

DIRECTORIO DE LINEAS

PARA EL IMPULSO Y MEJORA DEL SISTEMA DE DEPENDENCIA y LA POLITICA SOCIAL EN ESPAÑA

El sector de residencias de mayores de España tenía contratados en 2018 en torno a 164.700 profesionales, de los cuales, más del 20%, trabajan en entidades sin ánimo de lucro. En el conjunto de la dependencia, se da trabajo a unas 300.000 personas, si bien el trabajo vinculado a la ayuda a domicilio y la prevención es con jornadas laborales pequeñas, muy rara vez a jornada completa, lo cual lleva a estas actividades a una ultra representación. El sector no lucrativo tiene reconocida por los agentes sociales una representatividad del 13%. Este es nuestro peso y la fuerza de nuestra palabra, son nuestras obras: compromiso y solidaridad con la persona.

En España hay 5.378 residencias según informe a 31 de diciembre de 2017 con 366.335 plazas. Sólo 3 de cada 10 tienen titularidad pública y de éstas, más de la mitad son gestionadas por empresas. Más de 250.000 están esperando acceder a servicios. Durante la crisis, todos los días han fallecido 65 personas esperando acceder a una plaza residencial.

En España, las entidades sin ánimo de lucro que atienden a personas mayores en centros y servicios representan el 0,1% del PIB y dan empleo a más de 30.000 personas. Todos los años ahorran 176 millones € a las Administraciones Públicas, cantidad equivalente a la atención 9.000 servicios anuales de atención residencial y 100.000 servicios de atención domiciliaria.

Vamos a centrarnos en seis bloques de medidas que, en este momento, nos parecen de especial interés relacionadas con:

- 1º) El modelo de financiación del sistema.
- 2º) El modelo de colaboración pública - privada (análisis preliminar sobre la crisis sanitaria en el marco del COVID.19).
- 3º) La cooperación entre sanidad y servicios sociales.
- 4º) La cartera de servicios y su intensidad.
- 5º) El procedimiento de valoración de la dependencia y su evaluación.
- 6º) El apoyo al Tercer Sector.

I

MEDIDAS DIRECTAMENTE RELACIONADAS CON EL MODELO DE FINANCIACION DEL SISTEMA

- 1) Financiación inmediata de 3.000 millones de € a la AGE y una financiación adicional del conjunto de las Administraciones por importe de 4.066 millones de €. Compromiso de 11.000 millones € desde 2020 hasta 2030.

Las previsiones de financiación del sistema de dependencia y la realidad no han coincidido. Además, las perspectivas demográficas y las incertidumbres sobre la sostenibilidad en el tiempo de nuestro modelo de desarrollo económico, obligan a reconsiderar un cambio sustancial en el modelo de financiación.

FOTOGRAFIA DEL ACTUAL MODELO DE FINANCIACION			
	PREVISIONES	FOTOGRAFIA REAL	FOTOGRAFIA NORMATIVA POSIBLE
CC.AA	33%	63,50%	38,50%
AGE	33%	16%	28,50%
Ciudadanos	33%	20,50%	33,00%
<p><i>Se entiende por fotografía normativa aquella que podría llegar a reflejar la estricta aplicación de los acuerdos del CT y demás normas jurídicas promulgadas por el Gobierno de España en relación al copago y la justificación del gasto realizado por las CC.AA</i></p> <p><i>Se estima que, a su vez, las CC.AA. están trasladando a las entidades locales una parte de su exceso de financiación al responsabilizar a estas de la aplicación del copago a sus vecin@s</i></p>			

Las CC.AA. viene contribuyendo hasta 3,96 veces más que el Estado, si bien es cierto que parte de ese porcentaje se relaciona con: a) la inejecución por las CC.AA. de la propia Ley 39/2006 en relación a la compatibilidad entre prestaciones de análoga naturaleza; b) la no extensión del cálculo del copago al patrimonio (hasta cuatro años antes) u otros ingresos; c) la aplicación corregida por las CC.AA. de fórmulas o porcentajes acordados en el seno del Consejo Territorial para reducir su impacto en los ciudadanos con cargo al novel adicional de financiación de las propias administraciones locales (comunidades autónomas y entidades locales); d) la mayor financiación del coste de la plaza pública sobre los valores de los servicios utilizados por el Insserso.

Si analizamos en términos de PIB la inversión que realiza nuestro país comprobaremos que estamos lejos de la realizada por los países nórdicos, bajos o los del eje franco alemán.

País	% de PIB	
	2006	2018
<i>Países nórdicos</i>		2,5% - 3%
<i>Alemania</i>		1,70%
<i>Francia</i>		1,20%
<i>España</i>	0,35%	0,67%

En este momento, España se encuentra a 4.066 millones € para llegar al 1% del PIB, que rondaría los 11.633 millones €. Por ese motivo desde Lares se solicitó el 1 de febrero de 2018 la urgente asignación de este dinero en dos años.

Fundación Lares ha elaborado un análisis del coste de la dependencia en España y la previsión de necesidades en el **horizonte del 2030**. Según el área de estudios de Fundación Lares en 230 habrá en España 2.144.352 personas en situación de dependencia, es decir, más de un 60% más de personas que las que actualmente tiene el sistema de dependencia recibiendo una prestación. **Atender a todo el mundo para esa fecha y hacerlo pagando de forma algo más justa las plazas públicas residenciales, requiere una inversión del Estado de 1.000 millones € hasta el 2030**. Un cambio de modelo basado en el equilibrio entre cuidar y curar, centrado en usuarios, trabajadores y familiares, supondría una inversión aún mucho mayor, que en todo caso **no dejará de ser la equivalencia un lunar en el gasto sanitario**.

En el contexto de la recuperación económica y social, una vez más, se está priorizando lo sanitario a lo social: es legítimo equivocarse, pero cometer siempre los mismos errores no puede tener más justificación que la **necesidad de empoderar a unos servicios sociales de personas mayores que son la cenicienta del sistema público de España**.

2) Consideramos que el actual modelo de copago debe ser revisado a la baja, adoptándose paralelamente las medidas precisas para su adecuado cálculo.

Toda revisión del copago a la baja debe ir acompañada de una mayor aportación de las Administraciones o la adopción de otras medidas, pues, de lo contrario, se estarán adoptando medidas sin soporte económico que acabarán perjudicando a algunos en beneficio de otros.

Veamos varios ejemplos:

- La exención de copago a las personas con IPREM igual o superior a 3 (propuesta del CERMI aprobada en el Congreso de los Diputados) que reciben servicios de atención domiciliaria o de día.

Esta propuesta conllevaría una reducción del copago en estos servicios superior al 80%. Por tanto, para no perjudicar la calidad, ya tocada, de los actuales servicios o el acceso al sistema de nuevos usuarios, sería preciso un incremento de la aportación de las Administraciones u otra fórmula económica que generara en el entorno de 960 millones €.

- La mejora de la financiación de las plazas residenciales en un 20% con los mismos criterios de copago.

Esta medida supondría un aumento del copago en plazas residenciales de unos 300 € a las personas con pensiones iguales o superiores a 1.800 € si, como es lógico, el precio público aumentara proporcionalmente.

A nuestro juicio, en este momento, el sistema de dependencia ya ha dejado de atender a algunas personas con pensiones más altas que no perciben valor añadido en solicitar el reconocimiento de sus derechos. *A priori*, esta medida supondría motivar a todas las personas con pensiones iguales o superiores a 1.600 € a no pedir prestaciones asociadas a su sistema de dependencia. La quiebra del principio de universalidad.

Sin perjuicio de la estimación del patrimonio y otros ingresos (que en la práctica pocas veces están siendo tenido en cuenta), consideramos que el modelo de progresividad de copago de España conduce a situaciones de profunda injusticia, tal y como se señala en el documento elaborado por la red Europea de Envejecimiento sobre los cuidados de larga duración en Europa en el horizonte del 2030. Esto es así ya que, aún hoy, hay CC.AA., como Castilla La Mancha que siguen utilizando la fórmula de copago del IMSERSO anterior a la transferencia de competencias de servicios sociales a las CC.AA., fundamentada en **una regla de proporcionalidad: 75% de la pensión con una garantía de gastos de bolsillo.**

Una advertencia respecto al copago: sería un error adoptar medidas pensando solo en las necesidades de las personas con discapacidad reconocida en un centro base, que representa poco más del 15% del total del sistema de dependencia. Lamentablemente, este suele ser un error bien intencionado, pero frecuente, a la hora de abordar las políticas de atención a las personas en situación de dependencia. **Establecer mejores condiciones de copago a unos dependientes frente a otros, con razón de cualquier criterio que no sea la equidad, es discriminatorio y debe ser corregido.** Actualmente hay CC.AA. que discriminan a las personas mayores al obligarlas a un copago que, sin embargo, perdonan a personas atendidas en centros con discapacidad.

3) Estamos por incorporar medidas vinculadas a los cambios pendientes en nuestro Código Civil.

Hemos pasado de ser una sociedad que tenía hijos, muchos, como medios de producción, a una sociedad que tiene pocos, y los percibe como bienes de consumo. No podemos tener los fundamentos del Código Civil del Siglo XIX en el siglo XXI en todo lo concerniente a obligaciones de alimentos y derecho de herencia.

Desde Lares proponemos que la sostenibilidad del sistema de dependencia requiere de fórmulas nuevas, debiéndose valorar la viabilidad de algunas de ellas, como por ejemplo:

- Un % de la recaudación del impuesto de sucesiones, que solo deberá aplicarse a personas que hereden patrimonios sin deuda.
- Utilización de la figura del **reconocimiento de deuda sobre copagos no asignados, que será satisfecho por los herederos** en caso de haber herencia.
- **Reducir el capital disponible de los herederos en el mayor valor de la vivienda reformada**, adecuada o rehabilitada para atender a la persona de quien hereda. Dicho de otro modo: en aquellos casos en los que las Administraciones hayan financiado adecuaciones de la vivienda que aumenten su valor, al fallecimiento o abandono de la vivienda, dicho aumento se reduciría del capital disponible de la vivienda para sus herederos.
- **Establecer legalmente la condición de heredero forzoso de la Administración** en casos de abandono o ausencia de atención de quienes tienen obligaciones de alimentos. *Debe establecerse la condición de heredero de la propia Administración cuando la más intensa atención de la persona dependiente, mayor o con discapacidad, esté acompañada de la desconsideración y falta de apoyo de sus familiares, incluso hasta el punto de no recibir visita alguna en las residencias donde viven.* Para ello se requiere una **conceptualización más amplia de las obligaciones de alimentos**. Afortunadamente estas conductas son minoritarias, pero absolutamente reprobables.

4) Desde Lares nos mostramos más conformes con un modelo de financiación basado, al menos parcialmente, en cuotas sociales y mecanismos de solidaridad no contributiva.

Ciertamente, a nivel europeo parecen ir prevaleciendo los modelos de copago frente a los modelos contributivos. De hecho, la Red Europea de Envejecimiento, de la que forma parte Lares, considera el copago como la única forma de financiar al futuro el sistema de cuidados de larga duración. Las expectativas de los cuidados de larga duración en Europa, en el horizonte del 2050, marcan un escenario en el que tres de cada diez personas contribuirán con sus impuestos directos, al mantenimiento del Estado del Bienestar.

Solicitamos *se reabra el debate sobre la financiación del sistema de dependencia en base a una financiación parcial basada en las cotizaciones* realizadas durante la vida laboral. Los términos y condiciones de este régimen deben quedar regulados conjuntamente con el sistema de pensiones, de modo que la **percepción simultánea de ambas prestaciones quede sujeta a un régimen especial**. Es absurdo hablar de pensiones sin hablar paralelamente de dependencia, pues la capacidad económica de un ciudadano se asocia a lo que ingresa y lo que gasta.

Las Administraciones, evidentemente, deberán promover los necesarios cambios estructurales de naturaleza legislativa encaminados a *financiar el sistema*.

Preferentemente, *se promoverá el cambio constitucional necesario que permita que, el sistema básico de dependencia, al igual que el sistema de pensiones, quede sujeto al ámbito de la seguridad social*, solo pudiendo ser objeto de transferencia la gestión de las prestaciones de acuerdo con su nivel mínimo y, en su caso, del nivel adicional que quisiera implementar cada Comunidad Autónoma.

Entre tanto puede consolidarse un modelo de estas características y deben adoptarse medidas transitorias, como las expresadas en los puntos 4), 5) y 7) de este Documento.

1) Eliminar la actual naturaliza jurídica del marco de colaboración del Estado en la financiación de la dependencia, que dejará de ser el de una subvención.

Las CC.AA. deben recibir el dinero de atención de sus ciudadanos con criterios similares al ámbito sanitario.

Frente al modelo de cápita y población diana del ámbito sanitario podría construirse un modelo que compaginara, por ejemplo, cuatro criterios:

- Población diana establecida
- Previsión de población que será atendida a partir de los datos históricos y del año anterior.
- Cápita o dinero de atención por persona en función de la distribución nacional media de los grados de dependencia resultantes de las valoraciones.
- Las prestaciones y servicios efectivamente recibidos de acuerdo con los precios públicos resultantes de la normativa de acreditación de cada CC.AA., debiendo establecerse costes mínimos y máximos por servicio.

Al día de la fecha, todos los informes del Tribunal de Cuentas relacionados con el sistema de dependencia parten de una formulación jurídica del modelo que conduce a un absurdo permanente: el Estado subvenciona a las CC.AA. en la medida que sólo estas son responsables competencialmente, aunque la ley sea nacional. Esta incongruencia se manifiesta:

- En la necesidad de argumentar el artículo 14 de la Constitución para defender una cartera de servicios básica y unos mínimos en los términos y condiciones de la asignación y ejecución de las prestaciones y servicios.
- Cuando la propia Ley 39/2006 y el TC reconocen la competencia normativa del Gobierno de España.
- Cuando la Memoria de la Ley señala la obligación del Estado y las CC.AA. de realizar la financiación del sistema de dependencia a partes iguales, descontada la aportación de ingresos del ciudadano mediante copago.

La existencia de una subvención deja en quien subvenciona la capacidad de delimitar el alcance de la subvención y genera una burocracia asociada a su justificación. No puede depender el sistema nacional de dependencia de esta fórmula jurídica opuesta a la necesidad de garantizar los derechos subjetivos. En ese punto es preferible que la financiación anual de cada C.A. se recoja en los Presupuestos Generales del Estado a partir de los datos antes citados.

6) Las consejerías de Sanidad, deben hacerse cargo del 100% de los gastos sanitarios de los centros residenciales y de día.

Este planteamiento no es nuevo y está en la línea de algunos modelos del ámbito europeo, como el francés. *El nuevo modelo de financiación de las CC.AA.* deberá prever la asunción de esta responsabilidad a la hora de determinar las transferencias económicas a las CC.AA. por gastos sanitarios.

A tales efectos, se considerará sanitarios todos aquellos que tienen como finalidad curar a la persona o atenderla en procesos de cronicidad o de recuperación, que requieren la intervención y/o seguimiento del ámbito sanitario, ya sea en fase aguda o sub aguda. De este modo, *la prestación médica, farmacéutica, los servicios de enfermería y fisioterapia serán íntegramente financiados por el sistema público de salud.*

Sobre estos gastos se aplicará el mismo régimen de copago que esté establecido para el conjunto de los españoles con relación a los gastos sanitarios (si lo hubiere), de modo que sólo podrá imputarse un copago en aquellos servicios que no formen parte de la cartera nacional del sistema público de salud como, por ejemplo, la terapia ocupacional, la podología, las terapias alternativas, entre otros.

Los servicios de médico, enfermería, fisioterapia, traslado a los servicios de atención ambulatoria a personas sin autonomía que viven en el entorno domiciliario, las ayudas técnicas y de apoyo sujeto a subvención del sistema público de salud, deben ser asignadas al ciudadano en un entorno residencial de igual modo que si estuviese en su domicilio.

Hace tiempo viene haciéndose un discurso desde el sector empresarial con ánimo de lucro defendiendo la prestación de los servicios sanitarios desde lo social con una adecuada financiación. Nos oponemos a ello frontalmente, pues esta medida supondrá la quiebra del principio de universalidad e igualdad del sistema público de salud. Si exigimos a los proveedores de servicios sociales contratar médicos y enfermeras o fisioterapeutas, ese coste será revertido a los ciudadanos en el precio de las plazas privadas y en el copago de las públicas desentendiéndose, en ámbito sanitario, de toda obligación diferente a la prescripción del medicamento. Debe **fortalecerse la atención**

sanitaria primaria en detrimento de la hospitalaria, priorizada desde hace tiempo con razón a una **estrategia equivocada**.

El modelo futuro pasa por centros residenciales abiertos a la comunidad, que presten servicios sanitarios a personas que viven fuera de las residencias, evitando, sobre todo en entornos rurales, desplazamientos innecesarios a centros de salud en atención primaria u hospitales para rehabilitación. Los perjudicados son el sector de las ambulancias. A Lares solo nos preocupan las personas.

Exigimos un pacto de Estado sobre la **sostenibilidad del sistema sanitario, toda vez que este sistema está arrollando la eficiencia de la atención social de personas con necesidades de cuidados de larga duración**. La **pandemia del COVID-19** ha sido la representación gráfica de un modelo sanitario que fracasa estrepitosamente en la atención de los cuidados de larga duración, hasta el punto de envolverse en discursos justificativos para priorizar la atención de otras personas. El sistema sanitario sabe que las residencias son hogares, pero quiere, junto a una parte importante del sector empresarial, que sean hospitales de media estancia.

Las medidas deben afectar a todos y no solo a los más frágiles, a quienes más necesidades tienen con razón de la cronicidad de sus enfermedades. Todos los años más de 100.000 personas mayores sufren un ictus que, por insuficiente intervención de la sanidad pública, de acuerdo con su cartera de servicios, requiere de inversiones sociales millonarias. **BASTA**, a este despropósito !!!

- 2) **Corresponde al ámbito social y sanitario la cofinanciación de aquellos servicios que tengan como finalidad garantizar el mejor final de la vida, la más eficiente recuperación post hospitalaria de las personas o el mantenimiento de mínimos estándares de movilidad que permitan una vida sin requerir la atención del sistema legal de dependencia.**

La recuperación de persona en centros residenciales o que se encuentran en una **fase sub aguda** debería realizarse en **centros específicos** a tal fin o en **unidades independientemente acreditadas** y siempre mediante derivación justa y financiación sanitaria.

Es ridículo el rol, reconocimiento y capacidad de decisión asignada a los trabajadores sociales en el ámbito hospitalario, que deberían ser capaces de: a) establecer alertas ante personas mayores que no son visitadas por familiares; b) establecer alertas en los ingresos para operaciones pensando en la clave de la recuperación post hospitalaria; c) recabar informes rápidamente de los servicios sociales de base sobre la situaciones de estas personas y promover investigación del caso de no haber expedientes abiertos; d) tener a su disposición recursos que pueda asignar directamente.

NO negamos la necesidad de intervención social en el proceso de la salud, pues, no en vano, esta es definida por NN.UU. desde una visión holística. Nos oponemos a que esta intervención quede definida unilateralmente por el ámbito sanitario o sea financiada exclusivamente con el presupuesto asignado a los servicios sociales, fundamentalmente a costa del sistema de dependencia. A juicio de Lares, **el ámbito de lo social debe hacerse cargo de los gastos de hostelería (alojamiento y manutención), corriendo por cuenta del ámbito sanitario los sanitarios.**

En Lares consideramos que estos espacios residenciales y de atención domiciliaria, denominados socio sanitarios, deben tener sus propios responsables en cada CC.AA. los cuales deberán actuar a partir de una asignación presupuestaria específica que aportarán a cada ámbito en función de los servicios que queden cubiertos.

La ausencia de mentalidad sobre la necesidad de estos recursos es una de las grandes causas de la catástrofe del COVID.19 en residencias de mayores. Habiendo reconocido la sociedad científica representada por la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología que los positivos no debían atenderse en hospitales de agudos ni en residencias, no se ha optado por la generación masiva de estos recursos sino por el confinamiento de las personas en sus habitaciones, en un maltrato generalizado que aún se prolonga (anexo 2).

- 1) Todas las administraciones responsables de la financiación del sistema de dependencia deben aspirar a constituir un Fondo de Garantía que incorpore la financiación suficiente para la atención de los usuarios previstos como población diana.

Podría pensarse que es difícil dejar de atender lo urgente en detrimento de garantías futuras. Sin embargo, con esta medida no se pretende nada diferente a lo que ya puso en marcha el Pacto de Toledo en materia de pensiones. De nada sirve pagar la pensión mes a mes si se asume el riesgo de que, en un momento dado, no haya dinero para pagar las pensiones a nuevos demandantes con derecho para acceder a las mismas.

Su cuantía, por tanto, vendría determinada por la diferencia entre el dinero necesario para atender a todos los usuarios de acuerdo a la siguiente fórmula:

$$[Cm \times Pd] - [Ppto \times cf),$$

en donde “ Cm “ es el coste medio de atención por persona, “Pd” la población diana, Ppto” el presupuesto aprobado por cada Administración población diana y “ Cf “ un coeficiente corrector que atendería a dos factores: de un lado, la capacidad máxima de la Administración para incorporar a nuevos usuarios en el sistema de acuerdo a las normas de contratación pública o concertación social; de otro lado, las estimaciones de financiación del sistema por parte de los usuarios (si se mantiene el modelo de copago frente a un modelo contributivo).

Este fondo debería proveer las cantidades necesarias que sean requeridas por agotamiento de los créditos presupuestarios, los cuales estarán siempre concebidos en el presupuesto como partidas abiertas que incluirán, por ley, como mínimo, el gasto ejecutado del año más las previsiones de asignación de nuevos recursos estructurales o para la prestación o contratación de servicios.

- 3) SISAAD debe responder no solamente a las necesidades de justificación de la aportación de la AGE (realizada en clave de subvención) o el interés asociada a la estadística, sino a la eficiencia del sistema de dependencia.

Un SISAAD eficiente permitiría, por ejemplo, el *cruce automático de datos con el Ministerio de Hacienda o la Seguridad Social, o el propio Ministerio con la competencia en Servicios Sociales*. Dos ejemplos:

- Facilitar la estimación del copago y establecer con claridad que es nivel acordado de financiación y que es nivel adicional de financiación de la Comunidad Autónoma.
- Determinar automáticamente la cuantía de las prestaciones económicas vinculadas, aplicando además automáticamente las previsiones del artículo 30 de la Ley 39/2006 que, en todo caso, deberían ser objeto de análisis específico, ya que en algunos casos pueden llevar a situaciones difíciles de entender desde el punto de vista del cuidador informal, generalmente las madres y los padres.

Es curioso que las CC.AA. que optaron por establecer una plataforma paralela a SISAAD al principio de la aplicación de la ley (vgr. Castilla y León) sean las que se hayan mostrado más eficientes a la hora de gestionar la incorporación de los ciudadanos al sistema de dependencia.

10) La ley debe promover, cuando sea posible, un mayor uso de las prestaciones económicas vinculadas a la contratación de servicios profesionalizados y que sus cuantías máximas garanticen, en la práctica, el mismo copago de quien accede a una plaza pública por concesión administrativa que quien la elige con su prestación económica de entre el conjunto de centros acreditados.

En Lares consideramos que las PVS (prestaciones económicas vinculadas a la contratación de servicios profesionales) son una buena opción en distintas situaciones. Así, por ejemplo:

- Cuando lo público no es capaz de atender directamente sus necesidades.
- Cuando la situación personal del ciudadano le ha forzado a contratar servicios antes de que la dependencia le haya sido reconocida o concedida una prestación.
- Cuando la burocracia administrativa no permite la entrada de usuarios con la celeridad debida, ya sea por ausencia de plazas o servicios contratados o concertados o por la propia mecánica del procedimiento.
- Cuando la asignación de los recursos no responde a las preferencias y necesidades de la persona.
- Permiten la prestación de servicios a centros sin plazas contratadas o concertadas.
- Permitirían, incluso, con los adecuados ajustes legales, dar respuesta a situaciones de concurso de acreedores de los proveedores de servicios cuando la liquidación no es una opción del concurso y los usuarios quieren mantenerse en las mismas.

En definitiva, permite, de un lado, hacer realidad que la libertad de la persona sea el foco de atención, adecuando el sistema a ella y no al revés; y, de otro lado, contribuye a aligerar las listas de espera y facilitar la entrada de nuevas personas al sistema de dependencia, máxime si sus cuantías se establecen en partidas presupuestarias abiertas. El requisito debe ser siempre que la Administración Pública garantice unos mínimos de plazas públicas de atención residenciales, de día y domiciliaria.

Estimamos que las cuantías máximas de PVS en plazas residenciales tendrían que aumentar hasta situar el importe de la prestación en cuantía que permita que el copago sea igual en estos casos que cuando se accede a una plaza reservada para servicios públicos, es decir deben ser las cuantías máximas equivalentes al coste de las plazas públicas y sobre ellas establecer el copago, una vez descontados los gastos de bolsillo como a cualquier dependiente en plaza reservada para servicios públicos. Lo contrario, supone discriminar a estas personas y limitar el acceso a esta prestación a las personas más desfavorecidas, con menos recursos económicos y soporte familiar.

- 11) *Debe realizarse un estudio neutral, consensuado en su metodología entre agentes sociales, proveedores de servicios, asociaciones de ciudadanos y administraciones, que refleje, sin interés de parte, el retorno económico del sistema de dependencia previsto por el Libro Blanco y los gastos e inversiones requeridas a las CC.AA* (costes de humanos y materiales de estructura) .

Según estimaciones propias realizadas por Lares Euskadi, a propósito de la atención en plazas residenciales, la aportación de los usuarios puede situarse entre el 33% y el 37% del coste del servicio. Este porcentaje, en la práctica, supone cantidades muy distintas que van desde los 540 €/mes de copago en Castilla La Mancha a los más de 1.000 € en Guipúzcoa.

Del % financiado por las AA.PP. éstas recaudan en concepto de IRPF, IVA y Seguridad Social entorno al 28% y otro % importante se derivaría del IVA y otros impuestos asociados al consumo de las personas empleadas. Diferentes asociaciones profesionales y agentes sociales también han establecido sus previsiones a este respecto.

En países descentralizados, como España, resulta difícil la estimación de estos costes y realizar políticas conjuntas. Las razones son varias, y entre ellas, porque algunos de los retornos más directos (como los asociados a un plan de empleo) llegan a

administraciones diferentes a aquéllas que los ponen en marcha o se reparten de forma desigual entre las distintas administraciones intervinientes.

II

MEDIDAS DIRECTAMENTE RELACIONADAS CON LOS REQUERIMIENTOS DEL MODELO DE COLABORACION PUBLICO PRIVADA

4) La necesidad de avanzar a un modelo en el que prime la economía social en la prestación de servicios sociales a personas en situación de dependencia

El gran retraso de España en infraestructura e inversión en servicios sociales ha sido el origen de un período de quince años en el que, a diferencia del ámbito de la discapacidad (siempre mejor financiado para el tercer sector y promovido por familiares de afectados), ha entrado mucho capital privado en la construcción y gestión de residencias de mayores:

- a) Un grupo vinculado a personas que, en los finales del boom inmobiliario, vieron en la construcción de residencias y su gestión por familiares, una forma de diversificación de actividad.

- b) Un grupo vinculado a grandes operadores que vieron en el sector una gran oportunidad toda vez que en España concurrían tres razones: a) Ser el país con mayor esperanza de vida y envejecimiento de Europa; b) ser España un país con ineficiencia económica acumulada durante años en la gestión de servicios públicos mediante gestión directa (especial referencia a las diputaciones provinciales); c) una alternativa de atención social para la vejez de personas de países más fríos; d) la percepción de un riesgo de sostenibilidad del sistema sanitario en España, tal y como está concebida, y la ausencia de una política sanitaria de atención de estancias medias que resultaba propicia para generar un modelo socio sanitario de prestación de servicios sanitarios desde lo privado y con cargo a financiación e los ciudadanos; e) la ausencia de regulación que, a diferencia de otros países, limitan la capacidad de reinversión de excedentes de ejercicio.

Desde el 2015 se viene produciendo en España un proceso de compras entre empresas sin precedentes en la expectativa de generar grandes operadores en España y toda Europa, con capacidad incluso de salir al mercado de valores. Asimismo, una diversificación del negocio, diferenciándose entre quien adquiere inmueble para rentarlos como residencias y quienes los gestionan.

Desde Lares siempre hemos dicho que esta desatención de la inversión pública y falta de regulación de la entrada de capital privado es contraria al interés de los ciudadanos, pues:

- a) Impide la igualdad, en la medida que el sector lucrativo solo construye o gestiona donde el negocio le trae un beneficio que es conforme a sus expectativas. Algunos grupos han afirmado, en determinados foros, expectativas de beneficio nada razonables en servicios sociales y todos centran sus nuevas inversiones en lugares con buenas pensiones y PIB, inmuebles grandes que aumenten la rentabilidad y municipios con más de 10.000 habitantes, preferentemente capitales de provincia y grandes urbes.

Los servicios sociales para personas dependientes deben llegar a todos los sitios, permitiendo igualdad de acceso a los servicios públicos, coadyuvando a trabajar contra la despoblación, siendo motores de generación de empleo en entornos rurales, potenciando economías circulares que permitan avanzar al mundo rural. Donde el negocio no está, allí está LARES.

- b) El modelo privado no entiende de equidad cuando se producen impagos, adecuando los servicios a lo que cada uno paga. Trabajar la igualdad en los servicios sociales supone apoyar un enfoque diferente. Ahí está LARES.
- c) No hay responsabilidad social asociada al sector mercantil. En España, todo los años, son atendidas necesidades sociales no cubiertas por las Administraciones Públicas en un importe que supera los 226 millones €. Esto es posible gracias a las entidades in ánimo de lucro. Eso es LARES.
- d) Muchos procesos de compra o fusión se someten a movimientos periódicos, impidiéndose adoptar estrategias de largo plazo, de modo que el corto y medio plazo marca la expectativa de venta como motor de la rentabilidad.

e) Las posibles contingencias y situaciones imprevisibles en gastos, la asignación de salarios por encima del 20%, la atención de mayores complejidades, las crisis sobre los propios ingresos (pensemos en un mantenimiento de la crisis COVID-19)... son un elemento de riesgo que debe ser atendido. Empresas fuertes, con músculo financiero, permiten financiar de manera inmediata contingencias inesperadas, pero el mantenimiento de esas variables y el concurso o quiebra de las residencias de mayores forzarán un rescate por razones similares al sector inmobiliario: ¿cómo dejar sin atención a las personas frágiles que eran atendidas? La existencia de fondos de pensiones en fondos que participan en estructuras de financiación de residencias aportan además el riesgo adicional de poner en riesgo las pensiones de otros grupos de población que, al ser de otros países, podrían llegar a generar conflictos internacionales.

No se trata de demonizar la inversión privada, sino de avanzar en que:

- Esa inversión privada responda a criterios de **economía social** y se **regule la entrada de capital privado**.
- Se dé preferencia en la **gestión a las entidades sin ánimo de lucro** y donde la **gestión directa eficiente** o el tercer sector no llegue establecer marcos de contratación diferente que limiten excedentes destinados a beneficios y promuevan la economía social.
- Se **aumente la gestión directa de servicios públicos** para garantizar la igualdad en la prestación de acceso a los servicios públicos.
- Se garanticen **idénticos criterios de personal en la gestión directa e indirecta**.
- Se potencien figuras como el **consorcio** o los **convenios singulares** para la gestión de inmuebles de titularidad pública, poniéndose el sector sin ánimo de lucro a disposición de las administraciones a tal fin.

13) Sólo las entidades del Tercer Sector, solo Lares, garantiza que nadie quede atrás, pero estas entidades necesitan apoyo económico que nunca ha sido suficiente desde la aprobación de la ley de dependencia.

La paradoja es que sin ayuda de las Administraciones Públicas muchos centros y servicios gestionados o de titularidad de asociaciones y fundaciones acabarán comprados por fondos de inversión. Por eso es indispensable una línea estable de apoyo

a las residencias de mayores sin ánimo de lucro veinte veces superior a la actual, que representa ahora mismo poco más del 1% de toda la acción solidaria que supone un ahorro para las Administraciones Públicas.

Se adjunta documento sobre impacto del COVID-19 en las residencias de mayores en España, con especial referencial sector no lucrativo (anexo 4). Asimismo, pueden verse las propuestas para la sostenibilidad en anexo 5, todas ellas incorporadas a los escritos dirigidos al Gobierno de España y a las Comunidades Autónomas durante la crisis COVID-19.

Fuera de ese contexto es necesario un fondo especial para el Tercer Sector que permita asumir a las propias entidades la gestión de quien no puede más y evitar llegar a ese punto, contribuyendo a la financiación de la acción social y el desarrollo de las inversiones necesarias para adecuar los servicios a los requerimientos: ***cuidar cada día más y mejor: esto no es posible si lo público se desentiende de las entidades Lares.*** Lares Asociación, como entidad de régimen general que agrupa a estas residencias y defiende las necesidades e intereses de las personas atendidas, podría ser la encargada de, junto a la Administración, canalizar una línea de subvención directa, incorporada a los propios presupuestos anuales, **por importe de 50 millones €**. Esta cantidad es cuatro veces menos que lo que las entidades están aportando en este momento. Estamos a disposición de trabajar un **marco de singularidad**.

5) Cambio en la política de contratación y concertación pública.

Todas las memorias económicas relacionadas con la contratación de servicios deberán incorporar los capítulos de gastos de personal de acuerdo con el convenio colectivo vigente, provisión de bajas, gastos de estructura y amortización, costes de amortización, imprevistos y cláusula de revisión de precios desindexada.

La única forma de controlar esto es que los pliegos den detalle suficiente sobre el dinero que se imputa a cada apartado de la memoria económica, de modo que quede claro cuánto y en qué se han realizado valoraciones. De este modo, sería posible recurrir pliegos con mayor seguridad jurídica.

Apoyamos el modelo de concertación de las plazas que adecúe el importe financiado a las características concretas de cada residencia (estructura, antigüedad de los trabajadores, ratios necesarias adicionales para adecuar el recurso a las personas y no las personas a los recursos, resultados del ejercicio anterior...).

- 6) El concierto social puede ser un objetivo, siempre y cuando la Administración no lo utilice como la generación de un modelo “low cost” de prestación de servicios sociales por parte de entidades sin fin de lucro.

Nos resulta especialmente preocupante el modelo de concierto que trata de imponerse, el cual, una vez más, solo marca diferencias entre sector social y sector lucrativo para beneficiar económicamente a este último y sus intereses. La concertación debe ser garantía de que haya servicios donde al negocio no le salen las cuentas; debe ser garantía de eficiencia social y no sólo de eficiencia económica. Se sigue pidiendo al sector sin ánimo de lucro compita en una liga de eficiencia económica que no es la suya.

Desde Lares consideramos un grave error interpretar que la concertación social al Tercer Sector debe estimarse sobre un precio exento del margen de beneficio. Utilizar el concierto social para “abaratar” el coste del servicio es una mala solución para el Tercer Sector, al menos para aquél que, desde hace tiempo, no ve en las subvenciones la forma de financiar la prestación de derechos subjetivos. **Los excedentes en el Tercer Sector son la garantía de innovación, de inversión, de cuidar más, a más y cada día mejor. Confundir beneficio sujeto a reparto entre socios de excedente es un gravísimo error solo animado por el ahorro como fin en si mismo y avalado desde la ignorancia: o la tecnocracia administrativa: *quitar el excedente para las entidades del tercer sector y mantener los beneficios para el sector lucrativo es construir ladrillo a ladrillo la desaparición del sector solidario en España.***

Lo que caracteriza al Tercer Sector es que el excedente de un ejercicio va destinado a la atención solidaria de otras personas, a la mejora de la calidad en el propio centro, a compensar pérdidas de ejercicios anteriores o establecer fondos de reservas para aplicar en mejoras, inversiones o en contingencias imprevisibles, ya sean sociales o sanitarias (como es el COVID-19). Con esta medida, las Administraciones anulan la posibilidad de que las entidades sociales incorporem la innovación, mejorem nuestras infraestructuras, profesionalicemos a nuestros recursos humanos; con esta medida, en el ámbito de atención a las personas mayores, con gran presencia del sector lucrativo, se condena a muchas entidades a que se replanten su viabilidad, o dicho de otro modo, se aprovecha una prestación más barata del servicio en el corto plazo para apostar por un servicio más mercantilizado en el medio y largo plazo.

Solo es admisible eliminar el excedente al Tercer Sector si el modelo de colaboración público - privada es el defendido por Lares más arriba y ejemplificado, por ejemplo, por la contratación pública de la Diputación Provincial de Guipúzcoa, en donde el precio de concertación se calcula por la Administración de manera individualizada para cada centro, a partir sus costes reales y sus necesidades de inversión en beneficio de la prestación del servicio. Este modelo es compatible con la directiva europea, que señala que se abonarán, en caso de concierto, los costes variables, fijos y permanentes.

14) Debe apostarse por una nueva fórmula de contratación pública.

Las Administraciones deben cambiar su pauta de contratación pública de servicios y de gestión en inmuebles de titularidad pública.

El precio no puede ser el criterio preponderante. Nos preocupa que determinadas Intervenciones autonómicas y decisiones de Tribunales de Contratación cuestionen la legalidad de fórmulas de asignación de puntos en el precio que tienden a corregir los desajustes de las más tradicionales. Sugerimos, como mínimo, la habitual utilización, en todo caso, de la siguiente en contratos marco y de gestión del servicio público,

$$(P_{ob} / P_{ov}) \times P_t,$$

En donde “Pob” es el precio de la oferta más barata, “Pov” el de la más baja y “Pt” los puntos asignados al capítulo de valoración del precio.

Un proveedor de servicios, con un personal motivado, podrá prestar una buena atención, pues cuidar requiere de una relación personal implicada. Por tanto, en licitaciones públicas debe exigirse un Plan Social con formato de Plan Director que aglutine objetivos y fines estratégicos, proyectos, medidas e indicadores de medición asociadas a las mismas. Reclamamos que la contratación de personas mayores de 50 años sea un objetivo social de primer nivel junto a otros grupos como personas con discapacidad y mujer.

2) Abono del 75% de plazas privadas reservadas para servicios públicos y vacías más de quince días.

Asimismo, en cualquier modelo de colaboración público-privada se incluirá el abono del 75% del importe de financiación de aquellas plazas que la Administración obligue a que queden bloqueadas para su ocupación por la Administración (reserva de plaza) y ésta no las ocupe, o, al menos, asuma el pago de dicha plaza a partir de un plazo razonable de quince días.

Las entidades están perdiendo habitualmente hasta el 5% del total de sus ingresos previstos por este concepto y, por otro lado, su gasto se mantiene so pena de adoptar medidas laborales en estos períodos, las cuales sin duda contribuirían a la precariedad del sector. Este porcentaje representa en términos generales unos 1.000 €/persona/año y representa un enriquecimiento de las administraciones superior a 150 millones € que, a veces, es injustificado.

Entendemos que algunas Administraciones adoptasen estas medidas en el contexto de la crisis económica, macando racionalidad frente a modelos que mantenían plazas vacías de forma recurrente. No puede ser una norma general.

Actualmente, en el marco de la crisis COVID-19 las plazas vacías generan la quiebra de los presupuestos del Tercer Sector; primero por el coronavirus; luego, por las necesidades de dejar plazas vacías por razones preventivas (10%); más tarde, por el bloqueo del sistema de dependencia que impide ingresos con regularidad; finalmente, por la burocracia administrativa en los procesos de ingresos, que a veces se extienden a dos meses. **Actualmente, el tercer sector tiene más de 2.650 plazas vacías que, junto a los gastos, están suponiendo necesidad de financiar gasto corriente con créditos por importe que oscila entre 25.000 y 40.000 € /mes /por cada 50 plazas.** Sin ayudas, no habrá Tercer Sector de residencias de mayores en España.

Consideramos que es el momento de generar un marco consensuado que aborde esta situación, ya que mantener una plaza disponible obliga a tener el personal disponible (que es el mayor gasto de una residencia), así como la mayoría de los suministros. Entendemos como legítima la filosofía de no pagar por servicios que no se prestan y la necesidad de controlar que, desde la contratación pública, puedan cometerse malas

praxis, pero esto no puede ser mantener obligaciones de terceros sin asumir obligaciones propias.

No puede darse por bueno un modelo en el que se tardan treinta días en ocupar una plaza. La tecnología y recursos humanos suficientes deben llegar a los sistemas de dependencia para conciliar seguridad jurídica de los procesos y eficiencia (vid. Propuesta 12).

3) En la financiación de toda plaza pública debe incluirse una fórmula que automatice, sin referencia a IPC, la revisión de los precios y la financiación de las plazas.

La ley de desindexación de 2015 ha supuesto una fórmula de contención del gasto público en los contratos marco vía limitación del legítimo derecho de los trabajadores a mejorar sus condiciones laborales y de los proveedores de servicios a asumir los incrementos de costes.

La inexistencia de cláusulas de revisión del precio de los contratos ha impedido e impiden prestación de servicios con una duración suficiente como para adoptar medidas estratégicas en su ejecución. En todos los casos, los perjudicados son las personas dependientes atendidas y los propios trabajadores.

La fórmula de revisión de precios debería referenciarse a todos los costes en proporción a su peso específico en el presupuesto de gasto ejecutado de los servicios; laborales, de energía, comunicación, alimentación, seguros, construcción (obras), servicios de salud, etc...

La realidad es que, posiblemente, y a tenor del movimiento de los sub índice del IPC actual, una fórmula de estas características conllevaría subidas por encima de IPC. La Administración no puede utilizar las cláusulas de desindexación para obtener enriquecimientos injustificados a costa de las personas más vulnerables que son, en definitiva, los destinatarios finales de los servicios contratados, concertados o convenidos.

- 1) **La dignificación de las condiciones salariales de los trabajadores y la igualdad de salarios, independientemente de que los mismos servicios sean prestados desde sanidad o desde servicios sociales, exigen el aumento de la financiación de las plazas públicas, hasta un 25% en algunos casos. Por un Pacto de Mejora de las condiciones con participación de Estado y CC.AA.**

Estimamos el impacto de esta medida en 584 millones €. Se constata que solo las Comunidades Autónomas de Valencia y Murcia han realizado esfuerzos, especialmente, extraordinarios para mejorar su sistema de financiación. En algunos casos, los precios se mantienen inalterables desde hace más de ocho años. Es el caso de Comunidades Autónomas como Castilla La Mancha. En general, los descensos del precio/plaza realizados durante la crisis, no solo no se han recuperado, sino que parece existir ánimo de no priorizarlo. Debe ser una prioridad la reversión de aquella situación e intervenir en la dignificación del sector con una mejora del precio de financiación que permita salarios más justos para los trabajadores. **Una sociedad que paga igual a quien repone hielo que a quien cuida personas, es una sociedad enferma.**

- 4) **Es indispensable reconsiderar el papel del IVA en el Marco de la prestación de servicios públicos por parte de las entidades del Tercer Sector.**

Con la exención del IVA al 4% a las entidades del sector lucrativo se está generando una situación de desigualdad con las entidades del Tercer Sector. El sector lucrativo cobra con IVA y ese 4% de IVA se lo puede deducir con las compras y contratación de servicios propios de la actividad diaria. Sin embargo, el Tercer Sector, cobra sin ese 4% de IVA y, por tanto, tiene que asumir la totalidad del IVA de las compras de alimentos, suministros y demás bienes necesarios para la vida diaria de los centros. Esta situación de exención de IVA por servicios facturados supone, de facto, una carga impositiva para las entidades, no una ayuda. Y uno de sus efectos mariposas es que perjudica al Tercer Sector en los procesos de contratación pública en beneficio del sector lucrativo.

- 5) **Un representante del Estado y, al menos dos, de las CC.AA., elegidos por el Consejo Territorial, deberían incorporarse al Observatorio de la Dependencia constituido por los agentes sociales en el marco del VII Convenio Colectivo de Dependencia.**

El sistema de dependencia es un sistema de precios intervenido. No hay consenso sobre el peso de las plazas públicas en el conjunto del sistema de dependencia. Los datos aportados por el sector lucrativo y de los que dispone el sector no lucrativo difieren. La causa es la delimitación conceptual de estas plazas, ya que a veces se incorporan a estas estadísticas plazas socio sanitarias que desde el ámbito de lo social se consideran sanitarias y se camuflan dentro del sistema de dependencia, y otras veces, se referencian como plazas o centros para atender a personas dependientes, residencias que atienden a personas mayores o con discapacidad en situación de riesgo o exclusión social, sin concurrir una situación legal de dependencia reconocida.

Si acudimos a la propia estadística del SISAAD comprobamos que en España a 31 de diciembre de 2018 habría 166.579 plazas para personas mayores o con discapacidad en situación legal de dependencia. Asimismo, otras 132.491 recibían prestaciones económicas vinculadas a la contratación de servicios profesionalizados, siendo los residenciales los prevalentes.

Por tanto, podemos decir que en España hay reconocidos unos 110.000 trabajadores vinculados al sistema de dependencia, de los cuales, aproximadamente el 15% se encontrarán sujetos al Convenio Colectivo propio del ámbito de la discapacidad y un 85% al que corresponde a Dependencia en sentido estricto. Asimismo, otros 70.000 trabajadores de residencias estarían vinculados a la gestión de plazas privadas y, entre ellas, las plazas que, de forma solidaria, vinculan las entidades sin ánimo de lucro a dar respuesta a necesidades sociales no cubiertas por el sistema de servicios sociales.

Solo apoyando al Tercer Sector, en su financiación, y comprometiéndose la Administración a subir los precios de las plazas públicas, es posible una sustancial mejora de las condiciones laborales en nuestro país sin que en el camino se pierda la atención social a más de 9.000 personas y se ponga en riesgo la viabilidad de muchas entidades.

III

POR UN CAMBIO EN EL MARCO DE COOPERACION DE SERVICIOS SOCIALES Y SANITARIOS. EN DEFENSA DE UNA SANIDAD UNIVERSAL, PÚBLICA Y GRATUITA

- 3) Consideramos necesarios que las Consejerías de Sanidad hagan consignación presupuestaria específica de su aportación al sistema de dependencia.

Se estima que las Consejerías de Sanidad deben aumentar su presupuesto en una cantidad que según la Fundación Lares podría rondar los 1.000 millones € solo en personal sanitario en residencias de mayores o personas con discapacidad. Si atendemos a los recursos económicos ahora invertidos en cuestiones que deberían ser asumidas por el ámbito sanitario.

El registro centralizado de todos los profesionales de salud, que entró en vigor en el verano de 2018, y que extiende su ámbito de actuación a todo tipo de centros, permite a las Administraciones Sanitarias realizar una primera aproximación al dinero que deben aportar. A este primer resultado hay que añadir el de todos aquellos profesionales que trabajando para el sistema público lo hacen también para el sistema de dependencia por horas. Se solicita a sus Señorías hagan esta valoración y piensen cuanto podríamos cambiar la vida de las personas con ese dinero que debe estar con cargo al presupuesto sanitario.

- 4) Defendemos que se establezca un marco legal de atención a las personas en situación de dependencia transitoria que requieren de apoyos en sus convalecencias.

No se trata de personas legalmente dependientes al amparo de la Ley 39/2006, pero tienen necesidades al tener limitada su autonomía, a veces temporalmente; a veces indefinidamente, si bien no se sabe todavía en qué grado.

Las estancias temporales post-hospitalarias para recuperación de fracturas en personas mayores u otros grupos en exclusión social, así como la atención de pacientes

en fase sub-aguda, son ejemplos concretos del limbo de atención que en muchos casos hay en nuestro país. Forman parte de esta ausencia de tránsito desde una Sanidad de agudos, a una Sanidad de crónicos.

Esta población requiere de un libro blanco específico y una memoria económica concreta. Para Sanidad es un problema social; para Servicios Sociales, es una responsabilidad de Sanidad. Cada uno se ampara en sus respectivas carteras de servicio básicos. Los perjudicados, fundamentalmente, las personas mayores y los grupos en exclusión social, incluidas las situaciones que requieren de cuidados paliativos.

Consideramos reprobable que hospitales en diferentes CC.AA. tengan alas vacías existiendo cada vez mayor necesidad de atender estas situaciones que, por otro lado, acaban generando enorme gasto al sistema sanitario si las recuperaciones no son correctas o si no se obtiene la máxima eficiencia en la recuperación en fase sub-aguda.

- 1) **Hay que desarrollar una política proactiva de intercambio de profesionales entre el ámbito social y sanitario.**

En Lares estamos convencidos de que sólo pueden entenderse quienes hacen un esfuerzo por conocerse. Durante mucho tiempo han sido dos ámbitos de actuación administrativa totalmente separados, con competencias profesionales muy diferentes y prioridades bien distintas. La empatía de lo social choca en su fortaleza y, a veces, ha sido su mayor debilidad y amenaza al no haber desarrollado con capacidad analítica adecuados medidores de su eficiencia; el pensamiento más analítico de buena parte del ámbito sanitario ha chocado frontalmente con la demanda de más explicaciones o con la necesidad de abordar en clave consecuencialista muchos aspectos de la gestión. Es preciso promover que coincidan y compartan, en lo macro y en lo micro, sus respectivas realidades los grandes profesionales de uno y otro sistema público.

- 5) **Ante el mismo trabajo, debe garantizarse igual reconocimiento económico y social al personal sanitario que al de de servicios sociales y entre los profesionales de las distintas áreas de actuación de estos últimos.**

De por sí, son suficientemente sangrantes las diferencias salariales y de condiciones entre funcionarios y personal laboral al servicio de la Administración Pública o contratados por entidades y empresas privadas. Resulta socialmente incomprensible que las diferencias se produzcan, incluso, en la prestación de los mismos servicios entre estas últimas o, incluso, en función de si el personal al servicio de la Administración trabaja para Sanidad o para Servicios Sociales.

Si pensamos en los profesionales del ámbito sanitario, las causas de esta peor retribución por el mismo trabajo, especialmente cuando atendemos a las condiciones laborales de quienes trabajan en el sector de la dependencia, pueden tener su origen en diversas razones:

- Socialmente, se ha reconocido más el trabajo en un hospital que en una residencia: se ha pensado que el sistema sanitario es una inversión para salvar vidas y que el sistema de servicios sociales un gasto para atenderlas.
- Profesionalmente, se ha considerado que el ámbito de los servicios sociales era menos importante, un lugar de segunda, que, desgraciadamente, más veces de lo deseado, el sistema sanitario convertía en refugio de profesionales de difícil acomodo en el Sistema Público de Salud.
- El gran objetivo de todo estudiante era acceder a la estabilidad en el empleo propiciada por el Sistema Público de Salud y desde ahí, en su caso, compaginar actividad con el sector privado, ya fuese como emprendedor o como proveedor de servicios por cuenta ajena. Estas relaciones entre lo público y lo privado se han fomentado con cierto corporativismo. Pues bien, quien no conseguía ese objetivo quizá ha sido percibido como peor preparado.
- No se ha considerado con igual valor las titulaciones obtenidas en España u otros países de desarrollo educativo contrastado que las conseguidas en países iberoamericanos, por ejemplo, de modo que los profesionales que han inmigrado a nuestro país no han tenido la misma consideración social y profesional en los espacios laborales en donde han desarrollado su actividad, mayoritariamente, asociados al ámbito de los servicios sociales.

Los anteriores indicativos y tópicos pueden mostrar las causas de que una enfermera o un médico ganen menos en un centro hospitalario o de salud que en una residencia de mayores. Asimismo, pueden explicar las grandes diferencias salariales de un médico en la sanidad privada o en los centros residenciales para personas en situación de dependencia.

El reconocimiento que los profesionales adscritos a servicios de salud en centros para personas en situación de dependencia deben ser objeto de una especial consideración dentro del ámbito sanitario con la finalidad de mejorar la interacción entre los dos sistemas. Otra ventaja de que Sanidad se haga cargo de sus obligaciones en los centros residenciales será, precisamente, esta mejora del reconocimiento.

Si pensamos en los profesionales de los servicios sociales las causas de esta peor retribución, especialmente, cuando atendemos a las condiciones laborales de quienes trabajan en el sector de personas mayores, pueden haber tenido su origen en otras razones distintas:

- La feminización del trabajo, especialmente, en las escalas laborales con menores requerimientos de cualificación profesional (gerocultoras, limpiadoras, pinches, etc), han generado -por razones de desigualdad de género- condiciones retributivas con otros ámbitos profesionales. Esta circunstancia ha generado un efecto boomerang en otras categorías profesionales con requerimiento de una cualificación profesional universitaria.
- El desarrollo del modelo de certificación profesional en los servicios sociales (directores, auxiliares, por ejemplo) ha tenido dos prioridades no siempre compatibles: de un lado, profesionalizar; de otro, regularizar, asegurando que el mayor número de personas que trabajan en el sector pudieran permanecer en él. Este noble conflicto ha tendido a resolverse sin tensiones laborales. Esta circunstancia ha contribuido a percibir, desde la Administración, como menos meritorio el trabajo en los servicios sociales frente a unos servicios sanitarios con una tradición regulatoria más grande.
- La menor consideración profesional de los directores de centros de servicios sociales, en general -y de centros residenciales en particular-, frente a sus homólogos en centros sanitarios ha conllevado menor retribución y, a partir de ahí, naturalmente, se produce un efecto dominó sobre otras escalas profesionales.

- El peso en el presupuesto de áreas como la atención a las personas mayores va en aumento como consecuencia del envejecimiento de la población, habiendo sido este grupo de población el que, en términos presupuestarios, ha requerido y requerirá cada vez más, de un mayor peso presupuestario. Más de 8 de cada 10 euros destinados a la atención de personas en situación de dependencia miran a la atención de personas mayores y, sin embargo, poco menos de 2 de cada 10 a las personas con discapacidad; asimismo, más de 7 de cada 10 euros de presupuesto de las consejerías de servicios sociales de las CC.AA. se destina a la atención de personas mayores, repartiéndose el resto a la atención de la discapacidad, la infancia y la familia, la inmigración o mujer.
- La mejor imagen social de algunos sectores de intervención social frente a otros gracias a la positiva percepción ciudadana de su labor social, asociada recientemente a entidades que, desde hace mucho tiempo, tienen posiciones especiales en su relación con el Gobierno de España (es el caso, por ejemplo, de ONCE y la atención a la discapacidad, o Cruz Roja y la intervención social).
- Los medios de comunicación, quizá, han contribuido sin querer a que el presupuesto en algunas áreas sea percibido como una prioridad (mujer) o una muestra de igualdad y solidaridad (discapacidad) mientras que otras se ha mostrado como un problema para la sostenibilidad de nuestro Estado del Bienestar (mayores).
- La Administración ha consentido, a veces, pagar más a los proveedores de servicio en algunos sectores, ya que la presión social ejercida por éstos era más eficiente y el porcentaje de gasto que representaba para el presupuesto era relativamente pequeña en relación a otros sectores.
- Los marcos de negociación convencional, han aprovechado esa oportunidad para convenir mejores condiciones salariales en particular o laborales, en general.

- De la mano de los dos aspectos referenciados, se constata una absoluta prevalencia del sector sin ánimo de lucro en algunos ámbitos de los servicios sociales frente a otros, lo cual ha facilitado también una comunicación más fluida con las Administraciones y mayor sensibilidad social ante los problemas que se planteaban.
- El desarrollo de marcos legales buscando garantizar, de manera específica, los derechos de determinados grupos de población (atención secundaria y terciaria) han generado la necesidad de abordar nuevos espacios convencionales y de mostrar el apoyo político a la prevención y sus profesionales (atención primaria), con un peso en el gasto presupuestario, porcentualmente, más pequeño cada vez.
- La mayor retribución del precio plaza/día en algunos servicios, según sean sus destinatarios personas dependientes menores de 65 años que mayores, e incluso en función de si esas personas acceden a una plaza desde el sistema de promoción de la autonomía personal de las personas con discapacidad o de dependencia.

Consideramos que las Administraciones deben acompañar a los agentes sociales y a los proveedores de servicios en la consecución de un marco convencional que permita percibir con criterios de igualdad el mismo trabajo. No puede ser que la enfermera o el médico del centro residencial y de la sanidad privada tengan diferencias sustanciales; tampoco puede permitirse el sistema de dependencia que haya tantas diferencias salariales entre los convenios de intervención social y discapacidad o entre este último y el de dependencia. La meta debe ser ésta.

Lo contrario genera un problema de motivación en quienes trabajan en centros para personas mayores y convierte a este sector en refugio y zona de tránsito laboral. Al final, los perjudicados son quienes deben recibir los servicios, máxime en un contexto laboral en el que el buen hacer, la relación personal, el afecto, la pasión y la compasión son fundamentales en la intervención.

Los medios de comunicación y las administraciones deben contribuir al reconocimiento del personal que tiene la función de cuidar.

26) Debe definirse el modelo de futuro de organización del sistema de dependencia a partir de las necesidades de prevención, inclusión y priorización de la atención en centros residenciales lo más parecido al hogar.

De un lado, consideramos que las administraciones y los proveedores de servicios deben definir los centros residenciales para personas mayores como **centros de prestación de multiservicios en su zona, sobre todo en entornos rurales**. De este modo, la fisioterapia, el médico geriatra y otras acciones vinculadas con el diagnóstico sanitario y la prevención de la salud podrían ser realizados por el ámbito sanitario dentro de los centros residenciales que forman parte de la red pública.

Día a día, se constata la cada vez mayor prevalencia de situaciones de demencia y psicogeríatras en los centros residenciales; también, el acceso a estos centros de personas con gran deterioro en su salud, con gran dependencia de terceras personas o en una situación personal que requiere de cuidados paliativos. La imagen de los centros residenciales ha cambiado porque han cambiado sus usuarias y usuarios. Por tanto, **las ratios de personal deberán ser cada vez mayores**.

Existe la percepción en algunos países de nuestro entorno que el peso del sector residencial se circunscribirá sólo a estos grupos de población, y que **surgirán nuevas formas residenciales**, individuales pero con una prestación comunitaria de servicios de salud y cuidado. Y, todo ello, en un marco en el que el reto de las **políticas públicas dejará de ser la prevención en beneficio de la inclusión**.

Los **modelos de acreditación de centro nuevos tenderán a requerir espacios que permitan una mayor asimilación del entorno domiciliario al residencial**, si bien, en la práctica, este paso requerirá de un **cambio en la percepción del verdadero significado de la profesionalización por algunos agentes sociales**.

Por su parte, el modelo de **autorización de centros debería permitir que fuesen abiertos**, lugares de convivencia de unos y otros, que potencien la relación familiar y social, que permitan acercar el cuidado al entorno, integrándolo en él y no generando exclusión. Sin duda, la cada vez mayor dependencia de las personas ingresadas requerirá progresivamente de la reorganización de los recursos disponibles.

Si no queremos que el modelo futuro de atención contribuya, como un factor más y aun más relevante, a la despoblación del ámbito rural, las administraciones deberán apoyar que presten servicios que, en caso contrario, provocan el desplazamiento a otras localidades, por cierto con enorme gasto en transporte sanitario.

Los centros entre 80 y 120 plazas, y nunca menos de 60, están siendo la prioridad de los grandes fondos, pues ven en *este tamaño* el equilibrio adecuado a partir de las posibilidades de financiación de las plazas públicas y las posibilidades económicas de los propios ciudadanos. Sin embargo, *este modelo* institucionaliza y *es contrario a la expectativa de muchos ciudadanos*.

La prestación de servicios en inmuebles grandes es justificable donde, existiendo ya el inmueble, en él se dan respuestas a fines solidarios no cubiertos por las Administraciones Públicas. Asimismo, cuando se atiendan situaciones de estancias medidas hospitalarias o paliativas que puedan ser diferenciadas en plantas o espacios, su estructura permite considerar unidades de convivencia y/o diferenciar la coexistencia de centros y perfil. Cuando se atienden personas válidas deben acercarse a los recientes modelos de cohousing o apartahoteles para personas mayores.

Pero este panorama descrito seguirá no siendo excluyente de otras realidades. El sistema de dependencia, garantizado como derecho subjetivo, por la necesidad de priorizar el gasto social, ha dejado fuera de protección a muchas personas en situaciones de riesgo social o vulnerabilidad que no tienen limitaciones de autonomía suficientes como para que los sistemas públicos las atiendan. En este sentido, el modelo de cuidados de larga duración deberá conciliarse con el modelo de atención a personas en situación de riesgo o vulnerabilidad.

A juicio de Lares, el *gran reto para las Administraciones pasa por potenciar la atención primaria y redefinir las estructuras de sistemas como el sanitario*, anclado en un modelo caduco, y fuertemente politizado en los posicionamientos. Como ya hemos dicho en otros apartados, la tentación de convertir el ámbito social en el, *low cost* del ámbito sanitario, o en la parte de un sector sanitario que requiere de copagos, es una tentación en la que no se debe caer. Los sistemas de sanidad públicos deben asumir sus competencias en la financiación de los centros y servicios para

personas que requieren cuidados de larga duración, dejando al ámbito de lo social la intervención que le corresponde.

En este contexto consideramos que deben potenciarse los servicios de atención primaria y el papel de las enfermeras y trabajador@s sociales como elemento vertebrador del sistema.

IV

POR UNA MEJORADA CARTERA DE SERVICIOS e INTENSIDADES.

De acuerdo con el diagnóstico realizado y los planteamientos formulados en este capítulo de medidas, desde Lares ponemos sobre la mesa una serie de propuestas encaminadas a mejorar la eficacia y eficiencia del sistema de dependencia en nuestro país.

25) Apostamos por un sistema que de valor superior a la libertad de la persona dependiente.

Este principio debe tener su aplicación a tres niveles bien diferentes:

- Son las **personas quienes definen el modelo de atención domiciliaria que necesitan**, en función de los propios apoyos que ya tiene y de los que recibe del ámbito sanitario y familiar.
- **La prestación económica vinculada a la contratación de un servicio es una facultad** siempre que concurren las razones ya expresadas antes y sin perder la perspectiva de que el sistema público disponga de un 80% de servicios gestionados o contratados con iguales condiciones de personal que la gestión directa.
- Son las personas quienes deciden. **La familia solo complementa** sus limitaciones.
- Son las personas quienes deciden quienes les atienden y el centro en el que serán atendidas.

Nos vamos a centrar sobre estos dos últimos aspectos. Debe considerarse la posibilidad de cambiar el código civil para llevar al ámbito de las personas mayores la misma protección que se dio a las personas menores: **¿por qué no puede apostarse por un modelo administrativo que asuma decisiones, controladas por fiscalía, relacionadas con las necesidades de complementar la capacidad de las personas mayores?**

Los actuales modelos de tutela y curatela se resuelven mal y tarde. Creemos que la experiencia acumulada en los servicios sociales de atención primaria en el contexto de la infancia debe aprovecharse para trabajar en la misma línea con personas mayores. Sin duda, sería un cambio revolucionario de nuestro sistema de garantías y protección.

27) Apostamos por un cambio estructural del modelo de ayuda a domicilio.

La mejora del modelo de ayuda a domicilio no depende tanto de una mayor intensidad del servicio como de un cambio estructural en la prestación.

Prueba de que el modelo no sirve es que, a pesar de reducirse significativamente en 2012 la intensidad de la ayuda a domicilio, la media de horas persona /mes se mantuvo con escasas diferencias porcentuales, ya que eran muy pocas las personas con más de 45 horas de servicio a la semana.

Entre 2007 y 2011, según nuestras proyecciones a partir de los datos de algunas CC.AA., menos de 2.000 personas dependientes tenían intensidades por encima de las 45 horas/mes que estableció como límite el Estado en 2012. Los cambios posteriores aumentando la intensidad han vuelto a corroborar este hecho al no producirse cambios sustanciales.

Agentes sociales, proveedores de servicios y administraciones deben buscar una solución a este respecto. Los cambios no son fáciles, pues coinciden en la defensa legítima de intereses creados sindicatos, empresarios y algunas entidades locales, quienes en un cambio de modelo ven un perjuicio para la afiliación sindical, las expectativas de negocio de los grandes empresarios de servicios sociales y un modelo basado en todo menos adaptarse a las personas.

Apostamos por desarrollar la figura del asistente personal para personas que viven en sus casas y la prestación de servicios de ayuda a domicilio por autónomos, articulándose cambios legales administrativos y fiscales que lo hagan posible. Asimismo, apostamos por vincular la prestación de estos servicios a la teleasistencia o a la atención residencial, buscando dar respuesta más eficiente a las necesidades de estas personas. Proponemos poner límites al copago para permitir mayores intensidades horarias y dar prioridad desde SEPE a la formación de empleadas de hogar que atienden a dependientes, de modo que sean ellas quienes puedan dar un servicio profesionalizado, dando así también respuesta a una economía sumergida que está ahí.

7) Debe potenciarse la figura del asistente personal para personas con discapacidad y mayores.

- En aquellos casos en que una persona dependiente tiene dada de alta una empleada de hogar interna se le facilitará la posibilidad de financiarla como **asistente personal**, siempre que ésta se obligue a realizar el certificado de profesionalidad en el año siguiente. Esta medida, llamativa, tiene a nuestro juicio una doble justificación:
 - Es difícil que quien tenga contratada una persona para su apoyo, interna, con satisfacción plena, entienda la necesidad de meter en su hogar a otra persona que, bajo un copago, realizará funciones que a su juicio podría aquella realizar. No admitirlo supone dar por bueno que habrá dependientes que prefieran no recibir nada, porque nada, a sus ojos, satisface sus necesidades: seguirán formando parte de lo que denominamos “*limbo de la ineficiencia*”.
 - Esta medida permitirá además que florezca economía sumergida y se profesionalicen prácticas de atención que siguen existiendo. Los servicios de ayuda a domicilio contratados por las entidades locales para atender a personas en situación de dependencia incluirán el control y acompañamiento a estos profesionales.

Desde Lares consideramos que hasta un 5% de la población de entornos muy rurales verían, en esta medida, la mejor solución para sus problemas.

En consecuencia, sería necesario contar con más de 45.000 prestaciones de este tipo, con un presupuesto de 800 millones € de los cuales, el 25% sería aportado por los usuarios y en torno a 600 millones € por las Administraciones Públicas.

Sobrevenida o no la dependencia, es fundamental contar con los apoyos necesarios que complementen nuestra autonomía. Limitar este servicio a personas en edad laboral supone afirmar que las personas mayores se encuentran en “tiempo basura”. Es la persona atendida quien quiere configurar a su medida quien le asista. De ahí, la importancia de atender las necesidades de financiación de personas que ejercen este rol, entre otros, en su calidad de internas.

Consideramos necesario aumentar las cuantías máximas de estas prestaciones y el modelo de ejecución de las mismas para la población dependiente, en general, con especial referencia a personas con discapacidad. Se considera un presupuesto necesario de 300 millones €.

29) Vincular las intensidades y compatibilidades a una cápita establecida para cada grado de dependencia y no en función de servicios e intensidades pre-establecidos, salvo en aquellos casos en que el servicio suponga el acceso a una plaza residencial.

Las ratios de compatibilidad entre prestaciones ponen de manifiesto que con crisis o sin crisis, con más financiación o con menos, con recortes o sin ellos, la ratio de prestaciones o servicios por persona dependiente siempre se sitúa centésimas arriba o abajo en el entorno de 1,25. Es más, en junio de 2010 la ratio era inferior, sorprendentemente, que la reflejada durante la crisis y en julio de 2015 era mayor que la de hoy.

	jun-10	jun-11	jul-15	jun-16	jun-17	jun-18	dic-18
<i>Ratio de prestaciones o servicios por persona</i>	1,18	1,22	1,27	1,23	1,23	1,24	1,25

Este dato no ha cambiado a 31 de mayo de 2019, estando en ese entorno de ratios.

Respecto a la intensidad, nos remitimos a lo ya señalado con la ayuda a domicilio.

A nuestro juicio, la compatibilidad de prestaciones y servicios es una fórmula a través de la cual justificar los requerimientos de acceso a la financiación estatal en aquellos casos en que se dan prestaciones económicas de cuidados en el entorno familiar o intensidades inferiores a las establecidas como mínimos. En este sentido, se constata falta de transparencia a la hora de definir qué servicios concretos se dan para establecer en un PIA, por ejemplo, los servicios de prevención de la dependencia y promoción de la autonomía personal.

La falta de flexibilidad para cambiar PIAS se ha vivido, especialmente, en el contexto del COVID-19. Vivimos en un modelo anquilosado en el que las personas giran en torno al sistema y no al revés.

30) Es necesario establecer un modelo eficiente de desarrollo de los Servicios de Prevención de la Dependencia y Promoción de la Autonomía Personal, dando participación al sistema sanitario en su diseño.

A 31 de diciembre de 2019, en España, hay más de 50.000 personas recibiendo este servicio (SEPAP), lo cual representa poco más del 4% del total. A nuestro juicio, ***debería ser común y automático a todos los dependientes***, con intensidad distinta dependiendo del grado de dependencia de cada uno.

La habilitación funcional y cognitiva es necesaria en todos los casos: servicios de podología, rehabilitación, terapia ocupacional, fisioterapia, logopedia, etc... forman parte de una cartera que debe adecuarse a las necesidades de cada uno y de todos y que, en algunas profesiones, deben co-financiarse entre sanidad y servicios sociales.

Con una adecuada coordinación con el sistema sanitario y la red de centros residenciales y de día para personas mayores y con discapacidad de toda España el coste de esta medida sería de unos 1.100 millones € para atender al 100% de la población actualmente atendida en el sistema.

31) El mejor hogar, la propia casa.

Estas son las claves del cambio de paradigma en las políticas sociales para personas mayores y con discapacidad:

- De la atención a la prevención.
- De la calidad en la atención a la calidad de vida.
- De la institucionalización en centros a la transformación de centros residenciales en hogares.
- De la atención profesional a la atención coparticipada.
- Del curar (atención médica) al cuidar (atención social y de servicios).
- De atender en el final de la vida a hacerlo hasta el final de ella.
- De la atención centrada en la organización eficiente de los servicios a la atención centrada en cada persona (persona atendida, pero también trabajadores y familiares).
- De un dominio del sistema y los procesos a una orientación a la satisfacción de las personas.
- De los indicadores críticos de rendimiento al “sentido común”.
- De la tecnología como amenaza a herramienta generadora de más tiempo para el contacto personal.

La mejor política social es la que procura a la persona mantenerse en su domicilio: debemos apostar por el trabajo comunitario, por impregnar de solidaridad nuestra sociedad, nuestras comunidades de vecinos, nuestra sociedad civil.

La mejor política social ayuda a reformar los hogares para evitar que el inmueble sea causa para que alguien tenga que ir a una residencia; enseña a los arquitectos en la carrera como primera lección la accesibilidad; genera servicios de asistencia personal y ofrece una ayuda a domicilio que realmente resuelva las necesidades de la gente, implementa teleasistencia avanzada, trabaja la prevención de la dependencia y la promoción de la autonomía personal con rigor, abre los centros de mayores para ser lugares de inclusión, cooperación, aprendizaje y prevención.

La mejor política social promueve nuevas fórmulas de convivencia y vivencia para las personas mayores, da libertad para que cada uno viva donde se sienta más a gusto, obliga a que el planeamiento urbanístico y todas las casas que se construyen respondan a una necesidad de inclusión y accesibilidad.

La mejor política social convierte las residencias en centros de prestación de diversos servicios, prepara el tránsito a lo que a veces es inevitable: que la demencia o la gran dependencia, o la antesala del final de la vida, requieren de cuidados más intensos.

V

PROCEDIMIENTO DEL SISTEMA DE PENDENCIA Y SU EVALUACION

Este estudio no se centra ESPECIALMENTE en los cambios necesarios para agilizar el procedimiento de dependencia y en su evaluación. No obstante, algunas medidas en este orden son precisas:

31º) Deben respetarse prestaciones y ponerse plazos cuando se **trasladan expedientes** entre Comunidades Autónomas.

32º) Debe **garantizarse el plazo** de seis meses para tramitar expedientes.

32º) Deben calcularse los **copagos** que en su caso procedan directamente desde SISADD **con cruce de datos con el Ministerio de Hacienda.**

33º) **No debe vincularse el procedimiento a la recogida de datos estadísticos** y la justificación de la subvención concedida por el Estado a las Comunidades Autónomas para justificar su participación en la financiación del coste de los servicios.

34º) **La uniformidad en la valoración.** Desde 2010 se arrastra una primera etapa de profundos errores en la valoración del sistema de dependencia que llevó, incluso, a cambiar el baremo por Leire Pajín, siendo Secretaria de Estado, medida aplicada sin cambios por el PP desde el inicio de su mandato.

Hay Comunidades Autónomas que, aún hoy, tienen profundos desvíos entre la población dependiente estimada en el libro blanco y la reconocida, en el primer caso por tener muchos más reconocidos y otras por tener muchos menos.

35) Cambios en la forma de valoración.

- a) Hay que adecuar la valoración al lugar en el que residiría la persona y no al centro residencial en el que ya se encuentra. Los usuarios que se encuentren en plaza privada residencial tienen un hábitat accesible que, por lo general, será mucho mejor que su domicilio. A dicha plaza, normalmente, han accedido por encontrarse solas o en riesgo social o ante la imposibilidad de atender sus necesidades en la vida diaria mientras eran valoradas.

Por tanto, la valoración debería hacerse de acuerdo con cuál sería su situación en su domicilio y no en la residencia, siempre accesible. Lo contrario, es discriminar

a quien se ve obligado a acceder a una plaza residencial antes de que la Administración pueda dar solución a sus problemas, pues su puntuación será inferior y, por tanto, puede darse el caso de resoluciones de grado que serían diferentes si vivieran en su hogar de referencia.

b) Debe adelantarse la valoración de la dependencia cuando la necesidad de apoyo por terceras personas en actividades de la vida diaria serán una inexorable realidad.

En estos casos, se realizará una valoración de las personas desde el centro hospitalario antes del alta cuando, según informe médico, sean previsibles los apoyos que requerirán, y ello sin perjuicio de la revisión de esa valoración a los seis meses.

Esta valoración convendría fuese realizada por profesionales de la salud y de los servicios sociales, ya sean del ámbito hospitalario o pertenezcan a los servicios de dependencia de las consejerías de servicios sociales.

36) **Modificar algunos parámetros de partida en la evaluación del sistema de dependencia.**

Se considera imprescindible que las memorias de valoración del sistema de dependencia se hagan partiendo de la relación entre población diana prevista y la suma de la población diana atendida o que se encuentra en el limbo de la dependencia. NO es suficiente valorar el trabajo de las CC.AA. en función de la relación entre atendidos y no atendidos. Es esencial comprobar si el análisis de la población diana establecida en la ley es correcta, pues, si no lo es, además de la financiación del sistema, hay otro problema estructural más grave. Comunidades como Andalucía o Asturias representan un ejemplo de cómo la población diana se ha quedado muy corta o como la población diana no se refleja en el sistema de dependencia porque la población dependiente formalmente es inferior.

VI

LA NECESIDAD DE APOYO AL TERCER SECTOR: DE LAS PALABRAS A LOS HECHOS**37) Interlocución directa con Gobierno y Parlamentos: participación en consejos consultivos y grupos de trabajo.**

Si el Tercer Sector que representa el 85% del sistema de dependencia estuviera presente en la vida de las administraciones públicas, quienes podían tomar decisiones, hubieran tenido sobre su mesa la descripción de lo que iba a pasar y un elenco de propuestas de solución. La carta enviada el 12 de marzo al Presidente del Gobierno de España quedó en un gabinete que lo respondió un mes más tarde diciendo la enviaba a la vicepresidencia del Gobierno; otras cartas enviadas a diferentes Autoridades han sufrido parecida suerte. No buscamos culpables, queremos que se reconozcan responsabilidades para poder evitar nuevamente los mismos errores.

De un lado, debe ser *modificada la normativa reguladora del Consejo Consultivo de Dependencia y la Mesa Estatal de Personas Mayores* que, actualmente, excluyen a quienes más representan el sector de la dependencia en España, sin ánimo de lucro.

De otro lado, sería muy conveniente que las asociaciones de proveedores de servicios sin ánimo de lucro informaran anualmente a los parlamentos autonómicos y nacionales sobre la situación del sistema de dependencia, sus tendencias y necesidades, de acuerdo con sus datos y percepciones. Asimismo, los colegios profesionales y otras asociaciones relevantes.

38) Apoyos a la reforma de inmuebles que permitan modelos de atención con pocas personas y con aislamiento preventivos efectivos

En España, se ha producido un vertiginoso crecimiento de plazas residenciales desde la aprobación de la Ley 39/2006. Hasta entonces, las entidades sin ánimo de lucro y las congregaciones religiosas de la Iglesia Católica eran las entidades que, mayoritariamente, prestaban servicios sociales de este tipo, siempre sujetos a subvenciones públicas.

Muchos inmuebles, por tanto, son edificios con muchos años, a veces históricos o sujetos a limitaciones por temas de patrimonio cultural u otras limitaciones urbanísticas.

El Covid-19 nos ha recordado que, desde hace tiempo, es necesario un apoyo decidido para adecuar estos inmuebles, muchos de ellos, con grandes problemas para hacer las clasificaciones por cohortes que eran requeridas.

No son eficientes las fórmulas de financiación si paralelamente las Administraciones no subvencionan la prestación de plazas privadas de personas en riesgo o exclusión social que no son atendidas por los servicios sociales públicos y que suponen una inversión social (y un ahorro para las Administraciones Públicas) de 226 millones € todos los años. Desde Lares solicitamos una línea de financiación directa a las Residencias de Mayores del Tercer Sector que permitan afrontar sus desafíos y retos de futuro.

39) Fondo de Emergencia para ayudar al Tercer Sector en el marco de la crisis sanitaria provocada por el coronavirus.

39.1 Impacto en el presupuesto de gastos:

Los proveedores de servicios de atención residencial, sin ánimo de lucro, a los que representamos, deben asumir unos gastos por acontecimientos imprevisibles y extraordinarios, no cubiertos por las pólizas de seguro, que han sobrevenido en la gestión de plazas públicas y de las propias plazas privadas. El cambio de uso social a sanitario de los centros es una decisión administrativa que requiere de la articulación de medidas de compensación o indemnización.

Se ha alterado significativamente el equilibrio prestacional pactado con las Administraciones Públicas, pero lo que para nosotros es más importante: se ha puesto en riesgo nuestra viabilidad como sector no lucrativo.

Muchos de estos gastos, posiblemente deberían ser asumidos por los sistemas públicos de salud, pero no se están haciendo cargo de ellos, eludiendo responsabilidades y solo dando apoyos puntuales. LO HACIA ANTES, y EN MUCHAS CC.AA. LO SIGUEN HACIENDO AHORA.

Impedir que el COVID-19 entre en residencias requiere de pruebas de contagio periódicas que no se recoge como obligación del sistema sanitario en los planes de desescalada autorizados por el Gobierno de España. Algunas CC.AA. como Castilla y León parecen hacer gestos asumiendo esos compromisos; otras muchas, siguen ancladas en un discurso de falta de asunción de responsabilidades por parte del sistema sanitario. Las entidades del Tercer Sector necesitan 3 millones € / mes sólo para adquirir test rápidos para usuarios y trabajadores y el compromiso de las Administraciones de hacer PCR en, al menos, en los siguientes casos:

- A la incorporación de nuevos trabajadores.
- Al retorno de vacaciones de los trabajadores.
- Tras alta de un hospital, sea cual sea la ubicación del paciente y causa de ingreso en el hospital.

- Tras alta por una situación de invalidez laboral transitoria.
- Cuando se produzca un positivo entre trabajadores o residentes.
- Una vez al mes a todos los usuarios y trabajadores.

La provisión de equipos de protección es otro gasto adicional importante. Se estima en 140 €/día el gasto en EPIS por cada 50 trabajadores, 168.000 €/mes para las entidades sin ánimo de lucro.

Las bajas laborales durante la crisis COVID-19 han supuesto hasta el 50% de los trabajadores de las residencias de mayores, debiendo las entidades asumir el 25% de los seguros sociales de las personas con bajas, ya sea por aislamientos preventivos, ansiedad, depresión, agotamiento o contagio.

Se estima que los gastos para el sector sin ánimo de lucro para cubrir bajas, reforzar plantillas y pagar seguridad social extraordinaria ha sido de 1 millón de euros por estos conceptos.

Hay otros gastos que las residencias viven a diario: geles hidroalcohólicos, cambios de mobiliario, servicios de comunicación, prestación de servicios de lavandería para la ropa del personal, inversión digital, necesidad de adecuar actividades, todas ellas de difícil cuantificación pues afectan de forma desigual dependiendo de la situación de partida de cada centro. Solo en el Tercer Sector se considera que estos gastos e inversiones supondrían todos los meses en torno a 1 millón €.

39.2 Pérdidas de ingresos por imposibilidad de acceder nuevos usuarios y dejar plazas vacías por seguridad.

Las entidades sin ánimo de lucro, como el sector en general, se enfrentan varios problemas con relación a la ocupación de plazas:

- a) Se calcula que en cuatro meses algunas residencias han quedado vacías, por diferentes causas, hasta un 20% de las plazas de algunas residencias. Si para todo el sector tomamos en consideración una media del 10%, durante cuatro meses, hablamos de más de 263.757.600 € como mínimo.

- b) Además, las Administraciones han impuesto nuevas normas que obligan a tener plazas vacías para posibles aislamientos hasta el 10% de las plazas que tenga autorizadas cada residencia.
- c) Las Administraciones han visto alterado su funcionamiento para permitir de forma ágil nuevos ingresos, de modo que se constata una ralentización del acceso a los servicios sociales públicos. De hecho, según estudio Lares de 15 de junio de 2020, en este momento, el sistema de dependencia en España está bloqueado a 31 de mayo, y solo en algunas CC.AA. se dan signos de cambio.

En definitiva, las plazas vacías no serán ocupadas con celeridad, generándose el aumento de la pérdida de ingresos.

- d) En muchos casos, las residencias no pueden atender positivos y las administraciones prohibirán el ingreso en residencias que no puedan generar condiciones de aislamiento y clasificación por cohortes; en otros casos, no permitirán ingresos en centros con positivos por COVID-19, siendo larga en el tiempo cambiar las cosas, como por ejemplo, en Castilla La Mancha.

Esta pérdida de ingresos aún tiene más impacto en residencias pequeñas, inferiores a 50 plazas, donde los gastos generales y de personal son muy superiores. En España, el 20% se encuentran en esta situación; pero este porcentaje es del 44% si hablamos de residencias del sector sin ánimo de lucro.

En este momento, como regla general, las Administraciones en España no pagan las plazas públicas que están vacías.

Esta falta de ingresos, estimada en 24,8 millones €, supone especialmente un lastre para las entidades sin ánimo de lucro que gestionan más de 45.000 plazas en más de 1.000 residencias para personas mayores. Estas residencias son la fuerza motora del empleo en el ámbito rural, principal empleador de muchos territorios y razón de que se mantengan sin despoblar.

Sin recibir subvenciones públicas por importe de 24.800.00 € para contrarrestar las pérdidas de ingresos en los últimos cuatro meses, el riesgo de que la Administración multiplique su gasto social o permita el significativo aumento de situaciones de exclusión social es muy importante.

El gasto público que esta cantidad supone es solo un 15% del que podría tener que asumir si los proveedores de servicios del Tercer Sector de atención residencial entran en problemas de viabilidad, toda vez que ahorran a las Administraciones Públicas 179 millones €.

Téngase en cuenta que, a diferencia del sector lucrativo, estas entidades no obtienen beneficios entre el 8% y 15%: todos los años tienen que complementar su deficitario presupuesto, a priori, con aportaciones y ayudas privadas y, en el caso de congregaciones, con el compromiso sin límite de personas que trabajan por 2. Es decir, **el 22,5% del total de su actividad social, que representa el 0,1% del PIB, es acción solidaria por la que habitualmente retorna menos de un 2% en ayudas públicas.**

En el caso de servicios en centros de día, la situación es igualmente crítica, pues los servicios se han suspendido desde el mes de marzo y la vuelta a la normalidad es muy difícil.

La Administración de las CC.AA. y el Gobierno de España sólo se ha planteado compensaciones en el marco de contratos de gestión en residencias de titularidad pública con gestión privada y limitando en todo caso su responsabilidad.

39.3 La pérdida de ingresos en el sector residencial, junto a los gastos mantenidos en el tiempo pone en riesgo la propia viabilidad de muchas residencias de mayores sin ánimo de lucro o la posibilidad de seguir atendiendo en residencias a personas sin acceso a servicios públicos.

Esta es la paradoja, sin apoyo al Tercer Sector, los fondos de inversión o las Administraciones Públicas se harán con estos inmuebles y su gestión y no menos de 9.658 personas que no reciben apoyo de los servicios sociales empezarán a llamar a las puertas de las diferentes consejerías, que deberán incrementar su presupuesto en 179.824.800 € si, de verdad, “no quieren dejar a nadie atrás”.

40) Poner los medios de comunicación públicos al servicio del reconocimiento del valor de los cuidados.