Edad&Vida

Instituto para la mejora, promoción
e innovación de la calidad de vida
de las personas mayores

POSICIONAMIENTO ANTE LA FUTURA LEY DE LA DEPENDENCIA

Ponencia ante el SENADO

Madrid, 14 de marzo de 2005

El Instituto **Edad & Vida** es una **Entidad sin ánimo de lucro** que ha sido **creada por empresas** procedentes de diferentes sectores de la economía relacionados, directa o indirectamente, con las personas mayores.

Su razón de ser es **promover la corresponsabilidad y el equilibrio entre sector público y la iniciativa privada,** con el fin de dar respuesta a los retos económicos y sociales del envejecimiento de la población.

Sus actividades están realizadas **desde una perspectiva empresarial, promoviendo** la reflexión de manera que se cree un **estado de opinión independiente** y mejoren los comportamientos de todos los agentes del entorno de la gente mayor.

PRESENTACIÓN

Edad&Vida

OBJETIVOS

1. **MEJORA**: *Nueva cultura* que considere a la persona mayor como un *activo* para la sociedad

2. **PROMOCIÓN, IMPULSO Y FACILITACIÓN DEL CONOCIMIENTO:** En torno a cuestiones socioeconómicas y de calidad de vida de las personas mayores.

3. **INNOVACIÓN:** En investigación, desarrollo y formación y profesionalización.

EL OBJETIVO PRINCIPAL ES FACILITAR Y PROMOVER LA COLABORACIÓN ENTRE EL SECTOR PÚBLICO Y EL SECTOR PRIVADO

Definición de dependencia:

"Son personas dependientes quienes, por razones ligadas a la falta o la pérdida de capacidad física, psíquica o intelectual, tienen necesidad de una asistencia y/o ayuda importante para la realización de las actividades de la vida diaria"

(Consejo de Europa, 1998)

Edad&Vida

Diferencia entre:

Actividades **Básicas** de la Vida Diaria (ABVD):

- Levantarse, acostarse, permanecer de pie o sentado.
- Controlar las necesidades y utilizar solo el servicio
- Comer y beber
- Vestirse, desvestirse, arreglarse
- Asearse solo: lavarse y cuidarse su aspecto
- Desplazarse dentro del hogar

Actividades **Instrumentales** de la Vida Diaria (AIVD):

- Deambular sin medio de transporte
- Cuidarse de la compras y del control de los suministros y servicios
- Cuidarse de las comidas
- Cuidarse de la limpieza y el planchado de la ropa
- Cuidarse de la limpieza y el mantenimiento de la casa

Evolución sanitaria y social hacia la dependencia

Edad&Vida

INDIVIDUO

Recursos

Años 70 y mediados de los 80

Familia y atención médica

Aislamiento

Mediados de los 80 hasta finales de los 90

Familia, atención sanitaria y social

↓

Prevención

↓

Finales de los 90 hasta hoy en día

Familia, atención médica, social y entorno

↑

Calidad de vida

Evolución del Estado de Bienestar ↓

IMPORTANCIA DEL ENTORNO en la Dependencia

"Las limitaciones funcionales sufridas por el individuo no derivan únicamente de sus propias características (físicas, sociales y económicas) sino también de las características de su entorno y del medio en el que se desarrollan sus **actividades habituales, sean estas características arquitectónicas, jurídicas, administrativas, geográficas o familiares**"

(Puga González, 2001)

Necesaria la colaboración y coordinación entre Administraciones
Integración de servicios

Características de la dependencia

MULTICAUSALIDAD

Causa orgánica

Discapacidad

Trastornos cognitivos

Trastornos conductuales

Soledad

Falta de apoyo

Dificultades económicas

MULTIDIMENSIONALIDAD

Dependencia transitoria

Dependencia física

Dependencia social

Dependencia económica

Dependencia funcional

VALORACIÓN FUNCIONAL

La trayectoria hacia la dependencia no está marcada por un solo itinerario

(Fontanele et al. 2004)

Características diferenciales de las enfermedades crónicas:

- Son permanentes e irreversibles.
- Son multicausales.
- Requieren el entrenamiento específico del paciente y de su familia.
- Precisan largos periodos de cuidados y tratamiento.
- Conllevan sentimientos de pérdida.

CRONICIDAD

Personas con alguna discapacidad que tienen diagnosticadas determinadas enfermedades crónicas por enfermedad y sexo. **Población de 80 o más años.**

Enfermedad crónica	Ambos sexos	
	n	Tasa (x 10.000)
Espina Bífida / hidrocefalia	1.174	0,4
Síndrome de Down	228	0,1
Autismo	0	0,0
Hemofilia	0	0,0
Parálisis cerebral	9.613	3,5
Traumatismo craneoencefálico	5.475	2,0
Enfermedad Mental	16.208	5,9
Retinosis pigmentaria	3.747	1,4
Artritis reumatoide	184.689	66,9
Distrofia muscular	25.406	9,2
Esclerosis lateral o múltiple	7.840	2,8
Infarto de miocardio	68.785	24,9
Accidentes cerebrovasculares	53.432	19,4
Demencia / Alzheimer	80.173	29,0
Parkinson	33 .082	12,0
Total	348.133	126,1

(INE, 1999)

Edad&Vida

ORIGEN "SANITARIO" DE LA ASS debido a:

- Presión del coste sanitario
- Crecimiento de la población de mayores (80 y más años)
- Reconocimiento de que la atención hospitalaria no resuelve las necesidades de cuidados de la dependencia
- Legitimidad social del sistema público sanitario frente a la menor dimensión y modesta legitimidad social de los servicios sociales.

ASS → NECESIDADES →

Objetivo: intervención unificada

Contenido: Atención sanitaria, rehabilitación y apoyo social

Metodología: trabajo interdisciplinar

Derecho: derecho universal por la vía sanitaria, pero no por la social

Ley de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud

(LEY 16/2003, de 28 de mayo)

Artículo 14. Prestación de atención sociosanitaria.

1. La atención sociosanitaria comprende el conjunto de cuidados destinados a aquellos enfermos, generalmente crónicos, que por sus especiales características pueden beneficiarse de la actuación simultánea y sinérgica de los servicios sanitarios y sociales para aumentar su autonomía, paliar sus limitaciones o sufrimientos y facilitar su reinserción social.

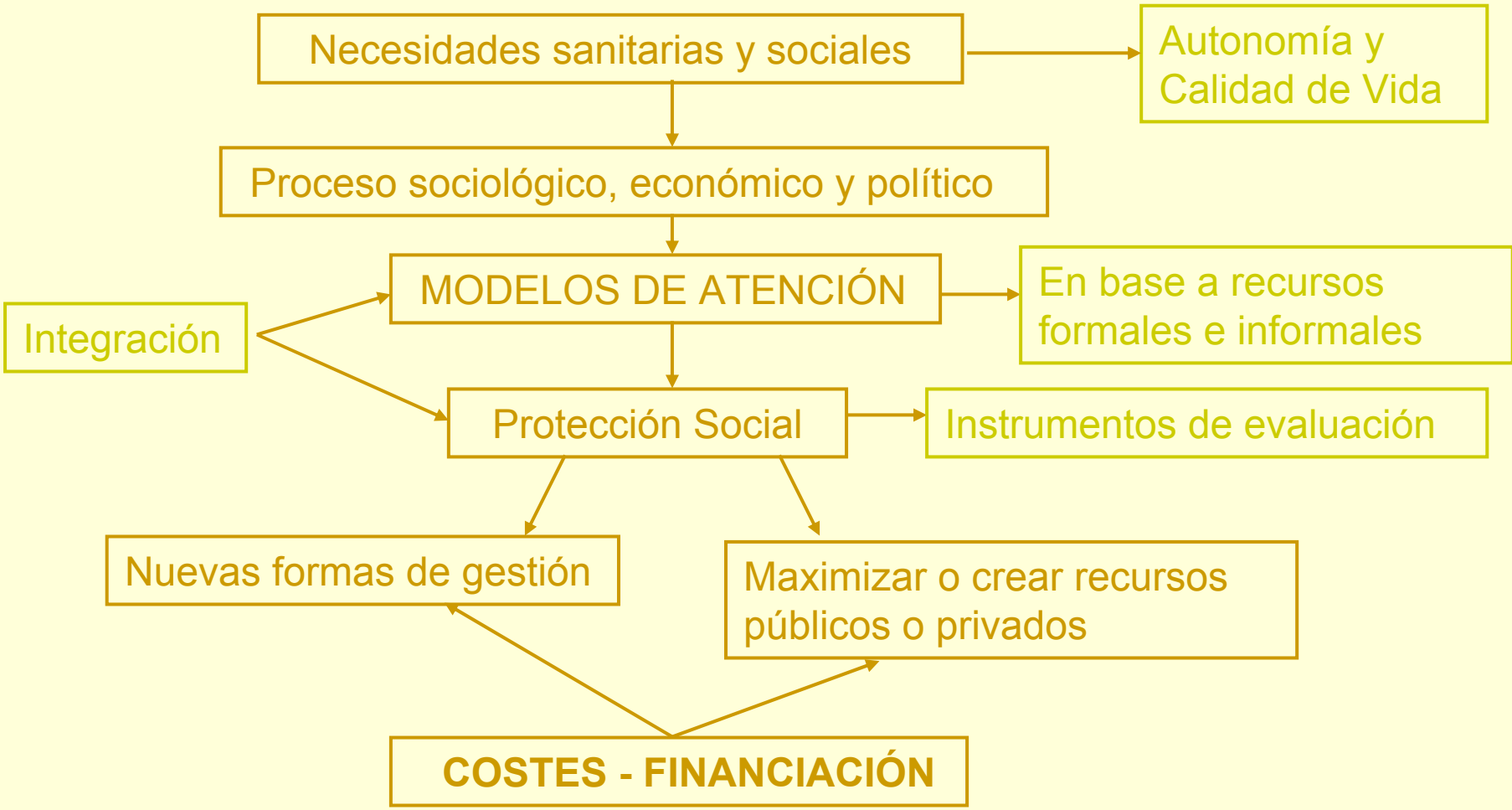
2. En el ámbito sanitario, la atención sociosanitaria se llevará a cabo en los niveles de atención que cada Comunidad Autónoma determine y en cualquier caso comprenderá:

   a) Los cuidados sanitarios de larga duración.
   b) La atención sanitaria a la convalecencia.
   c) La rehabilitación en pacientes con déficit funcional recuperable.

3. La continuidad del servicio será garantizada por los servicios sanitarios y sociales a través de la adecuada coordinación entre las Administraciones públicas correspondientes.

Edad&Vida

SISTEMATIZACIÓN DEL CONTEXTO SOCIAL DE LA DEPENDENCIA



(Fontanals et al, 2005)

MARCO REGULADOR

1. **Integración de servicios**: Políticas de atención integral, acuerdo marco sectorial, unidades de coordinación y financiación por procesos.

2. **Cartera de servicios**: Catálogo de prestaciones y formas de acceso

3. **Acreditación**: Establecimiento de un sistema de acreditación de los servicios prestar.

4. **Criterios de acceso**: Actuales puertas de entrada de los servicios sociales y creación de un órgano específico, comisión de área o de zona geográfica. Máxima de a igual proceso, igual derecho.

5. **Formación:** Necesidad de marcar unos principios fundamentales para la regulación de nuevas profesiones y homogeneización de títulos

6. **Calidad:** Incorporación de indicadores y de un sistema estructurado con definición de procesos. Control de calidad por parte de la Administración.

MARCO REGULADOR: VALORACIÓN DE LA DEPENDENCIA

1. **Criterios equivalentes** a nivel Estatal valorados por Agencias de la Dependencia en las distintas Comunidades Autónomas.

2. **Instrumento único de valoración de la dependencia funcional** que permita clasificar según nivel de severidad.

3. **Plan terapéutico individualizado**

4. Instrumentos de valoración de los **cuidados a domicilio**

Aconsejamos la **adopción de herramientas de valoración sencillas**, de fácil acceso y aplicación, que puedan ser asumidas por diferentes niveles o servicios.

Edad&Vida

Orientaciones básicas de la ley para el modelo de atención

Orientada a las **Personas**

Orientada a la **Prevención**

Orientada al mantenimiento de la **Autonomía**

Orientada a **Resultados**

Edad&Vida

Niveles de dependencia

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

[1] Sumando profesionales sanitarios y sociales

Edad&Vida

Características:

UNIVERSALIDAD

EFICACIA

EQUIDAD

EFICIENCIA

SOSTENIBILIDAD ECONOMICA

Edad&Vida

PROPUESTA

1. **Financiación mixta, pública y privada**, suficientemente flexible para adaptarse a las condiciones cambiantes del fenómeno del envejecimiento.

2. **Dependencia como riesgo asegurable**. La dependencia es un riesgo en un contexto donde la probabilidad de que suceda un acontecimiento es relativamente baja (dependencia) y el impacto financiero es relevante.

3. **Financiación del seguro de dependencia en dos tramos**:

   - **Cobertura universal financiada públicamente** para los grandes riesgos (dependencia grave)

   - **Cobertura mixta con participación pública y privada incentivada fiscalmente y subvencionada** en función de la renta y el grado de dependencia.

Edad&Vida

EN RESUMEN

FINANCIACIÓN PÚBLICA

FINANCIACIÓN PRIVADA

GRAN DEPENDENCIA

OTROS NIVELES DE DEPENDENCIA

COBERTURA UNIVERSAL

INCENTIVOS ECONÓMICOS INVERSAMENTE PROPORCIONALES A LA RENTA

"VOUCHERS" DE LA PARTE PÚBLICA

INCENTIVOS FISCALES

Edad&Vida

PERIODO DE TRANSICIÓN

1. Acceso completamente gratuito por debajo de ciertos niveles económicos

2. Subvenciones que ayuden a pagar los costes de utilización de recursos privados para situaciones intermedias de renta

3. Ninguna ayuda para niveles superiores de renta

Edad&Vida

“El Gobierno mejorará el trato fiscal a los seguros de dependencia”

La reforma del IRPF que prepara el Ejecutivo prevé ampliar las ventajas fiscales de las que disfrutan los planes de pensiones a los seguros por dependencia (para personas que no pueden valerse por sí mismas), según avanzó el vicepresidente segundo del Gobierno y ministro de Economía y Hacienda, Pedro Solbes. (…)

El País, 7/3/05

⇨ Incentivar la previsión futura de las necesidades de dependencia con **sistemas alternativos para mejorar la capacidad económica de los mayores,** con la finalidad de completar las pensiones, ejemplos: seguro de dependencia, conversión de activos inmobiliarios en renta, …

CONCLUSIONES

1. Necesidad de un **gran consenso nacional** entre Administraciones

2. Ley de la dependencia como una **Ley de Bases de carácter Estatal**

3. Financiación como gran elemento de debate que requiere un gran pacto social

4. Necesaria implicación de los **Departamentos de Salud y Bienestar y Familia**: Mayor comunicación e integración entre niveles

5. Las familias tendrán que asumir una parte importante de la **consecuencia social de la dependencia**

6. Mayor **reconocimiento de la labor del sector privado**

7. Necesidad de unas reglas de juego claras que permitan la **participación de la iniciativa privada** (proveedores de servicios, aseguradoras, sector financiero y otros) **y el reparto de responsabilidades** con el sector público, los propios afectados y sus familias

SOCIOS PROMOTORES

Edad&Vida

SOCIOS COLABORADORES

Edad&Vida

CONFEDERACION ESPAÑOLA AULAS DE TERCERA EDAD

CEOMA

CENTRE DE RECERCA EN ECONOMIA I SALUT-CRES

CSIC

EADA
ESCUELA DE ALTA DIRECCIÓN Y ADMINISTRACIÓN

ESADE

ETEA
INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA DE LA COMPAÑÍA DE JESÚS

EUROPA
NOTARIO

Fundació Bosch i Gimpera
Universitat de Barcelona

CEU

FUNDACIÓ PERE TARRÉS
Escola Universitària de Treball Social i Educació Social
Universitat Ramon Llull

IESE Business School

Secot

IN LUMINE SAPIENTIA
UNIVERSITAS ALMERIENSIS

U.D.P.
Unión Democrática de Pensionistas y Jubilados de España

UNIVERSITAT DE VIC

UPC
UNIVERSITAT POLITÈCNICA DE CATALUNYA