstos contribuirían a su financiación, así como sobre los criterios que deberían seguirse a la hora de valorar la capacidad económica del beneficiario y, por tanto, su aportación al sistema.
9. Unas estimaciones sobre el número de personas en situación de dependencia y sobre su evolución en el tiempo que subestimaban claramente la realidad.
10. La falta de previsión sobre determinadas necesidades estructurales que la puesta en marcha del sistema habría de necesitar: sistemas de valoración, profesionales formados y capacitados para desarrollarlo, estructuras y procedimientos administrativos que diesen respuesta al previsible aluvión de solicitudes que seguirían a la entrada en vigor de la Ley; en definitiva, la falta de medios humanos, materiales y organizativos para poner en funcionamiento un nuevo sistema de atención a las personas en situación de dependencia.

11. Y, por último y sin ánimo de ser exhaustivos, la poca trascendencia que se otorga en la Ley a las necesidades de profesionalización y a la formación de quienes deberían sostener la efectiva aplicación del sistema, es decir, de quienes deberían proporcionar los servicios que el sistema requeriría. Las únicas previsiones en este aspecto se remitían a futuras actuaciones de las Comunidades Autónomas o de otros Organismos.

#### **IV.- CONSIDERACIONES SOBRE LA NORMATIVA DE DESARROLLO Y MODIFICACIÓN DE LA LEY DE PROMOCIÓN DE LA AUTONOMÍA PERSONAL Y ATENCIÓN A LAS PERSONAS EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA (LAPAD)**

Desde la entrada en vigor de la LAPAD se ha producido un amplio desarrollo normativo, tanto en el ámbito de la Administración General del Estado como en el de las Comunidades Autónomas, desarrollo al que debe sumarse la actividad del Consejo Territorial.

Parte de ese desarrollo normativo ha obedecido a la evolución de la economía española. El impacto de la crisis económica obligó a la introducción de restricciones presupuestarias que, inevitablemente, tendrían repercusión en el campo de la atención a las personas dependientes.

Otra faceta de las normas dictadas con posterioridad, fundamentalmente por las Comunidades Autónomas, es que tenían como objetivo la regulación de los procedimientos y baremos para que los derechos de la persona dependiente fuesen reconocidos. También en este terreno se produjeron, en algunos casos, "matizaciones" respecto del reconocimiento de tales derechos, fecha de efectos, etc.

Y, por último, en el ámbito del Consejo Territorial, es destacable, el esfuerzo realizado en lo que afecta a los profesionales sobre los que recae la prestación de los servicios previstos en la Ley, fijando criterios de cualificación, vías para acceder a la habilitación profesional, recursos humanos de los que deben estar dotados los diferentes Centros y Servicios, etc.; un esfuerzo con resultados desiguales y que ha debido ser corregido en múltiples ocasiones.

No es posible traer a colación de forma exhaustiva una relación de la normativa que ha desarrollado, completado o corregido la LAPAD, pero sí hay determinadas normas que, por su especial incidencia y/o por poner claramente de manifiesto cuál ha sido la tendencia que ha dado lugar a la situación anteriormente descrita, merecen una mención especial.

Entre la normativa de ámbito estatal, y por orden cronológico, pueden citarse las siguientes:

➤ Ley 2/2008, de 23 de diciembre, de Presupuestos Generales del Estado para 2009.

Mediante la Disposición Adicional Sexagésimo Primera (61ª) se crea el Fondo de apoyo para la promoción y desarrollo de infraestructuras y servicios del Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia que tiene por objeto prestar apoyo financiero a las empresas que lleven a cabo dicha actividad, asignándole una dotación económica de 17 millones de euros para el año 2009, y previendo la posibilidad de constituir fondos autonómicos con igual finalidad con la participación de las respectivas Comunidades Autónomas. La dotación del Fondo sería objeto de actualización en años posteriores.

➤ Real Decreto-Ley 8/2010, de 20 de mayo, por el que se adoptan medidas extraordinarias para la reducción del déficit público.

En su artículo 5 modifica la Disposición Final Primera de la LAPAD en los siguientes términos:

- a) Fija un plazo máximo de seis meses desde la presentación de la solicitud para el reconocimiento del derecho, con independencia de cuál sea el procedimiento establecido en cada Comunidad Autónoma.
- b) No obstante, el derecho de acceso a las prestaciones correspondientes se generará a partir de la fecha de la resolución en la que se reconozca la concreta prestación o prestaciones que corresponden a la persona beneficiaria, salvo que hubiesen transcurrido más de seis meses desde la presentación de la solicitud sin que se hubiera producido resolución, en cuyo caso el derecho de acceso se generaría a partir del día siguiente a esos seis meses.

- Real Decreto 174/2011, de 11 de febrero, por el que se aprueba el baremo de valoración de la situación de dependencia establecido por la Ley 39/2006

Este Real Decreto, regula el Baremo de Valoración de la Dependencia (BVD), fijando los criterios de aplicación, variables a tomar en consideración, escalas y determinación de resultados, ponderaciones y, en definitiva, todos los elementos y procedimientos que determinarán el reconocimiento al beneficiario del Grado y nivel de dependencia correspondiente.

Asimismo, deroga la regulación del título de Técnico en Atención Sociosanitaria del año 2003, y crea la titulación de Técnico en Atención a Personas en Situación de Dependencia (correspondiente a un nivel de Formación Profesional de Grado Medio), estableciendo que la *“competencia general de este título consiste en atender a las personas en situación de dependencia, en el ámbito domiciliario e institucional, a fin de mantener y mejorar su calidad de vida, realizando actividades asistenciales, no sanitarias, psicosociales y de apoyo a la gestión doméstica, aplicando medidas y normas de prevención y seguridad y derivándolas a otros servicios cuando sea necesario”*.

- Real Decreto 1593/2011, de 4 de noviembre, por el que se establece el Título de Técnico en Atención a Personas en Situación de Dependencia y se fijan sus enseñanzas mínimas.

Aunque este Real Decreto no incida en el desarrollo y aplicación del Sistema de Atención a las Personas en situación de Dependencia, es destacable por cuanto supone un avance en cuanto al objetivo de profesionalización de los servicios y de las personas a cuyo cargo corre su prestación.

- Real Decreto-Ley 20/2011, de 30 de diciembre, de medidas urgentes en materia presupuestaria, tributaria y financiera para la corrección del déficit público.

En su Disposición Final Décimo Cuarta (14ª) modifica el calendario de la LAPAD retrasando, en la práctica, tal aplicación para una gran parte de los dependientes moderados.

➤ Ley 2/2012, de 29 de junio, de Presupuestos Generales del Estado para el año 2012.

La Disposición Final Octava (8ª) vuelve a modificar el calendario de aplicación, retrasando nuevamente el acceso de los dependientes moderados a las prestaciones.

Y, lo que es más importante, suspende, la aplicación de todo lo previsto en la Ley sobre la cooperación interadministrativa y la financiación de los niveles que se sitúan por encima de los mínimos de prestación, limitando así, de hecho, la financiación que debería aportar la Administración General del Estado.

➤ Real Decreto-Ley 20/2012, de 13 de julio, de medidas para garantizar la estabilidad presupuestaria y de fomento de la competitividad.

Bajo el objetivo de “racionalización del sistema de dependencia”, este Real Decreto-Ley introduce modificaciones destacables en la LAPAD, tales como:

- a) Se suprimen los niveles dentro de cada grado de dependencia, y se altera, en algunos casos de manera sustancial, el contenido de algunas de las prestaciones previstas en la LAPAD, quedando especialmente afectadas las prestaciones por cuidados en el entorno familiar, cuyos efectos económicos se constriñen sustancialmente al tiempo que se declara la incompatibilidad absoluta de las prestaciones del sistema.
- b) Se fijan las cuantías de las prestaciones económicas previstas en la LAPAD, importes sobre las que se llevan a cabo serios ajustes, así como de la aportación de la Administración General del Estado para la financiación del nivel mínimo de protección.
- c) Se deja, en la práctica, sin efecto el compromiso existente en la LAPAD para la incorporación de los cuidadores familiares a la Seguridad Social al dificultarlo e incrementar el coste que dicha incorporación supone para el cuidador.



- Orden SSI/2371/2013, de 17 de diciembre, por la que se regula el Sistema de Información del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia  
Regula el Sistema de Información del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SISAAD) que estaba previsto en la LAPAD, como instrumento esencial para la adecuada gestión del sistema.  
Asimismo, da continuidad a los Acuerdos adoptados por el Consejo Territorial, a los efectos de mejorar el sistema, hacer más transparente la gestión, disponer de la información necesaria y facilitar el intercambio y suministro de información entre las Administraciones Públicas implicadas. La norma establece los datos que deben incorporarse al Sistema de Información, tanto para la gestión del sistema, como para la asignación del nivel mínimo.
- Ley 22/2013, de 23 de diciembre, de Presupuestos Generales del Estado para el año 2014.  
Se suspende, esta vez para el año 2014, la aplicación de todo lo previsto en la Ley sobre la cooperación interadministrativa y la financiación de los niveles que se situarían por encima de los mínimos de prestación, limitando así de hecho la financiación que debía aportar la Administración General del Estado.
- Real Decreto 1050/2013, de 27 de diciembre, por el que se regula el nivel mínimo de protección establecido en la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de Dependencia.  
Establece la regulación del nivel mínimo de protección garantizado por la Administración General del Estado, los criterios de su asignación y la forma y procedimiento de su abono a las Comunidades Autónomas, para las personas beneficiarias valoradas en Grado III, Gran Dependencia; Grado II, Dependencia Severa y Grado I, Dependencia Moderada, conforme a la nueva estructura de grados que regula, tras su modificación, la LAPAD.  
Destaca, respecto a los criterios de asignación del nivel mínimo de protección a las Comunidades Autónomas, la incorporación a las variables aplicadas hasta ahora

(beneficiarios y grados de dependencia), del criterio adicional de reparto por el tipo de prestaciones reconocidas, ponderándose positivamente aquellas prestaciones que atienden a los beneficiarios a través de servicios, en relación con la prestación para cuidados en el entorno familiar.

Igualmente debe resaltarse el establecimiento del procedimiento para efectuar la verificación de la materialización de la aportación financiera de las Comunidades Autónomas, para lo que se prevé la expedición de una certificación anual por dichas Comunidades Autónomas, acreditándose que su aportación financiera habrá sido, al menos, igual a la realizada por la Administración General del Estado.

- Real Decreto 1051/2013, de 27 de diciembre, por el que se regulan las prestaciones del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, establecidas en la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia.

Mediante este Real Decreto se pretende unificar todas las normas que se fueron dictando en desarrollo de la LAPAD relativas a las prestaciones y servicios, con la finalidad de ordenar, simplificar y actualizar la normativa en un único texto normativo. Así, se regulan las prestaciones y servicios del Sistema de Atención a la Dependencia (SAAD), determinándose a cuáles tendrá acceso el beneficiario del sistema en función del Grado de Dependencia asignado.

Se establecetambién la intensidad de los diferentes servicios así como las incompatibilidades entre ellos, mereciendo una mención especial lo que viene a señalar en su Artículo 12.1 cuando indica que "*la prestación económica para cuidados en el entorno familiar y apoyo a cuidadores no profesionales tiene carácter excepcional*", lo que parece apuntar la intención de mejorar la atención a las personas en situación de dependencia mediante el recurso a la actuación preferente de cuidadores profesionales.

Por otra parte, la Disposición Adicional Primera fija determinados criterios para que los inmigrantes españoles retornados que no cumpliesen los requisitos de residencia en

territorio español exigidos en la LAPAD, tengan también acceso a los servicios y prestaciones del sistema.

- Real Decreto 291/2015, de 17 de abril, por el que se modifica el Real Decreto 1051/2013, de 27 de diciembre, por el que se regulan las prestaciones del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, establecidas en la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia.

Introduce la regulación del servicio de promoción de la autonomía personal para las personas beneficiarias del sistema a las que, en el proceso de valoración, se les haya reconocido los Grados II y III de dependencia, marcando la intensidad de tal servicio.

Por lo que respecta a la normativa de desarrollo y aplicación de la LAPAD por parte de las Comunidades Autónomas ha sido enormemente amplia<sup>1</sup>, si bien presenta algunos ejes sobre los que, en términos generales, ha venido pivotando, aunque no todas las Comunidades Autónomas hayan profundizado con igual intensidad en todos ellos:

1. La regulación de los procedimientos para el reconocimiento de la situación de dependencia y del derecho a las prestaciones del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, así como los órganos competentes para su valoración.
2. La intensidad de protección de los servicios, el régimen de compatibilidad de las Prestaciones y la gestión de las prestaciones económicas del Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia, regulando igualmente las prestaciones del sistema, la capacidad económica de los beneficiarios y su participación en el coste de los servicios.
3. La promulgación de nuevas Leyes de Servicios Sociales, la creación de nuevos órganos para la gestión y la elaboración de catálogos de Servicios Sociales.

---

<sup>1</sup> Una relación exhaustiva de la normativa existente en el ámbito de las Comunidades Autónomas puede encontrarse en la página web del Portal de la Dependencia del IMSERSO:  
[http://www.dependencia.imserso.gob.es/dependencia\\_01/normativa/busqueda\\_normativa\\_ccaa/index.htm](http://www.dependencia.imserso.gob.es/dependencia_01/normativa/busqueda_normativa_ccaa/index.htm)

4. La regulación de los diferentes servicios previstos en la LAPAD, incluyendo, en algunas Comunidades, la fijación de los criterios de acreditación de Centros y Servicios, especialmente los destinados a la atención de Personas Mayores.
5. El dictado de instrucciones para el diseño, elaboración y aprobación del Programa Individualizado de Atención previsto en la LAPAD.
6. La promulgación de normas específicamente destinadas a la regulación de la cualificación profesional de los Técnicos en Atención a Personas en Situación de Dependencia, así como a los procedimientos de evaluación y acreditación de las competencias profesionales adquiridas a través de la experiencia laboral o de vías no formales de formación, y la habilitación, de forma excepcional, de personas cuidadoras, gerocultoras y auxiliares de ayuda a domicilio mayores de 55 años con experiencia laboral.

No debe terminar esta referencia a la actuación normativa de las Comunidades Autónomas sin hacer una mención especial a una línea de actuación que supone un serio riesgo para la libre competencia, introduciendo criterios discriminatorios en lo que afecta a la contratación pública, línea de la que, hasta el momento, los más claros ejemplos son las siguientes normas:

- a) Ley 11/2016, de 15 de diciembre, del Gobierno de Aragón, de acción concertada para la prestación a las personas de servicios de carácter social y sanitario.
- b) Decreto 181/2017, de 17 de noviembre, del Consell, por el que se desarrolla la acción concertada para la prestación de servicios sociales en el ámbito de la Comunitat Valenciana por entidades de iniciativa social (consecuencia de la Ley 13/2016, de 29 de diciembre, de medidas fiscales, de gestión administrativa y financiera, y de organización de la Generalitat, que modificaba determinados preceptos de la Ley 5/1997, de 25 de junio, de la Generalitat, por la que se regula el Sistema de Servicios Sociales en el ámbito de la Comunitat Valenciana, y estableció la acción concertada como forma de provisión de las prestaciones del Sistema Público de Servicios Sociales).

Ninguna de estas dos normas oculta que su finalidad es poner en marcha sistemas de contratación que se llevarán a cabo al margen de las normas generales de contratación pública, lo que, en la práctica, supone ignorar los principios de libertad de acceso a las licitaciones, publicidad y transparencia de los procedimientos, y no discriminación e igualdad de trato entre los candidatos que deben inspirar la contratación pública.

Se trata de *“excepcionar la aplicación de la normativa sobre contratos públicos”* (Ley Aragonesa) proponiendo una *“forma de provisión de las prestaciones del sistema público de servicios sociales .... (con) una naturaleza distinta a la de los contratos públicos sujetos a alguna de las modalidades previstas en la legislación de contratos públicos”* (Decreto Valenciano). Una modalidad de contratación por parte de la Administración Pública no sujeta a las garantías y procedimientos de la legislación de contratos del sector público.

Así, se señala que se busca que *“en la organización de la prestación de servicios no económicos, pero de interés general, como los sociales, sanitarios y educativos, pudieran participar en mayor medida las entidades del Tercer Sector sin ánimo de lucro”* (Ley Aragonesa) y poder *“celebrar acuerdos de acción concertada y formalizar conciertos sociales con entidades sin ánimo de lucro”* (Decreto Valenciano).

*“Si un operador económico aspira legítimamente a obtener un beneficio empresarial, un lucro, como consecuencia de su colaboración con la Administración pública en la prestación de servicios a las personas, sólo podrá hacerlo en el marco de un proceso de contratación. Sólo desde la gestión solidaria, sin ánimo de lucro, de estas prestaciones podrá colaborar con la Administración bajo la forma de acción concertada”* (Ley Aragonesa).

Toda una declaración de principios que determina la forma de contratación pública en función de la personalidad jurídica del contratista. Así, contratos de la Administración con idéntico objeto, la prestación de servicios a las personas, estarán sometidos a diferentes procedimientos, se exigirán diferentes garantías y se aplicarán distintos principios, dependiendo únicamente de quién vaya a ser el contratista.

De esta forma la Comunidad Autónoma de Aragón y la Comunitat Valenciana podrán gestionar la prestación a las personas de servicios de carácter social y sanitario mediante acuerdos de acción concertada, *“instrumentos organizativos de naturaleza no contractual”* (según el Artículo 3 de la Ley Aragonesa y el Artículo 3 de la Ley Valenciana), que sólo podrán suscribirse con entidades públicas o con entidades privadas sin ánimo de lucro, o, según la Ley Valenciana, con entidades de iniciativa social, entendiéndose por tales *“las fundaciones, asociaciones, organizaciones de voluntariado y otras entidades sin ánimo de lucro que realicen actividades de servicios sociales. Asimismo, se consideran incluidas las sociedades cooperativas calificadas como entidades sin ánimo de lucro conforme a su normativa específica”*.

#### **V.- ESTADO ACTUAL DE LA APLICACIÓN DE LA LEY DE PROMOCIÓN DE LA AUTONOMÍA PERSONAL Y ATENCIÓN A LAS PERSONAS EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA (LAPAD)**

En el año 2005, el Libro Blanco de la Dependencia, estudio situado como base de la LAPAD, realizó estimaciones respecto de las personas que tendrían derecho a recibir protección por parte del Sistema de Atención a la Dependencia, personas consideradas como dependientes al no poder *“realizar sin ayuda alguna de las actividades básicas de la vida diaria relacionadas con el cuidado personal, la movilidad dentro del hogar o las funciones mentales básicas”*.

Las estimaciones del Libro Blanco en cuanto a la evolución de la población, y de los grupos de población mayor, y en cuanto al número de personas dependientes arrojaban los siguientes resultados:

#### **Proyecciones de la estructura por grandes grupos de edad de la población española. 2001-2026**

	2001	2006	2011	2016	2021	2026
Población Total	40.964.244	43.995.097	46.055.829	47.780.709	49.179.693	50.287.317
Mayores de 65 años	6.950.706	7.404.260	8.084.582	8.857.956	9.720.075	10.876.681
% sobre Total	16,97	16,83	17,55	18,54	19,76	21,63
Mayores de 80 años	1.615.867	2.016.934	2.489.857	2.902.016	3.066.955	6.405.964

% sobre Total	3,94	4,58	5,41	6,07	6,24	12,74
% sobre > 65 años	23,25	27,24	30,80	32,76	31,55	58,90

**Proyecciones del número de personas dependientes para las actividades de la vida diaria por grados de necesidad de cuidados (España. 2005-2020)**

Personas Dependientes	2005	2010	2015	2020
Grado 3 Gran Dependencia	194.508	223.457	252.345	277.884
Grado 2 Dependencia Severa	370.603	420.336	472.461	521.065
Grado 1 Dependencia Moderada	560.080	602.636	648.442	697.277
Total	1.125.191	1.246.429	1.373.248	1.496.226

Adicionalmente, el Libro Blanco apuntaba ciertas explicaciones que justificaban las estimaciones realizadas:

- a) En la primera década del siglo XXI tendría lugar un importante incremento del número de personas de edad avanzada, con *“un notabilísimo aumento de la demanda de cuidados de larga duración”*.
- b) A partir de 2011 sería superior el aumento de las personas de entre 65 y 75 años, por lo que, aunque la presión sobre el Sistema de Atención a la Dependencia se mantuviera, *“surgirán con fuerza muchas otras demandas”*.
- c) Y, *“junto al envejecimiento demográfico, que impulsará al alza las cifras de personas dependientes, es previsible que se produzca una cierta reducción de la prevalencia de las situaciones de dependencia por grupos de edad, como consecuencia de la mejora de los niveles de salud, la mayor conciencia de la población sobre la conveniencia de desarrollar hábitos de vida saludables y las actuaciones preventivas”*.

Sin embargo, la realidad de los años transcurridos desde la promulgación de la LAPAD, ha mostrado una tendencia diferente a la prevista en el Libro Blanco, no sólo en lo referente al

número de personas en situación de dependencia sino también en cuanto a la evolución demográfica.

Una comparación entre las previsiones sobre la evolución de la población española que contenía el Libro Blanco y lo que se recoge en el Informe sobre las Personas Mayores que elaboró el IMSERSO en el año 2016<sup>2</sup>, muestra con claridad cómo el impacto de la crisis económica cambió radicalmente la realidad que el Libro Blanco había previsto. Sirva como dato significativo que el Libro Blanco preveía para el año 2026 que el total de la población española alcanzaría la cifra de 50.287.317 personas mientras que en el citado Informe del IMSERSO se prevé para el año 2030, cuatro años después, que la población española supere por poco los cuarenta y cinco millones de personas: cuatro años antes, un 10% más de población.

Naturalmente esta diferencia entre las previsiones del Libro Blanco y la realidad que posteriormente se han puesto de manifiesto, se extienden también a la composición por grupos de edad de la población, y más específicamente al peso que en el conjunto de ella representan las personas de edad avanzada, si bien es cierto que, existiendo una importante diferencia en el punto de partida, el paso de los años ha hecho que las estimaciones del Libro Blanco se acercasen a la realidad.

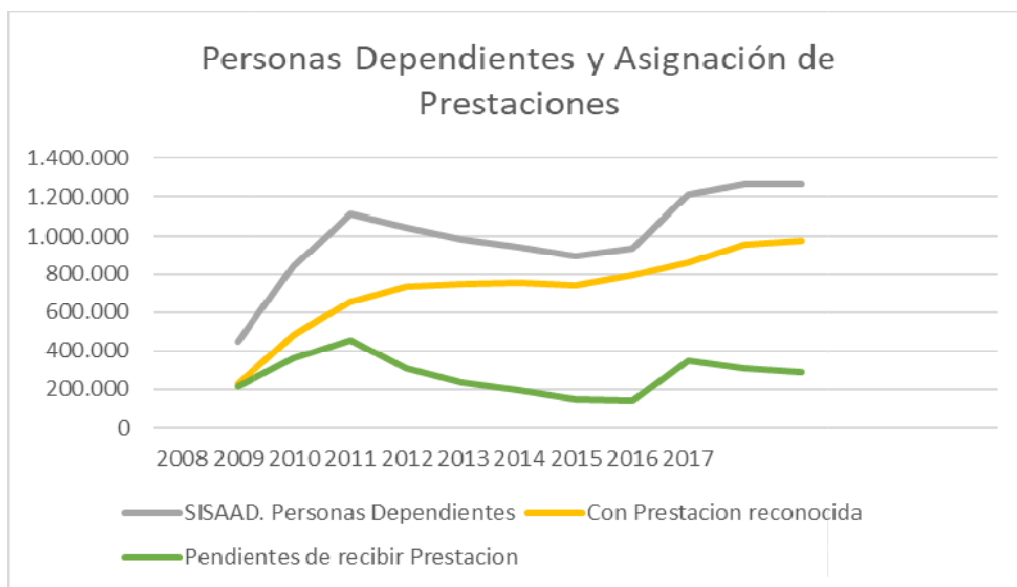
A 31 de diciembre de 2017 había en España 1.264.951 personas dependientes de las cuales 954.831 (el 75%) recibían la prestación reconocida, mientras que 310.120 personas (el 25%) estaban pendientes de recibir prestación<sup>3</sup>.

---

<sup>2</sup> IMSERSO. Las Personas Mayores en España. Informa 2016. 2016 P. 66.

<sup>3</sup> IMSERSO. SISAAD. Datos a 31 de diciembre de 2017.

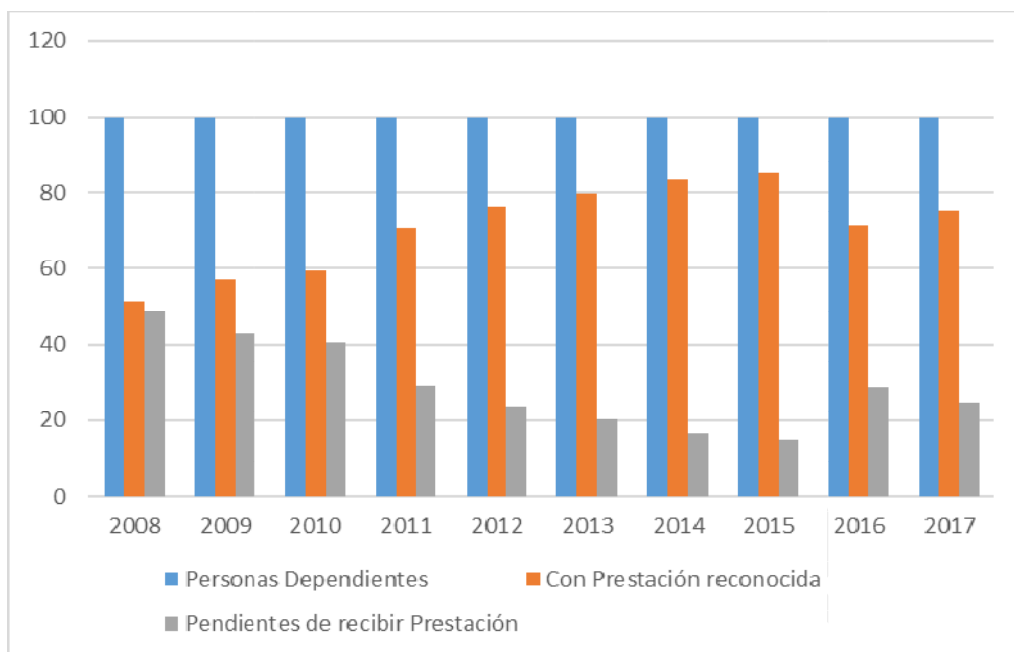




Fuentes: Elaboración propia a partir de IMSERSO, SISAAD, Informes Estadísticos.

Como puede observarse, la aplicación del sistema, al margen de los años más duros por el impacto de la crisis económica y las inevitables políticas de ajustes presupuestarios, muestra su consolidación. La tasa real de cobertura sigue siendo insostenible, manteniéndose una situación que, a los ritmos actuales, exigiría años de esfuerzo adicional, especialmente considerando la incorporación al sistema de nuevos dependientes.

#### **Tasas de Cobertura del Sistema de Atención a la Dependencia 2008-2017**



Fuentes: Elaboración propia a partir de IMSERSO. SISAAD. Informes Estadísticos.

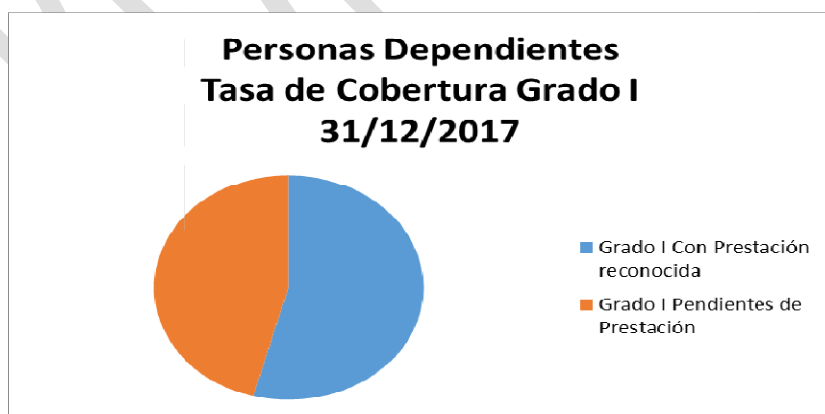
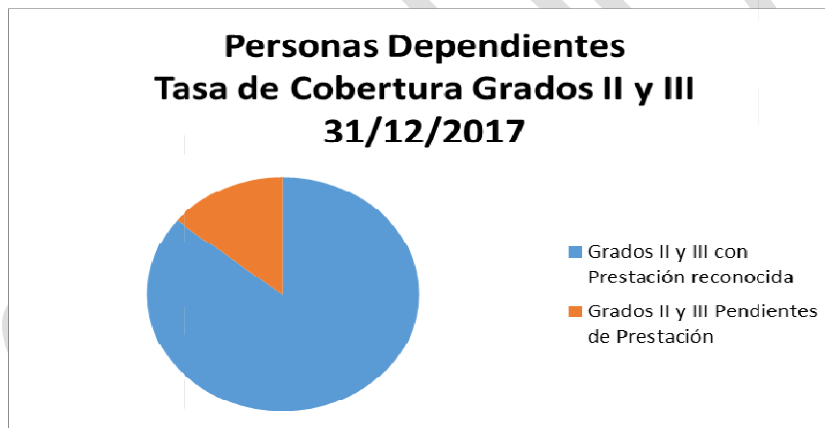
La actual insostenibilidad del sistema tiene mayor calado cuando se desciende al Grado de Dependencia reconocido y a las tasas de cobertura que se alcanzan en función del Grado a atender.

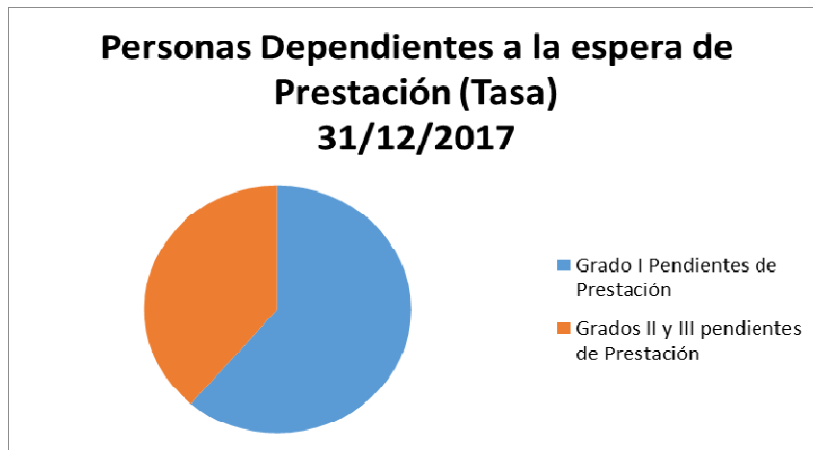
A 31 de diciembre de 2017, de las personas con dependencia reconocida, al 67% se les ha asignado como Dependientes Grados II y III (850.754 personas) con una tasa de cobertura (personas con prestación reconocida) del 86%, y al 33% se les había reconocido como Dependientes Grado I (414.197 personas) con una tasa de cobertura (personas con prestación reconocida) del 54%<sup>4</sup>.

Sin embargo, desde la perspectiva de las personas que, habiendo sido reconocidas como dependientes, se encuentran a la espera de recibir la correspondiente prestación, resulta que aquellas a las que se les ha reconocido como dependientes con Grado II o III, las que precisan más atención, suponen casi el 40% de quienes esperan esa atención, tal y como se recoge en los siguientes gráficos extraídos todos ellos de los datos ofrecidos por el Sistema

<sup>4</sup> IMSERSO. SISAAD. Datos a 31 de diciembre de 2017.

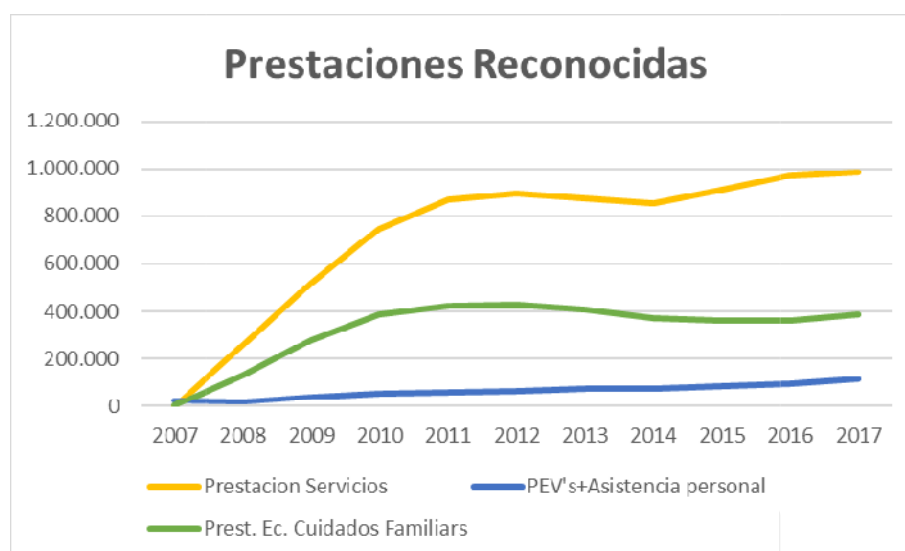
de Información del Sistema de Atención a la Dependencia correspondientes al 31 de diciembre de 2017.





Un aspecto adicional y relevante que conviene tomar en consideración para evaluar la aplicación de la LAPAD y del Sistema de Atención a la Dependencia lo representa el carácter y contenido de las prestaciones reconocidas y concedidas a las personas dependientes, en especial partiendo del principio consagrado en esta Ley según el cual el sistema debería priorizar la prestación de servicios frente a aquellas de carácter económico que se consideraban como un recurso excepcional limitado a aquellas situaciones en las que no existiera disponibilidad de servicios para atender las necesidades de los dependientes.

En los años transcurridos desde la puesta en marcha del sistema, los datos disponibles son claros a este respecto: la priorización de la atención a través de servicios no se ha producido. Es cierto que la situación ha mejorado en relación con lo que sucedía en los años iniciales, pero, así y todo, a 31 de diciembre de 2017 un tercio de las prestaciones concedidas correspondían a la prestación económica para cuidados en el entorno familiar y apoyo a cuidadores no profesionales, una prestación que sólo debería concederse “excepcionalmente” tal y como establece la LAPAD de manera expresa en su Artículo 18.



El peso, mantenido a lo largo del tiempo, de las prestaciones económicas para cuidados en el entorno familiar, junto con la escasa importancia que se le ha venido dando a las Prestaciones Económicas vinculadas al servicio (PEV's) marca la alteración sustancial del concepto del sistema que se deducía del propio texto de la Ley y ha dificultado, y lo sigue haciendo, su deseada y necesaria profesionalización.

## VI.- PROPUESTAS QUE SE FORMULAN PARA LA ACTUALIZACIÓN, REVISIÓN Y MEJORA DEL SISTEMA DE ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA

A partir de las consideraciones expresadas, y con el objetivo de lograr la plena y adecuada implantación del sistema, se formulan las propuestas que a continuación se relacionan.

### VI.1. NUEVO MODELO DE FINANCIACIÓN Y SUS FUENTES

En primer término, cabe señalar que, al menos hasta que consigamos una total implantación y una plena consolidación de la Ley, la financiación por parte del Estado debería condicionar y vincular a las Comunidades Autónomas en su destino. Se debe tratar de aportaciones finalistas para las que se garantice, por parte de quienes ejecutan finalmente el gasto, su destino a la concesión de servicios y prestaciones a las personas en situación de dependencia y para la atención integral a las personas en situación de dependencia.

Se requiere también un nuevo modelo de financiación, que diferencie los costes reales (módulos) de un centro residencial, actualice y adecúe los costes medios de atención residencial a los costes reales para el cálculo de la ayuda. Los principales cambios a realizar serían los siguientes:

- ✓ Módulo o prestación de servicios de tipo asistencial y social.
- ✓ Módulo o prestación de servicios de tipo sanitario.
- ✓ Módulo o prestación de servicios de alojamiento y manutención.

Si se pretende una evolución positiva del Sector de la Dependencia, los criterios de mejora en la gestión de los servicios deben venir directamente relacionados con unos ajustes de tarifas y ratios de personal que correspondan a unos servicios de calidad.

Cabe poner de manifiesto aquí la necesidad de alcanzar un nivel de financiación sostenible y que permita garantizar la cobertura efectiva de las necesidades, sobre la base de los costes reales de la cartera de servicios, con criterios de calidad y voluntad de dignificación del sector y de las condiciones de sus trabajadores.

Teniendo en cuenta la transformación del perfil clínico de las personas atendidas, se hace necesaria una transformación del modelo de atención que permita optimizar los recursos existentes para atender a cada persona en el nivel asistencial más adecuado.

De este modo, una de las posibles propuestas pasaría por reconocer el peso sanitario que tienen los centros residenciales y su función como desahogo importante de los servicios sanitarios. Así, se debería potenciar que los centros residenciales se acreditaran debidamente con unidades sociosanitarias de larga estancia, rehabilitación o atención paliativa (CCAA donde exista) absorbiendo a todo ese colectivo, o que se crearan módulos sanitarios con presupuesto sanitario que garantizaran la correcta atención.

En todo caso la acreditación de la residencia o centro sociosanitario como centro, servicio o actividad sanitaria o el establecimiento de sistemas de financiación que introdujesen módulos por prestación de servicios sanitarios en el ámbito sociosanitario, deberán respetar y no alterar ni modificar la prestación farmacéutica a desarrollar en las residencias y los centros sociosanitarios por la Oficina de Farmacia.

Así, la propuesta sería asignar una parte del presupuesto sanitario a la atención de las personas en situación de dependencia mediante la implantación y acreditación de módulos sanitarios en residencias sociales. El ajuste presupuestario se justifica con la optimización de los recursos en este nivel asistencial.

Igualmente, es necesario abrir un debate sobre el copago, debiendo instrumentarse un ejercicio real y responsable de copago en función de la renta y el patrimonio de la persona que será atendida.

Del mismo modo, es imprescindible valorar y cuantificar la bondad de las medidas contenidas en el artículo 6 del Real Decreto-Ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones con respecto a la prestación farmacéutica y no sólo desde una perspectiva económica, sino también funcional, de coordinación y gestión de la receta médica para que pueda garantizarse verdaderamente una prestación de calidad y en las mismas condiciones para todos los destinatarios de la prestación farmacéutica, así como el papel primordial de la Oficina de Farmacia como proveedora de este servicio a las personas residentes ya en centros de titularidad pública ya en centros de titularidad privada.

## **VI.2. PRESTACIÓN ECONÓMICA VINCULADA AL SERVICIO**

A este respecto cabe también señalar que la Ley de Dependencia establece la prioridad de la prestación en servicios y, si no fuera posible, la prestación económica vinculada al servicio. Según la Ley, solamente con carácter excepcional, deberá otorgarse la prestación económica

por cuidados en el entorno familiar. Por ello, se considera necesario dar un impulso decidido a la Prestación Económica Vinculada al Servicio (PEVS), como el mejor instrumento que respete el derecho a decidir de los beneficiarios, dando más transparencia al sistema en su conjunto, y retomando el espíritu de la Ley como Ley de Servicios.

La Prestación Económica Vinculada al Servicio garantiza además la libre elección de proveedor (servicio o centro) por parte del beneficiario. Tiene también incidencia y valor en lo que a la generación y sostenimiento del empleo se refiere, con los consiguientes efectos positivos en los retornos a través de ingresos públicos, a la Administración General del Estado y a la propia Seguridad Social.

Es por ello necesario apostar por los servicios profesionales por lo que las organizaciones empresariales entienden que se debe garantizar que las prestaciones económicas sean finalistas. Es decir, que se asocien a la utilización de un servicio concreto que se adapte a las necesidades y preferencias de los beneficiarios.

Desde la puesta en marcha en 2012 de las medidas de mejora de la Ley, las prestaciones económicas para el cuidado en el entorno familiar han ido perdiendo peso y deberían tender a convertirse en excepción (tal y como establece la Ley).

Es necesario retomar el espíritu de la Ley como Ley de servicios, impulsando decididamente la Prestación Económica Vinculada al Servicio (PEVS), como mejor instrumento que respete el Derecho a decidir de los beneficiarios y dando más transparencia al sistema en su conjunto y apostando claramente por la profesionalización de los prestadores de servicios. Necesidad de facilitar el acceso a la prestación minorizando los trámites necesarios y acortar los tiempos de resolución.

Con datos a 30 de abril de 2018, la excepcionalidad prevista en la Ley sigue siendo el recurso mayoritario en el Sistema de Dependencia:

- ✓ Prestación económica de cuidado en el entorno familiar: 32,13%



- ✓ Prestación económica vinculada al Servicio: 9,65%

En la actualidad, dos personas con exactamente el mismo nivel de dependencia pueden acabar recibiendo un servicio de naturaleza diferente, con un coste diferente para la administración y con un régimen jurídico diferente, sin que estas diferencias tengan una justificación basada en la voluntad del usuario o en cualquier fundamento de tipo ético. Esta situación obliga a plantear un nuevo sistema que suponga una verdadera mejora frente a lo actual, que apueste por la profesionalización de los prestadores de servicios, por lo que lo más adecuado es establecer un modelo basado en la utilización de la Prestación Económica Vinculada al Servicio (PEVS) como forma de financiación de los servicios para personas mayores dependientes.

La normativa debe concretar definitivamente que la Prestación económica para cuidados en el entorno familiar sólo debe darse en ausencia de servicio público o concertado de atención y cuidado o ante la imposibilidad de acceder a una prestación vinculada al servicio.

### **VI.3. SISTEMA HOMOGÉNEO DE ACREDITACIÓN DE ENTIDADES, PROFESIONALES Y SERVICIOS**

Es necesario contar con un sistema de acreditación equitativo y fundamentado en unos principios que garanticen unos mínimos comunes de atención entre las diferentes Comunidades Autónomas. Se precisa el establecimiento de unos requisitos mínimos y homogéneos de calidad y acreditación que permitan la cohesión territorial en el conjunto del Estado, y que permitan dotar al sistema de una unidad de mercado que garantice una calidad objetiva y equiparable entre todas las CCAA.

Resulta conveniente el establecimiento de un sistema de acreditación básico y común en todas las CCAA, de aplicación tanto a entidades privadas como públicas, que preserve el derecho a acceder en condiciones de igualdad a las prestaciones y servicios y a disfrutar de niveles de calidad equiparables. Por ello, es necesario que las Consejerías de Sanidad y Servicios Sociales desarrollen modelos de Acreditación Sanitario y Social para los Servicios de

atención a la dependencia, por grados de dependencia, orientados a resultados y que garanticen la excelencia y la mejora continua en la calidad de la atención.

#### **VI.4. ATENCIÓN CENTRADA EN LA PERSONA**

Es conveniente apostar decididamente por un sistema de Atención Integral Centrado en la Persona (AICP), garantizando la prestación de servicios profesionalizados, por lo que la profesionalización de los servicios debe ser un principio básico. La normativa debe recoger expresamente el reconocimiento de los cuidados al dependiente desde la dignidad, el desarrollo de su autonomía y la protección de sus derechos.

Es importante que a la persona mayor se le continúe atendiendo en el entorno que el mismodecida y, además, que tenga la capacidad para decidir en todas las dimensiones que afectan a su vida, es decir, que sea el dependiente quien determine las actuaciones que se lleven a cabo en relación a su cuidado, necesidades de salud y bienestar, siempre respetando al máximo su autonomía y sus derechos.

Son necesarias normativas facilitadoras que atiendan a las necesidades de las personas y facilitadoras para la prestación de servicio que requieren las personas que están en el entorno donde ya existen estructuras creadas (residencias, centros de día...), con un criterio de rentabilidad tanto de estructuras como de personal. Esto afecta especialmente en los entornos rurales.

#### **VI.5. DESARROLLO DE LA COLABORACIÓN PÚBLICO-PRIVADA**

Se requiere un impulso de la colaboración público-privada, potenciando el papel de las empresas y servicios de carácter privado en la prestación de servicios, desarrollando y aprovechando los recursos existentes.

La distribución de responsabilidades debería articularse de forma que se potenciara la función política, estratégica y de control de la administración (análisis de la demanda,

planificación de la oferta, contratación y supervisión) y fuese la iniciativa privada la responsable de la inversión, la innovación y la gestión operativa. El ciudadano, en la mayoría de los casos contribuyente, también debería sentirse corresponsable y ejercer sus derechos, pero también tener presentes sus obligaciones, asumiendo su responsabilidad individual.

A su vez, sería necesario establecer un sistema de pago para el sostenimiento de la relación con visión a largo plazo, que cumpla plazos, en igualdad de condiciones para todos los proveedores de servicios, que retribuya las inversiones en función de los riesgos transferidos y que tenga en cuenta el coste real de los servicios, así como la evolución del IPC en los precios acordados.

Es importante recalcar que el objetivo de este apartado es el de destacar lo positivo de este tipo de colaboraciones. Pero no se entra a cuestionar qué modelo de gestión es más conveniente. Los servicios públicos deben ser regidos por dos principios fundamentales: el cumplimiento de los objetivos a perseguir y la eficiencia del modelo. Cada Administración debe asegurar estos servicios de la manera que considere más eficiente, ya sea a través de un modelo directo o a través de colaboración con el sector privado. Por ello, la exigencia de la eficiencia en el sector público es también una exigencia del mismo principio en el sector privado.

La realización de los servicios mediante la contratación de empresas privadas se caracteriza, en general, por una serie de condicionantes que lo hacen ser competitivo en relación a otras formas de gestión de estos servicios. Estos se pueden dividir en los siguientes ámbitos: condiciones económicas, ventajas relacionadas con la especialización de estas empresas, una mayor flexibilidad y capacidad de adaptación en la realización de los servicios, ventajas en materia de gestión del personal, un mayor acceso a la I+D+i y un mejor reparto de los riesgos asociados.

### **Aspectos económicos**

Si bien la realización de servicios de forma directa, en términos generales, permite eludir la aplicación del IVA<sup>5</sup> (aunque esta circunstancia se ve en parte contrarrestada por el hecho de no poder desgravarse el de las inversiones) y el ahorro del beneficio industrial asociado al empleo de mecanismos de colaboración público-privada, este ahorro se ve superado por el incremento de costes asociados a otros aspectos. Incremento que se produce al no poder acceder a las ventajas económicas asociadas a la colaboración público-privada.

Además, el pretendido ahorro del IVA es inexistente pues daría lugar (por el mismo importe) a un menor ingreso recaudatorio en el Estado, por lo que en términos del sector público ese ahorro es una suma cero.

Por otro lado, mediante la utilización de mecanismos de colaboración público-privada, las administraciones tienen acceso a la capacidad inversora del sector privado, sin necesidad de incrementar su endeudamiento.

La realización de inversiones por el sector privado supone, lógicamente, salvar las limitaciones presupuestarias públicas en cuanto a los costes de la inversión, cuyos resultados se cuantifican en plazos superiores a un año.

Desde el punto de vista de la economía de escala, la mayor capacidad de compra de las empresas privadas y su mayor margen de negociación les permite acceder a mejores precios que a las Administraciones Públicas.

### **Aspectos organizacionales**

La flexibilidad en la actuación de la empresa privada es mayor que la del sector público, lo que facilita las actuaciones de urgencia.

Los cambios en las estructuras internas de la Administración son más complicados que en las empresas privadas.

La gestión indirecta de determinados servicios es, por ello, una posibilidad cada vez más utilizada, ya que, desde el punto de vista de las competencias básicas, permite centrarse en la mejora del servicio público más cercano al ciudadano, eliminando las rigideces de los

---

<sup>5</sup> Se excepcionan aquellos servicios exentos de IVA

recursos fijos y mejorando su conocimiento aprovechando la experiencia de sus proveedores.

La experiencia muestra que las distorsiones económicas provocadas por las interferencias políticas en el sector público empresarial no son adecuadas, y con la colaboración público-privada, sometida a los rigores y controles de la Ley de Contratos del Sector Público o de la normativa de aplicación, se elimina tal posibilidad.

### **Aspectos laborales**

La mejor gestión del coste laboral y del horario de prestación del servicio se ven reforzados también por el hecho de que, habitualmente, los servicios prestados por gestores privados presentan unos menores índices de absentismo (como consecuencia de las medidas adoptadas para su control y reducción progresiva), y las plantillas acostumbran a estar más ajustadas al personal estrictamente necesario para el desarrollo de los diferentes servicios.

### **Aspectos relacionados con la especialización**

El grado de especialización de las empresas privadas les permite proponer a sus clientes aquellos sistemas de trabajo más eficaces, impulsar la optimización de los servicios, desarrollar sistemas de control de calidad e implementar servicios sostenibles desde el punto de vista ambiental.

La situación de empresas privadas en regiones con densidad poblacional pequeña, permite generar economías de escala que aumentan la eficiencia de los servicios. Estas economías de escala se aplican tanto al personal, como en las infraestructuras que soportan dichos servicios.

### **Aspectos relacionados con la I+D+i**

La apuesta por la I+D+i en la empresa privada es un elemento básico de su estrategia de negocio, dado que le permite el desarrollo de ventajas competitivas respecto a su competencia.

Mediante la adopción de mecanismos de colaboración público-privada, el sector público se beneficia de las innovaciones desarrolladas por parte de los gestores privados. Asimismo, las entidades locales se benefician de las innovaciones identificadas mediante la actividad de vigilancia tecnológica realizada por el sector privado, y de la posterior transferencia de conocimiento de este último hacia los gestores públicos.

## **VI. 6. GESTIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA. PROFESIONALIZACIÓN DE LOS AGENTES IMPLICADOS**

La profesionalización de los servicios debe ser un principio básico. Para el caso de que se apruebe una nueva Ley en la materia, se debe recoger expresamente el reconocimiento de los cuidados a la persona dependiente desde la dignidad, el desarrollo de su autonomía y la protección de sus derechos.

El perfil de alta complejidad de las personas en situación de dependencia hace necesario que se produzca una transformación en el perfil profesional de los proveedores de los cuidados. Así, se debe apostar por la especialización profesional y formación continua de los implicados y el establecimiento de un correcto sistema de acreditación que garantice unos niveles mínimos de cualificación.

La formación de los profesionales para las nuevas necesidades y los nuevos modelos de atención son necesarios para poder ofrecer la calidad que necesitan nuestros mayores.

## **VI.7. COORDINACIÓN SANITARIA REAL Y EFECTIVA**

Entre las prioridades comunitarias en políticas de protección social, aprobadas el 17 de septiembre de 2015, se encuentra que “la dirección de las reformas orientadas a la sostenibilidad de los sistemas de atención a la dependencia debería asegurar al mismo tiempo el acceso a cuidados de larga duración adecuados, asequibles y de calidad. Para ello se necesita pasar de un enfoque meramente reactivo de las políticas en esta área a una orientación proactiva que persiga la prevención de la pérdida de autonomía y con ello

reduzca la necesidad de cuidados, al tiempo que reforzar la calidad de los mismos, integrando los elementos sociales y sanitarios de su provisión”

Ahondando en este aspecto, como indica el artículo 14.1 de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, “la atención sociosanitaria comprende el conjunto de cuidados destinados a aquellos enfermos, generalmente crónicos, que por sus especiales características pueden beneficiarse de la actuación simultánea y sinérgica de los servicios sanitarios y sociales para aumentar su autonomía, paliar sus limitaciones o sufrimientos y facilitar su reinserción social”. Por ello, convendría tenerse en cuenta:

- a) El envejecimiento de la población implica revisar las políticas sanitarias centradas en la atención de agudos, para sustituirlas por políticas coordinadas entre las Consejerías de Sanidad y Asuntos Sociales, que den solución integral a las personas necesitadas de cuidados sociosanitarios no agudos: transición desde el hospital (convalecencia), cronicidad (larga estancia) y cuidados paliativos.
- b) Las estancias inadecuadas y excesivamente prolongadas de pacientes en hospitales generan gastos e ineficiencia.
- c) La colaboración con el sector privado en la atención a los mayores desde la perspectiva sociosanitaria es ineludible y creciente, porque da mayor satisfacción al paciente y libera recursos hospitalarios.
- d) Cada vez más, las estancias residenciales en el ámbito privado implican atención especializada sanitaria, incluyendo terapias rehabilitadoras. Ello exige una recualificación de los profesionales del sector y una adecuación de la financiación.
- e) La disparidad de prestaciones sociosanitarias entre Comunidades Autónomas y la necesidad de una financiación adecuada (incluido el debate sobre la extensión del copago), implican un gran pacto político sobre esta materia a nivel estatal.

El perfil de las nuevas personas en situación de Dependencia, su estado de salud, sus demandas, estilos de vida y situaciones familiares actualmente requieren de una atención

sociosanitaria, integral y continuada; tanto en el ámbito comunitario por residir en sus domicilios, como para las que se encuentran en centros residenciales sociosanitarios.

Para ello lo primero y fundamental es tener la voluntad por parte de los sistemas y servicios sociales y sanitarios, de aunarse como expresión mucho más intensa que una mera coordinación y/o colaboración para afrontar estas situaciones. Pero también es necesario dotarse de instrumentos para llevarla a cabo. Entre otros, es necesario compartir la información que a través de la historia personal (clínica y social) facilita esta atención y es eficaz en la mejora en la salud de la persona.

Compartir información e integrar la atención de los distintos profesionales, sanitarios y sociales, que participan en la atención y cuidados de salud, contribuye a mejorar la salud de las personas y sus familias. Se debe contemplar así la existencia de la historia sociosanitaria única, facilitando a todos los agentes la historia de salud y social del mayor, a través de la integración informática. Esta integración conlleva la necesaria unidad de criterios normativos a nivel nacional.

Y también básicamente es necesario tener “equipos de gestión”, de coordinación y seguimiento de los pacientes, y dentro de ellos “gestores de casos”.

Tratándose, casi en la totalidad de los usuarios, de beneficiarios del Sistema Nacional de Salud son los centros, servicios y profesionales del ámbito comunitario los que están mejor preparados y donde se debe realizar esa coordinación y seguimiento para lograr una atención integral y continuada por el perfil del dependiente, tanto para los que residen en sus domicilios como para los que pasan a residir en un centro.

En ambos casos, las acciones de prevención y promoción de la salud, diagnóstico, pruebas y análisis médicos, derivación a hospitales, coordinación de las situaciones de ámbito familiar y social y, por supuesto, la prescripción y dispensación para el cumplimiento de los tratamientos farmacoterapéuticos se dan en este ámbito de forma generalizada y continua.



El envejecimiento de la población unido al cambio en el patrón de las enfermedades provocado por el incremento de la cronicidad, la pluripatología y las situaciones de dependencia, tienen una incidencia directa en el perfil de personas que están siendo atendidas actualmente en los centros residenciales en España.

La mayoría de las personas mayores que optan por un servicio de atención residencial lo hacen principalmente debido a problemas de salud complejos, asociados a niveles de dependencia cada vez más elevados, que requieren de atención por profesionales y recursos especializados de carácter sanitario además de social. Su situación conlleva una prestación farmacéutica compleja y la utilización de productos sanitarios y de nutrición enteral, que deben gestionar, no sin dificultades, los centros residenciales y los profesionales.

Las estructuras sanitarias en las residencias existen por necesidad y porque en muchos casos son las propias Consejerías de Servicios Sociales quienes las exigen, pero no existe una adecuada coordinación entre los equipos de atención sanitaria de las residencias y los de atención primaria que tienen asignados los residentes, ni con sus hospitales de referencia, con las consiguientes duplicidades e ineficiencias.

Tampoco existe una contraprestación económica por la asistencia sanitaria prestada en las residencias. Ello ejerce una importante presión sobre los costes, que en muchos casos acaba asumiendo el usuario final. La paradoja es que a pesar de que la asistencia sanitaria es de carácter universal y gratuito en España, la que se presta en las residencias no está financiada por los presupuestos públicos.

En este sentido se proponen un conjunto de recomendaciones en relación con el papel que deberían tener los centros residenciales como dispositivos incluidos en un modelo integrado de atención social y sanitaria, que permita mejorar la calidad de vida de las personas, a la vez que mejorar la eficacia y eficiencia del sistema de atención:

- El punto de partida debería ser la aprobación de un marco común para el desarrollo de un sistema de atención sociosanitaria en el conjunto del Estado, e integrar en este sistema la atención a las situaciones personales de dependencia.
- Los centros residenciales debidamente acreditados por Sanidad y Servicios Sociales deberían ser considerados centros de Atención Sociosanitaria o atención intermedia y no meros sustitutos del hogar, tal y como sucede actualmente.
- Debería promoverse un modelo de Acreditación Sanitario y Social para los Servicios de atención a la cronicidad y a la dependencia, por grados de dependencia, orientado a resultados y que garantice la excelencia y la mejora continua en la calidad de la atención.
- Asimismo, la financiación de la atención sociosanitaria prestada por los centros residenciales debería establecerse por cada Comunidad Autónoma dentro de los esquemas de su modelo de financiación, teniendo en cuenta el peso de la prestación sanitaria y social que asumen los centros.
- En un modelo integrado de atención sociosanitaria los centros residenciales debidamente acreditados y con acceso a la historia clínica compartida del Servicio de Salud y del Servicio Social, estarían en disposición de prestar la siguiente atención: una coordinación sociosanitaria inicial, para llegar a una integración de los Servicios Sociales y Sanidad.
- No se debe de imponer ningún sistema de prestación farmacéutica que excluya a la Oficina de Farmacia, como prestadora de este servicio, máxime cuando lo ha venido desarrollado de forma eficaz y eficiente.

Es necesario e importante hacer una mención especial a la prestación farmacéutica, como prestación de la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud y teniendo en cuenta que cada vez cobra mayor importancia en las personas en situación de dependencia la atención farmacéutica en el cuidado y mejoras de su salud, y el importante papel del farmacéutico en esta colaboración y coordinación entre profesionales.

La prestación farmacéutica comprende los medicamentos y los productos sanitarios, así como el conjunto de actuaciones encaminadas a que los pacientes los reciban y los utilicen de forma adecuada a sus necesidades clínicas y en las dosis precisas según sus requerimientos individuales, durante el período de tiempo adecuado, con la información necesaria para su correcto uso y al menor coste posiblesin perjuicio de los productos ortoprotésicos y de apoyo a la vida diaria que corresponden a las ortopedias.

En cualquier caso, se debe garantizar un acceso igual a fármacos, productos sanitarios y dietéticos, tanto para las personas que se encuentren residiendo en un centro sociosanitario como para las que se encuentren residiendo en su domicilio particular. El acceso a los productos y tratamientos debe estar sujeto simplemente a la elección del personal sanitario que les atienda, contando dichos profesionales con el mismo abanico terapéutico en ambos casos, sin discriminación por el régimen de residencia en que se encuentre el paciente; recordemos que este es un derecho subjetivo a la atención médica en condiciones de igualdad, recogido en el espíritu y el articulado de la LAPAD.

Por lo tanto, cualquier modelo que se establezca o determine para realizar la atención farmacéutica que engloba la prestación, debe ser siempre, entre otros, bajo los principios de equidad e igualdad en la accesibilidad a la atención farmacéutica en base a la normativa y requisitos sobre dispensación de medicamentos y productos sanitarios y, por supuesto, de su financiación por cada una de las partes a las que les corresponde realizarla, sin olvidar el de libre elección de Oficina de farmacia por parte del paciente. Dicho de otra manera, la forma de prestar esta atención o su organización no puede modificar estas condiciones, con independencia del lugar donde residen los beneficiarios.

Por otro lado, debe agilizarse la actualización de la cartera de servicios y el catálogo de prestación ortoprotésica para garantizar el acceso de pacientes y profesionales a nuevas tecnologías y productos y nuevos materiales que facilitan la labor de los cuidadores y mejoran radicalmente la calidad de vida de las personas dependientes. También debe

tenerse en cuenta, en este apartado, la importancia de garantizar la equidad en todo el territorio español y que no existan diferencias entre las Comunidades Autónomas.

## **VI.8. IMPULSO A LOS SERVICIOS DE AUTONOMÍA PERSONAL**

Con respecto al desarrollo de la Autonomía, hay que tener en cuenta aspectos que no se han puesto en práctica o lo han hecho poco. Para ello, se entiende preciso que una posible nueva Ley desarrolle las actividades del desarrollo personal que se han quedado algo estancadas, a través del impulso a Servicios de Ayuda a Domicilio y Servicios de Teleasistencia.

En este sentido, cobran un papel importante las actuaciones que se pueden desarrollar respecto a la Promoción de la Salud, la Prevención y los Programas de Promoción de la Autonomía Personal, a través de los equipos de coordinación y gestión, en la atención sociosanitaria y estos servicios de atención en el ámbito domiciliario.

A este respecto, cabe señalarse que el informe del Consejo Asesor de Sanidad, sobre “Coordinación y Atención Sociosanitaria”, indicaba que “[...] se potenciará la atención farmacéutica domiciliaria desde la oficina de farmacia, los supuestos de polimedicación, la bioapariencia en los medicamentos y la teleasistencia, promoviendo acuerdos entre las administraciones sanitarias, responsables de los servicios de ayuda domiciliaria, impulsando la mejora en el uso de los medicamentos y productos sanitarios”, aprovechando la gran capilaridad de la Oficina de Farmacia y su accesibilidad por parte del paciente, sin perjuicio de los productos ortoprotésicos y de apoyo técnico para la autonomía personal que corresponden a las ortopedias.

Con independencia de lo anterior, cabe poner de manifiesto que cada vez más estudios científicos proporcionan evidencias interesantes de que las mascotas podrían promover una mejora en la salud física y psicológica de sus dueños; facilitar estilos de vidas más activos y saludables; ayudar a mantener o a mejorar la funcionalidad de las personas mayores y proporcionar un respaldo emocional en una amplia serie de contextos en los que la vida se torna desafiante.

Por ello, sería conveniente recopilar datos clínicos y poder hacer estudios sobre el impacto en la salud y el bienestar de la relación de los seres humanos con los animales y acercar las profesiones médica y veterinaria para una mayor colaboración para la realización de planes estratégicos y preventivos en la convivencia con los animales de compañía y en su uso terapéutico en dependientes.

#### **VI.9. MEJORA DE LOS SISTEMAS DE VALORACIÓN**

Es necesario, por otra parte, mejorar los sistemas de baremación, así como la cartera de servicios, mejorando el procedimiento y la información, y enfocando el proceso asusimplificación.

#### **VI.10. MODELOS DE CONTRATACIÓN PÚBLICA EN EL SECTOR DE LA DEPENDENCIA**

Con referencia a las adjudicaciones y en coherencia con las premisas de calidad que pone en valor el modelo, jamás deberían prevalecer los criterios económicos sobre los criterios técnicos de atención. Por otro lado, la reciente Ley 9/2017, de 8 de noviembre, de Contratos del Sector Público, por la que se trasponen al ordenamiento jurídico español las Directivas del Parlamento Europeo y del Consejo 2014/23/UE y 2014/24/UE, de 26 de febrero de 2014, publicada en el BOE el 9 de noviembre de 2017, recoge la posibilidad de que las Comunidades Autónomas concierten servicios sociales con entidades privadas fuera de la normativa de contratación pública, a través de un procedimiento especial, pero siempre respetando los principios de publicidad, transparencia y no discriminación. Por tanto, las normativas autonómicas que se pongan en marcha a partir de ahora para regular los conciertos sociales deberán permitir en todo caso la participación de cualquier tipo de entidad privada en las mismas condiciones, independientemente de su forma jurídica o que tenga o no ánimo de lucro.

Desde el punto de vista de las organizaciones empresariales, la contratación y concertación de servicios de garantía pública con entidades privadas no debería limitarse al ámbito no lucrativo, sino que debería buscarse la máxima calidad en los servicios de atención a las personas, independientemente de la forma jurídica de las entidades que los prestan.

## **VI.11. TRATAMIENTO DEL IVA**

Los diferentes tipos de IVA aplicados a los servicios de atención a la dependencia en España, en función de la naturaleza jurídica del proveedor o del comprador, resultan en una verdadera distorsión de la competencia en el mercado y provocan que los usuarios de estos servicios deban asumir costes diferentes.

Actualmente, los tipos impositivos para estos servicios se aplican de la siguiente manera:

- Los servicios prestados por las empresas privadas para clientes privados están sujetos a un tipo de IVA reducido del 10%.
- Los servicios prestados por empresas privadas, contratadas por la administración pública, están sujetos a un tipo de IVA superreducido del 4%.
- Los servicios prestados por organizaciones sociales o de derecho público están exentos de IVA.

Esto supone un agravio comparativo y de convivencia entre los usuarios que disponen del reconocimiento del servicio concertado y de aquellos que están pendientes de resolución u optan por servicios privados.

Por otro lado, los servicios sociales de varios estados miembros de la UE están exentos de IVA o sujetos a tipos de IVA reducido.

Por ello, se plantea como necesidad imperiosa la de homogeneizar el tipo de IVA aplicado al sector de la dependencia, igualándolo al tipo superreducido (4%) que no diferencie los

mismos servicios y asistencia según se trate de titularidad o financiación de un servicio por parte de una Administración Pública o por parte de un particular. El tipo de IVA ha de depender del Servicio prestado y no del pagador o usuario final, por tanto, se debe poner fin a la situación actual que es absolutamente discriminatoria.

## **VI.12. ASEGURAMIENTO DE LA DEPENDENCIA**

La cobertura de la dependencia realizada a través de un contrato de seguro obliga al asegurador, para el caso de que se produzca la situación de dependencia, conforme a lo dispuesto en la normativa reguladora de la promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia, y dentro de los términos establecidos en la ley y en el contrato, al cumplimiento de la prestación convenida con la finalidad de atender, total o parcialmente, directa o indirectamente, las consecuencias perjudiciales para el asegurado que se deriven de dicha situación.

El contrato de seguro de dependencia puede articularse mediante pólizas individuales o colectivas, pudiendo ser instrumentadas por entidades aseguradoras de los ramos de vida y enfermedad.

Con respecto a la exclusión en los seguros privados de dependencia del cálculo de la capacidad económica personal del beneficiario, la justificación se encuentra en garantizar la sostenibilidad y estabilidad financiera del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD), puesto que, cuanto mayor sea la capacidad de los beneficiarios para hacer frente a su cofinanciación (copago), menores serán las tensiones financieras futuras sobre dicho sistema.

Resultaría una contradicción que las prestaciones derivadas de los seguros privados de dependencia se incluyeran en el cómputo de la capacidad económica personal del beneficiario, incrementando su nivel de copago, cuando la finalidad de estos instrumentos es precisamente facilitar la cofinanciación (copago) por los beneficiarios de los servicios establecidos en la Ley.

Si no se excluyera del cálculo de la capacidad económica las prestaciones derivadas de los seguros privados de dependencia se estaría penalizando precisamente a aquellos ciudadanos que han sido más previsores durante su vida, detrayendo parte de su renta disponible para asegurarse de que podrán hacer frente a su copago en caso de devenir dependientes.

Carece de sentido que, aquellos ciudadanos que han sido más previsores, contratando un seguro privado de dependencia para facilitar su cofinanciación de los servicios, tengan que hacer frente, por ello, a un mayor nivel de copago.

Teniendo en cuenta lo anterior, se aboga por que no se compute para el cálculo de la capacidad económica personal del beneficiario las rentas derivadas de los seguros privados de dependencia y, que tampoco se computen como patrimonio, los derechos económicos del beneficiario en seguros privados de dependencia (algo que ya prevé, desde hace tiempo, el artículo 4. Cinco. e) de la Ley 19/1991, de 6 de junio, del Impuesto sobre el Patrimonio).

Asimismo, es necesaria una ampliación de la definición fiscal de los seguros de dependencia para poder ser contratados por personas ya dependientes. La definición regulatoria de los seguros de dependencia contenida en el apartado 2 de la Disposición Adicional Segunda de la Ley 41/2007 supone, en la práctica, que sólo pueden contratar ese tipo de seguros las personas que todavía no son dependientes.

Se considera que, con independencia de su definición regulatoria, el ámbito fiscal de cobertura de los seguros privados de dependencia no debe limitarse a las personas no dependientes, sino que también debería poder alcanzar a todas aquellas personas que en la actualidad ya lo son o que vayan a devenir dependientes a corto plazo.

Estas personas dependientes o, sobre todo, sus familiares (por ejemplo, los hijos) pueden querer contratar un seguro que les garantice una prestación o una renta o asistencia vitalicia



a cambio de una prima única, cobertura que entendemos se debe fomentar por la finalidad social que se consigue a través de este tipo de operaciones.

El que estas operaciones de cobertura de supervivencia de dependientes puedan tener la calificación fiscal de seguros privados de dependencia es muy importante, ya que permitiría que la prima única satisfecha por el dependiente pudiera ser objeto de reducción en la base imponible de conformidad con lo previsto en artículo 51.5 de la Ley 35/2006, de 28 de noviembre, del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas.

También posibilitaría, de conformidad con el precepto anteriormente citado, el que las primas que pudieran ser satisfechas por familiares directos del dependiente no queden sujetas al Impuesto sobre Sucesiones y Donaciones y ser reducidas en la base imponible del IRPF con los límites y condiciones señalados.

## VII. RESUMEN EJECUTIVO DE PROPUESTAS

1. **Impulso decidido de la Prestación Económica Vinculada al Servicio (PEVS)**, como el mejor instrumento que respete el derecho a decidir de los beneficiarios y dando más transparencia al sistema en su conjunto, y retomando el espíritu de la Ley como Ley de Servicios.
2. **La Profesionalización de los Servicios** debe ser un principio básico. La nueva Ley debe recoger expresamente el reconocimiento de los cuidados a la persona dependiente desde la dignidad, el desarrollo de su autonomía y la protección de sus derechos.
3. **Necesidad de contar con un sistema de acreditación** equitativo y fundamentado en unos principios que garanticen unos mínimos comunes de atención entre las diferentes Comunidades Autónomas. Es necesario establecer unos requisitos mínimos y homogéneos de calidad y acreditación que permitan la cohesión territorial en el conjunto del Estado, y que permitan dotar al sistema de una unidad de mercado que garantice una calidad objetiva y equiparable entre todas las CCAA.

4. **Potenciar la colaboración público-privada**, fomentando el papel de las empresas y servicios de carácter privado en la prestación de servicios, desarrollando y aprovechando los recursos existentes.
5. **Nuevo modelo de financiación**, diferenciando los costes reales (módulos) de un centro residencial, y actualizando y adecuando los costes medios de atención residencial a los costes reales para el cálculo de la ayuda. Los principales cambios serían:
  - a. Módulo o prestación de servicios de tipo asistencial y social
  - b. Módulo o prestación de servicios de tipo sanitario
  - c. Módulo o prestación de servicios de alojamiento y manutención
6. **Necesidad de un debate abierto sobre el copago**, debiendo instrumentarse un ejercicio real y responsable de copago en función de la renta y el patrimonio de la persona que será atendida. Si se pretende una evolución positiva del Sector de la dependencia, los criterios de mejora en la gestión de los Servicios deben venir directamente relacionados con unos ajustes de tarifas y ratios de personal que correspondan a unos servicios de calidad.
7. **Coordinación sociosanitaria** inicial, para llegar a una integración de los Servicios Sociales y Sanidad. Se debe contemplar la historia sociosanitaria única, facilitando a todos los agentes la historia de salud y social del mayor, a través de la integración informática. Esta integración conlleva la necesaria unidad de criterios normativos a nivel nacional.
8. **Desarrollo de la Autonomía**, teniendo en cuenta aspectos relativos a la misma que no se tan puesto en práctica o lo han hecho poco. Para ello se considera que una posible nueva Ley debería desarrollar las actividades del desarrollo personal que se han quedado algo estancadas, a través del impulso a Servicios de Ayuda a Domicilio y Servicios de Teleasistencia.

9. **La formación de los profesionales** para las nuevas necesidades y los nuevos modelos de atención es necesario para poder ofrecer la calidad que necesitan nuestros mayores. En este sentido se entiende necesario que las Administraciones adapten el pago de la prestación al servicio ofrecido, dado que en este momento quien sostiene el coste del servicio son los trabajadores, las empresas y los usuarios privados.
10. **En relación a la prestación farmacéutica en el ámbito sociosanitario** y/o en los centros sociosanitarios, debe seguir prestándose desde la Oficina de Farmacia, la cual ha desarrollado y asumido un rol indispensable en el ámbito sociosanitario y atendido de forma eficaz y eficiente a los centros sociosanitarios independientemente de su número de camas, por lo que es necesario valorar desde otras perspectivas no meramente economicistas la incidencia real, en la prestación farmacéutica en el ámbito sociosanitario, de las medidas establecidas en el artículo 6 del Real Decreto-Ley 16/2012, y su posible revocación. Además, es necesario e importante subrayar que se trata de una prestación de la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud. La prestación farmacéutica comprende los medicamentos, productos sanitarios y actuaciones propias del farmacéutico, sin perjuicio de los productos ortoprotésicos y de apoyo a la vida diaria que corresponden a las ortopedias.
11. **Necesidad de mejorar los sistemas de baremación**, así como **la cartera de servicios**, mejorando el procedimiento y la información, y enfocando el proceso a la simplificación del mismo.
12. Necesidad de **homogeneizar el tipo de IVA** aplicado al sector de la dependencia, igualándolo al tipo superreducido (4%) que no diferencie los mismos servicios y asistencia según se trate de titularidad o financiación de un servicio por parte de una Administración Pública o por parte de un particular. El tipo de IVA ha de depender del Servicio prestado y no del pagador o usuario final, y por tanto debemos poner fin a la injusta situación que vivimos actualmente.

13. Respecto del **aseguramiento de la dependencia**, se considera necesario que no se compute para el **cálculo de la capacidad económica personal del beneficiario** las rentas derivadas de los seguros privados de dependencia y tampoco se compute como patrimonio los derechos económicos del beneficiario en este tipo de seguros, ya que, por el contrario, se estaría penalizando a aquellos ciudadanos que han sido más previsores, al contratar un seguro de dependencia para la cofinanciación de los servicios, con un mayor nivel de copago.

Por otra parte, sería necesaria una **ampliación de la definición fiscal de los seguros de dependencia** para poder ser contratados por personas ya dependientes o familiares directos de éstas, permitiendo que las primas satisfechas por el dependiente o familiar pudieran ser objeto de la correspondiente reducción en base imponible de conformidad con lo previsto en artículo 51.5 de la Ley 35/2006 del IRPF y, en el segundo caso, no estuvieran sujetas al Impuesto sobre Sucesiones y Donaciones.

14. **Contratación Pública y Concertación de Servicios Sociales.** Con referencia a las adjudicaciones y en coherencia con las premisas de calidad que pone en valor el modelo, jamás deberían prevalecer los criterios económicos sobre los criterios técnicos de atención. Por otro lado, la reciente Ley 9/2017, de 8 de noviembre, de Contratos del Sector Público, por la que se trasponen al ordenamiento jurídico español las Directivas del Parlamento Europeo y del Consejo 2014/23/UE y 2014/24/UE, de 26 de febrero de 2014, recién publicada en el BOE el pasado 9 de noviembre, recoge la posibilidad de que las Comunidades Autónomas concierten servicios sociales con entidades privadas fuera de la normativa de contratación pública, a través de un procedimiento especial, pero siempre respetando los principios de publicidad, transparencia y no discriminación. Por tanto, las normativas autonómicas que se pongan en marcha a partir de ahora para regular los conciertos sociales deberán permitir en todo caso la participación de cualquier tipo de entidad privada en las mismas condiciones, independientemente de su forma jurídica o que tenga o no ánimo de lucro.

\*\*\*\*\*

BORRADOR



**CEOE**

CONFEDERACIÓN ESPAÑOLA DE  
ORGANIZACIONES EMPRESARIALES

Calle Diego de León, 50

28006 Madrid

(+34) 91 566 34 00