



---

Consejo Económico y Social de Canarias

**DICTAMEN 2/2005**  
**CONSEJO ECONÓMICO Y SOCIAL DE CANARIAS**

**LOS SERVICIOS DE PROXIMIDAD Y LA ATENCIÓN A LAS DEPENDENCIAS EN  
CANARIAS**

Sesión del Pleno del CES de 31 de marzo de 2005

### **Dictámenes del CES 2005**

**Edición y Distribución:** Consejo Económico y Social de Canarias  
Secretaría General  
Plaza de La Feria, 1 • Edificio Marina-Entreplanta  
35003 Las Palmas de Gran Canaria  
Teléfono: 928 384963 • 928 384932  
Fax: 928 384897  
E-Mail: [cscanarias@gobiernodecanarias.org](mailto:cscanarias@gobiernodecanarias.org)  
Internet: [www.cscanarias.org](http://www.cscanarias.org)

**Diseño y Maquetación:** Tembleque producciones, s.coop

**1ª edición:** 100 ejemplares

La reproducción del contenido de este dictamen está permitida citando su procedencia

## DICTAMEN 2/2005

### DEL CONSEJO ECONÓMICO Y SOCIAL DE CANARIAS SOBRE EL LOS SERVICIOS DE PROXIMIDAD Y LA ATENCIÓN A LAS DEPENDENCIAS EN CANARIAS

Dictamen de iniciativa propia del Consejo Económico y Social de Canarias  
Sesión del Pleno del CES de 31 de marzo de 2005

De conformidad con las competencias atribuidas al Consejo por la *Ley 1/1992, de 27 de abril*, previa tramitación en la Comisión Permanente de Trabajo de Política de Bienestar Social, y de conformidad con el procedimiento establecido en el *Reglamento de Organización y Funcionamiento del Consejo (Decreto 312/1993, de 10 de diciembre)*, el Pleno del Consejo Económico y Social aprueba por unanimidad, en su sesión del día 31 de marzo de 2005, con los requisitos que establece el artículo 10.1.c) de la precitada *Ley 1/1992*, el siguiente

#### DICTAMEN

#### I. ANTECEDENTES

1. El Pleno del Consejo, en sesión celebrada el día 10 de junio de 2003, adoptó, entre otros, el acuerdo de elaborar el dictamen sobre *Los Servicios de Proximidad y la Atención a las Dependencias en Canarias*, a iniciativa propia, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 4.2 d) de la *Ley 1/1992, de 27 de abril, del Consejo Económico y Social de Canarias*.
2. El Presidente del Consejo, tal y como establece el artículo 28.4 del *Reglamento de Organización y Funcionamiento del Consejo Económico y Social de Canarias*, acuerda remitir la solicitud del dictamen previo y sus antecedentes a la Comisión Permanente de Trabajo de Política de Bienestar Social, para la preparación del Proyecto de Dictamen y su posterior valoración y emisión del Dictamen, en su caso, por el Pleno del Consejo.

La Comisión competente celebró sesiones de trabajo los días 22 de septiembre, 8 y 14 de octubre de 2003, y los días 20 de enero, 10 de febrero, 15 de octubre, 9 de noviembre, 9 y 21 de diciembre de 2004 y, por último, los días 3 y 28 de febrero de 2005. En la última de las sesiones de trabajo citadas la Comisión Permanente de Trabajo de Política de Bienestar Social aprobó por unanimidad el Proyecto de Dictamen analizado por el Pleno.

#### II. OBSERVACIONES QUE HACE EL CES

#### 1. Observaciones de carácter preliminar

##### 1.1. Motivo del Dictamen del CES

El Consejo Económico y Social de Canarias se constituye como un foro institucional para el diálogo social, desplegando su actividad desde la doble perspectiva de ser lugar de encuentro de las organizaciones representativas de intereses económicos y sociales y órgano consultivo del Gobierno de Canarias, por lo que a la vista de la problemática que la atención a las situaciones de dependencia está planteando y planteará en un futuro inmediato, realiza este dictamen a iniciativa propia con el fin de propiciar la búsqueda de soluciones a los retos que plantea esta situación en el ámbito del desarrollo económico y la cohesión social en Canarias.

Si bien se puede afirmar que la dependencia no es una situación nueva, desde el Consejo Económico y Social de Canarias se entiende que constituye un problema social nuevo debido a la dimensión que está adquiriendo en la actualidad, producida por los cambios sociales ocurridos desde las pasadas décadas en nuestro país. La población en situación de dependencia, según las estimaciones más recientes, es de 1.125.190 personas en el ámbito estatal, de las cuales en torno a 34.000 serían ciudadanos de la Comunidad Autónoma de Canarias. El debate actualmente se centra en si el sistema público de protección a la dependencia es el adecuado o si por el contrario es necesario articular un sistema de protección

más desarrollado. En este sentido destacar que el apoyo de los servicios sociales es muy limitado, de manera que solamente el 6,5% de las familias que cuidan a personas dependientes cuentan con este apoyo.

Esta nueva dimensión de las situaciones de dependencia y la mayor sensibilización social ante este tema hace previsible que se produzca en los próximos años una modificación sustancial del sistema público de protección a la dependencia en el ámbito estatal, autonómico y local. Esta nueva perspectiva de la protección social ante el riesgo de la dependencia se irá concretando en cambios normativos, siendo una de las líneas de acción más relevantes la intención del Gobierno del Estado de impulsar una *Ley de Atención a la Dependencia*, de ámbito estatal, que actualmente está en fase de preparación y que podría suponer el origen de un Sistema Nacional de Atención a la Dependencia.

## 1.2. Contactos mantenidos por el CES en la elaboración del presente Dictamen

Dada la complejidad y novedad del tema a tratar, el CES de Canarias consideró necesario establecer una serie de contactos con expertos del ámbito social y sanitario vinculados a la atención a la dependencia (Universidades y Organizaciones No Gubernamentales) y con las instituciones con competencias en la materia (Consejería de Empleo y Asuntos Sociales, Cabildos de Gran Canaria y Tenerife y Federación Canaria de Municipios, esta última en representación de los Ayuntamientos). Fruto de estos contactos se establecieron entrevistas y comparencias ante la Comisión Permanente de Trabajo de Política de Bienestar Social que ayudaron a reflejar de una manera más nítida la realidad de la dependencia en Canarias.

## 1.3. Concepto de dependencia

El Consejo de Europa define la dependencia como *“un estado en el que se encuentran las personas que por razones ligadas a la falta o la pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual, tienen necesidad de asistencia y/o ayudas importantes a fin de realizar los actos corrientes de la vida diaria y de modo particular, los referentes al cuidado personal”*.

En esta definición de la dependencia se reflejan tres características fundamentales:

- La limitación o restricción física o cognitiva relacionada con un estadio concreto de la vida.
- La incapacidad de realizar las actividades de la vida diaria.
- La necesidad de asistencia o cuidados por parte de una tercera persona.

Siguiendo esta definición ‘funcional’ de la dependencia, se incluyen en este colectivo fundamentalmente a las personas mayores y las personas discapacitadas que requieren de asistencia de otra persona para realizar las tareas básicas de la vida diaria. Existen otros colectivos, como el de las personas con enfermedades degenera-

tivas y demencias, con una problemática muy acusada que presenta una dependencia compleja e intensa y que por tanto también debe incluirse en los colectivos definidos bajo el concepto de personas dependientes.

## 1.4. Concepto de servicios de proximidad

Dentro de los servicios sociales, los servicios de proximidad comprenden un conjunto de prestaciones y ayudas, destinadas a cubrir cuidados personales, domésticos y sociales con el objeto de posibilitar que las personas puedan continuar en su entorno familiar. Dentro de las mismas se encuentran las prestaciones domiciliarias (ayuda domiciliaria, teleasistencia y rehabilitación domiciliaria), así como los llamados servicios sociales intermedios (centros de día), que en contraposición con los centros residenciales tienen como objetivo la permanencia de la persona dependiente en su medio habitual.

## 2. Observaciones de carácter general

Si bien las situaciones de dependencia han existido siempre, estamos en un momento donde está cambiando sustancialmente su dimensión (incremento de personas dependientes en términos absolutos y relativos), su importancia social y su naturaleza. Entre los motivos del crecimiento de las tasas de dependencia están entre otros, el envejecimiento de la población que supone una mayor demanda de los servicios de protección a la dependencia y la disminución del sistema informal de protección a la dependencia debido a la creciente incorporación de la mujer al mercado de trabajo. Por otra parte, el desarrollo económico y social del país está provocando una mayor sensibilización social por parte de la población ante las situaciones de dependencia. La renovación del Pacto de Toledo de octubre de 2003 previsiblemente producirá cambios normativos que mejorarán el sistema de protección ante esta contingencia acercando el modelo de prestación social española al de otros estados de nuestro entorno.

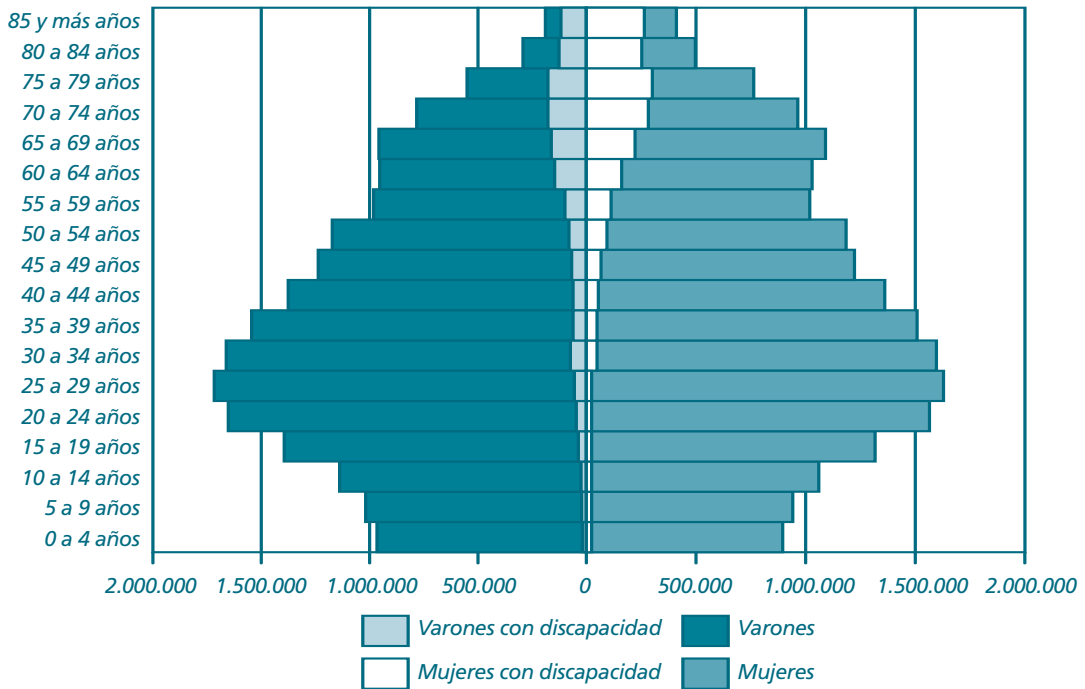
### 2.1. Cambios sociales

#### a) Incremento de la dependencia:

##### • Envejecimiento de la población

El proceso de envejecimiento de la población es común en la mayoría de los países europeos debido principalmente a una mayor esperanza de vida y a una menor tasa de fecundidad, como consecuencia de un mayor desarrollo económico y bruscos cambios sociales. La pirámide de la población en España (gráfico 1) nos permite prever que en los próximos años el proceso de envejecimiento de la población será más acusado y consecuentemente las situaciones de dependencia. En la actualidad, la tasa de envejecimiento de la población canaria es menor en comparación con el conjunto del país o con Europa, pero las proyecciones demográficas coinciden en apuntar una convergencia rápida de las tasas de envejecimiento de Canarias con las medias europeas. Las distintas proyecciones de población elaboradas por EUROSTAT

**GRÁFICO 1. PIRÁMIDE DE LA POBLACIÓN CON DISCAPACIDAD Y DE LA POBLACIÓN TOTAL DE ESPAÑA EN 1999**



Fuente: Instituto Nacional de Estadística: *Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud, 1999. Resultados detallados.* Madrid, 2002.

(tabla 1, gráfico 2), INE e ISTAC (tabla 2) coinciden en apuntar que la población canaria envejece dentro de un contexto de envejecimiento de la población en Europa. En la actualidad, la población canaria es más joven en comparación con las cifras estatales o las de la Unión Europea (11% frente a 16%) pero los datos de las proyecciones demográficas al 2010 y 2020 indican un acercamiento hacia las cifras europeas. Así pues, el envejecimiento de la población, medido como porcentaje de personas mayores de 65 años sobre el conjunto de la población en Canarias pasará del 11% al 15-17% en 2020 según las distintas proyecciones.

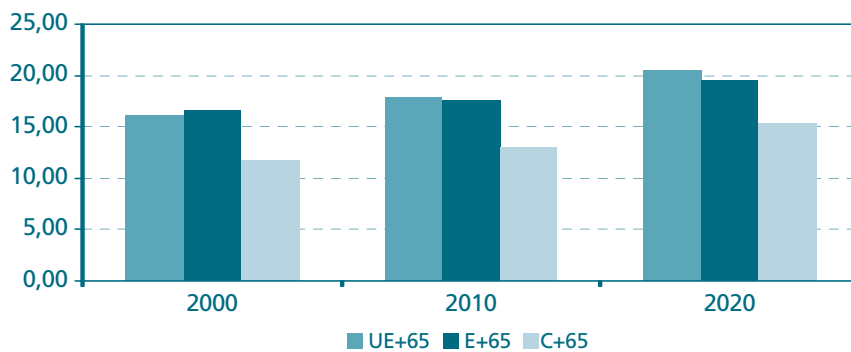
Esto supone que previsiblemente, el proceso de envejecimiento en el Archipiélago será más acusado en relación con la media estatal y europea, lo que provocará una importante presión de la demanda sobre los servicios sociales y sanitarios. En cuanto a la distribución geográfica del proceso del envejecimiento en Canarias, existen grandes diferencias entre islas, de manera que en las islas occidentales de El Hierro, La Gomera y La Palma el índice de envejecimiento es alto, en las islas centrales de Tenerife y Gran Canaria es moderado y en las islas orientales de Lanzarote y Fuerteventura es bajo (gráfico 3).

**TABLA 1. PROYECCIONES DE POBLACIÓN DE EUROSTAT. TASA DE ENVEJECIMIENTO DE LA POBLACIÓN EN EUROPA, EN ESPAÑA Y EN CANARIAS, 2000-2020**

		2000	2010	2020
Unión Europea (15)	más 65	60.757.504	68.778.462	79.301.772
	%	16,12	17,85	20,43
	más 80	13.460.634	18.268.918	21.787.354
	%	3,57	4,74	5,61
España	más 65	6.575.487	7.110.779	7.898.528
	%	16,63	17,61	19,60
	más 80	1.436.139	2.004.377	2.275.831
	%	3,63	4,96	5,65
Canarias	más 65	187.670	227.665	279.802
	%	11,68	13,08	15,29
	más 80	37.968	52.763	71.553
	%	2,36	3,03	3,91

Fuente: Eurostat: *Proyecciones regionales de población (NUTS95)*. Elaboración propia.

**GRÁFICO 2. TASA DE ENVEJECIMIENTO DE LA POBLACIÓN**



Fuente: Eurostat: *Proyecciones regionales de población (NUTS95)*. Elaboración propia.

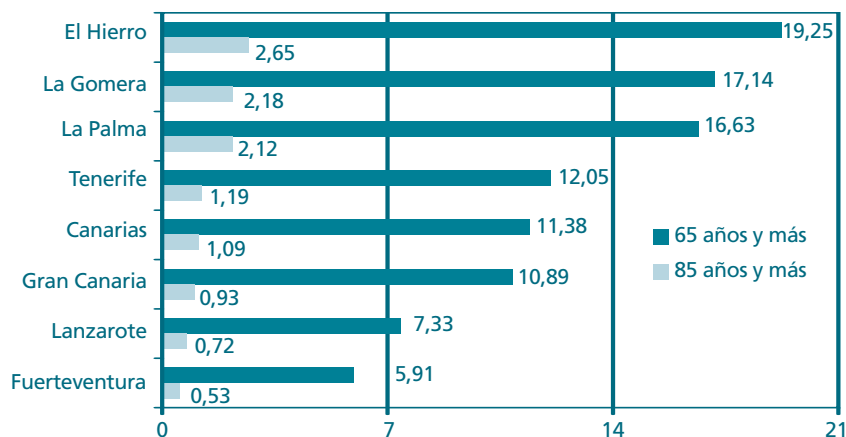
**TABLA 2. PROYECCIONES DE POBLACIÓN DEL INE-ISTAC. TASA DE ENVEJECIMIENTO DE LA POBLACIÓN EN EUROPA, EN ESPAÑA Y EN CANARIAS, 2001-2021**

		2001	2011	2021
España	más 65	6.950.706	8.084.582	9.720.075
	%	16,97	17,70	19,87
	más 80	1.610.515	2.481.471	3.048.757
	%	3,93	5,43	6,23
Canarias (A)	más 65	199.805	250.666	-
	%	11,90	13,99	-
	más 80	40.805	62.681	-
	%	2,43	3,50	-
Canarias (B)	más 65	180.092	230.987	292.583
	%	11,39	13,97	17,42
	más 80	39.795	59.183	82.424
	%	2,52	3,58	4,91

Fuente: (A): ISTAC: *Proyecciones de Población. Canarias. 1996-2011*.

(B): ISTAC: *Proyección de la Población de Canarias. 1991-2021*. Elaboración propia.

**GRÁFICO 3. TASA DE ENVEJECIMIENTO EN CANARIAS POR ISLAS**



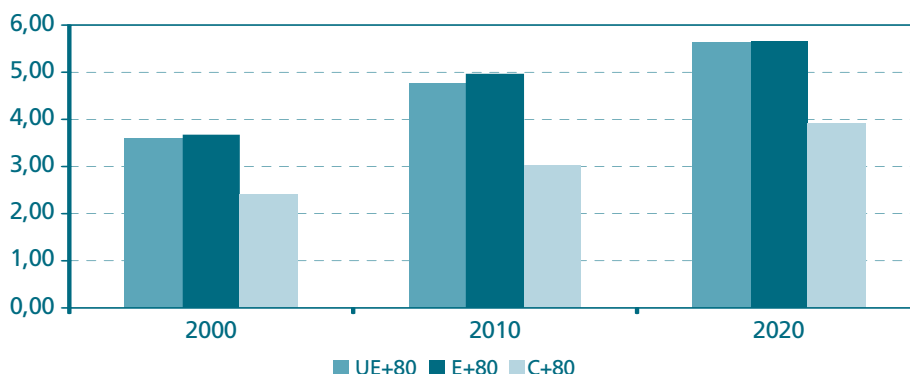
Fuente: INE.

• **Envejecimiento del envejecimiento**

Este proceso hace referencia al incremento relativo del número de personas con una edad superior a los 80 años. La mayor esperanza de vida ha supuesto que en España el grupo de personas de más de 80 años se haya triplicado en los últimos 30 años y las previsiones apuntan a que continuará esta tendencia. Hay que tener en cuenta que de este proceso de 'envejecimiento del envejecimiento' se deriva que las personas que lle-

gan a estas edades requieren una mayor ayuda, por lo que las tasas de dependencia y la severidad de esta dependencia aumentarán conforme sigan mejorando las condiciones de vida de la población. En cuanto a la población de Canarias nos encontramos, al igual que en el punto anterior, con unas tasas de población mayor de 80 años inferior a la media española y europea (tablas 1 y 2, gráfico 4), debido a que la estructura de la pirámide de la población en Canarias es más an-

**GRÁFICO 4. TASA DE POBLACIÓN DE 80 AÑOS Y MÁS**



Fuente: Eurostat: *Proyecciones regionales de población (NUTS95)*. Elaboración propia.

cha en la base. Sin embargo, al igual que en el caso anterior, según las previsiones demográficas, estas tasas de envejecimiento seguirán aumentando, provocando un incremento en las tasas de dependencia.

**• Incidencia del género motivado por el envejecimiento**

La mayor longevidad de la mujer, al combinarse con el hecho de que en las parejas predomina una diferencia de edad a favor del hombre, tiene como consecuencia una tasa más alta de viudedad. Ocho de cada diez personas mayores que se ven forzadas a vivir solas son mujeres, por lo que las situaciones de dependencia tendrán necesariamente mayor incidencia en la mujer que en el hombre.

**b) Disminución del sistema informal**

Tradicionalmente, han sido las familias las que han asumido el cuidado de las personas en situación de dependencia, a través de lo que ha dado en llamarse 'apoyo informal', recayendo gran parte de la carga de trabajo en la población femenina<sup>1</sup>. Sin embargo este modelo de apoyo informal no es sostenible, al menos en la dimensión hasta ahora conocida, debido a las transformaciones que están experimentando las estructuras familiares, destacando las siguientes:

- Minoración del grupo de cuidadores: debido a la progresiva y deseable incorporación de la población femenina al mercado laboral (tabla 4), cada vez con mayores cualificaciones y niveles formativos y por tanto mayores exigencias de dedicación.
- Alteraciones en el modelo tradicional familiar: debido al aumento de divorcios, familias monoparentales

y dispersión geográfica de los familiares como consecuencia de la mayor movilidad laboral.

**2.2. Modelos de atención a la dependencia y su sostenibilidad financiera**

En el momento actual en el que se está reconsiderando el sistema de protección a la dependencia en España, resulta relevante conocer los distintos modelos de protección social a la dependencia existentes en Europa y sus principales características, prestando una especial atención a los sistemas de financiación de los mismos:

**a) Modelo de protección universal:**

- Países de referencia: Países Nórdicos y Holanda.
- Cobertura universal.
- Financiación a través de impuestos generales, compartida entre el Estado y las Administraciones Territoriales. Existe la participación del ciudadano en el pago de los servicios en función de la renta.
- Es un sistema fundamentalmente de prestación de servicios, donde los municipios son los responsables de esta prestación.

**b) Modelo contributivo:**

- Países de referencia: Alemania, Austria, Luxemburgo y Francia.
- La protección social a la dependencia se sitúa en el ámbito de la Seguridad Social, es tratada como un riesgo más al que se da cobertura.
- Financiación a través de las cotizaciones a la Seguridad Social. También suele haber financiación vía impuestos para cubrir las prestaciones no contributivas. Por otra parte, las prestaciones están topadas, es decir, cubren parte del coste por lo que en este mo-

**TABLA 4. TASAS DE ACTIVIDAD FEMENINA**

	1980	1990	2000	2004
<b>Total Nacional</b>	28,11	34,06	40,95	44,07
<b>Canarias</b>	28,18	37,02	42,85	48,17

Fuente: INE: *Encuesta de Población Activa*.

<sup>1</sup> Según el informe sobre *Situación y evolución del apoyo informal a los mayores en España* del IMSERSO, el 83% de los cuidados se realiza por parte de mujeres, con una edad media de 52 años.

**TABLA 5. RATIOS DE COBERTURA EN RESIDENCIA Y SERVICIO DE AYUDA A DOMICILIO EN ALGUNOS PAÍSES DE EUROPA**

Países	Plazas en Residencia	Servicios Domiciliarios
Francia	6,70 %	12,50 %
Holanda	9,00 %	20,00 %
Alemania	4,10 %	8,60 %
Dinamarca	13,00 %	31,00 %
España	3,77 %	3,12 %

Fuente: MTAS: *Libro Blanco de la Dependencia en España*. Madrid. 2004

delo también existe el copago por parte del ciudadano.

- Las prestaciones son tanto monetarias como de servicios, existiendo capacidad de elección contemplándose también ayudas al cuidador.
- La gestión de las prestaciones económicas suele ser centralizada mientras que la de servicios está descentralizada en las administraciones territoriales.

#### c) Modelo asistencial:

- Países de referencia: Italia, Portugal y España.
- Cobertura limitada dirigida fundamentalmente a los ciudadanos con insuficiencia de recursos económicos.
- Financiación a través de impuestos.
- Fuerte peso de las familias y en menor medida de las organizaciones no lucrativas.

En el caso de España, la atención a la dependencia aparecería por tanto dentro del modelo asistencial. Si bien el sistema sanitario y parte del sistema de la Seguridad Social (incapacidad) puede cubrir parte de las necesidades de las personas en situación de dependencia, el nivel de desarrollo de servicios sociales más relacionados con la dependencia es menor que el de los otros dos modelos mencionados (tabla 5).

El debate en relación con el modelo de protección de la dependencia en España se inició en los años 90 y en la actualidad existe cierto consenso entre los principales partidos políticos y agentes sociales a favor del reconocimiento de la protección a las personas dependientes como un derecho social. Sin embargo, este debate se produce en un contexto económico de control del gasto público, estabilidad presupuestaria y equilibrio del Sistema de la Seguridad Social por lo que la sostenibilidad financiera del sistema de atención a la dependencia es un tema esencial en este debate. A favor del sistema de protección universal está el argumento de que se abordaría la protección a la dependencia en términos similares a como se realiza la cobertura del Sistema Sanitario, lo que supondría también la financiación por medio de impuestos. En cuanto a los argumentos a favor del modelo contributivo estaría el argumento de que la dependencia es un riesgo que debe ser protegido mediante un seguro público en el seno del Sistema de la Seguridad Social y financiado por cotizaciones sociales. En cualquiera de los dos casos o también en el caso de que se opte por un modelo mixto, para garantizar la sostenibilidad financiera de las nuevas prestaciones y

también para una mayor racionalidad en su prestación habrá que reflexionar también sobre la posibilidad de que los beneficiarios participen en la financiación de los servicios. La mayoría de los sistemas vistos en el presente epígrafe introducen en mayor o menor medida el copago, ya que son modelos topados, donde la prestación del servicio o las prestaciones monetarias cubren sólo una parte del coste de los cuidados de larga duración.

#### 2.3. Reparto competencial en el ordenamiento jurídico y regulación

Si bien el concepto de protección a la dependencia es nuevo y por tanto no existe como tal en el sistema de reparto constitucional español, la *Constitución Española* establece en su artículo 148.1.20 que las Comunidades Autónomas podrán asumir competencias exclusivas en materia de asistencia social, mientras que el artículo 149.1.17 dispone que la ejecución de los servicios sociales de la Seguridad Social será, asimismo, competencia de las Comunidades Autónomas.

Con base a estas previsiones del texto constitucional, el *Estatuto de Autonomía de Canarias* determina la competencia exclusiva de ésta en materia de asistencia social y servicios sociales, fundaciones y asociaciones de carácter asistencia y similares en cuanto desarrollen sus actividades en territorio canario, ejerciendo también las competencias de ejecución de los servicios sociales de la Seguridad Social.

En la Comunidad Autónoma de Canarias estas competencias se han ejercido de forma sistematizada a partir de la entrada en vigor de la *Ley 9/1987, de 28 de abril, de Servicios Sociales*. En cuanto a la planificación de los servicios sociales, se ha realizado un esfuerzo planificador a partir de planes generales y sectoriales y de la descentralización en la prestación de servicios, teniendo los Cabildos y los Ayuntamientos amplias competencias en la materia.

En cuanto al papel que ejercen las Corporaciones Locales, la *Ley 7/1985, de 2 de abril, Reguladora de las Bases de Régimen Local* determina la obligatoriedad de los Ayuntamientos de más de 20.000 habitantes, de prestar servicios sociales, estableciendo así mismo la prestación de tales servicios como una competencia que pueden asumir el resto de municipios y los Cabildos. En el caso



de los Cabildos las competencias en la gestión de los servicios sociales se han ido reforzando en la última década mediante procesos de transferencia, delegaciones y encomiendas de gestión de centros y servicios de la Comunidad Autónoma.

Por tanto, el principio de cooperación es especialmente importante en el ámbito de la protección social, donde se manifiesta la concurrencia o complementariedad de intereses y competencias entre las diversas Administraciones Públicas siendo esta cooperación especialmente importante en el ámbito de la planificación, ya que es un espacio de responsabilidad compartida, por cuanto que afecta a los todos los niveles administrativos.

El anuncio por parte del Gobierno de España de la presentación durante 2005 de un *Proyecto de Ley de Atención a las Personas Dependientes*, de carácter básico, se enmarca, según el *Libro Blanco de la Dependencia*, en la competencia estatal de “*regulación de las condiciones básicas que garanticen la igualdad de todos los españoles en el ejercicio de los derechos y en el cumplimiento de los deberes constitucionales*” recogida en el artículo 149.1.1ª de la *Constitución Española* y en el artículo 149.1.17ª en el caso de que finalmente la protección a la dependencia se estableciera en el marco de la Seguridad Social, cuestión pendiente de definir.

#### **2.4. Proceso de cambio normativo: el Libro Blanco de la Dependencia, la Ley de Atención a las Personas Dependientes y el Sistema Nacional de Atención a las Personas en Situación de Dependencia**

El actual proceso de creación de un sistema de atención a la dependencia responde a la necesidad de adaptar el marco legal, competencial, de financiación y el papel de los sistemas social y sanitario a las nuevas necesidades sociales. Es a partir del Acuerdo Social de 2001, cuando los agentes sociales firmantes junto con el Gobierno consideraron necesario abrir un período de estudio y debate sobre cómo se debe garantizar la atención a la dependencia. En 2003 el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales estableció una Comisión de Expertos para el análisis de la dependencia cuyas conclusiones han servido de base para la elaboración del *Libro Blanco de la Atención a las Personas en Situación de Dependencia en España*, recientemente dado a conocer por el Gobierno Central a los agentes sociales. De esta manera el Gobierno del Estado pretende fomentar un debate sobre la dependencia con el objeto de poder contar con un consenso suficiente para presentar en la actual legislatura una *Ley de Atención a las Personas Dependientes* que a su vez servirá de base para la creación de un Sistema de Atención de las Personas en Situación de Dependencia.

##### **2.4.1. El Libro Blanco de la Atención a las Personas en Situación de Dependencia en España**

Este documento de carácter técnico ha sido elaborado por el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales y tiene como objetivos ofrecer un diagnóstico riguroso de la

situación de las personas dependientes en España y presentar distintas alternativas para la implantación de un Sistema Nacional de Dependencia. En cuanto a las consideraciones que realiza el Libro Blanco destacan aquellas relacionadas con el modelo de protección a implantar y en concreto su financiación. En este sentido analiza la opción del sistema universal con financiación a cargo de los impuestos generales del Estado frente a la incorporación de una nueva prestación al sistema de la Seguridad Social, financiada por las contribuciones sociales. También plantea alternativas en cuanto a si la prestación debería ser económica o de servicios y por último sobre el papel a jugar de la iniciativa privada en la provisión de estos servicios.

##### **2.4.2. La Ley de Atención a las Personas Dependientes**

La creación de la *Ley de Atención a las Personas Dependientes*, en base al debate de modelo que surja en torno a las reflexiones incorporadas en el Libro Blanco seguiría así las Recomendaciones de la Comisión no Permanente del Congreso de los Diputados del seguimiento del Pacto de Toledo, que en su informe aprobado el 2 de octubre de 2003 propone “*la configuración de un sistema integrado que aborde, desde una perspectiva de globalidad, el fenómeno de la dependencia, con la participación activa de toda la sociedad y con la implicación de la Administración Pública en todos sus niveles, a través de una regulación de la dependencia, en la que se recoja la definición de la misma, la situación actual de su cobertura, los retos previstos y las posibles alternativas para su protección, teniendo en cuenta la distribución de competencias entre las distintas administraciones públicas, garantizando los recursos necesarios para su financiación y la igualdad de acceso*”.

En esta futura norma se deberá concretar la definición final de persona dependiente, determinar una cartera básica de servicios y establecer las competencias de las distintas administraciones en la organización, gestión y financiación de este nuevo sistema. Esta regulación pretende por tanto, articular un conjunto de prestaciones económicas y de servicios por grado de dependencia, accesible a todos los ciudadanos y respetando las competencias de las Comunidades Autónomas en esta materia.

##### **2.4.3. El Sistema de Atención de las Personas en Situación de Dependencia**

Con esta iniciativa normativa, el Gobierno del Estado pretende impulsar en un futuro un Sistema Nacional de Atención a las Personas en Situación de Dependencia, cuyos puntos principales serían, según el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales los siguientes:

1. Universalidad de la prestación.
2. Carácter público de la prestación.
3. Igualdad en el acceso.
4. Valoración y reconocimiento único en todo el país.
5. Gestión descentralizada: Comunidades Autónomas y Ayuntamientos.

**CUADRO 1. TIPOLOGÍA DE SERVICIOS EN LA ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA**

	Prestaciones Económicas	Prestaciones Sociales	Prestaciones Sanitarias
Personas atendidas	Incapacidad para trabajar	Personas con situación de necesidad	Curar problemas de salud
Organismos	Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales e INSS	Imserso, Comunidad Autónoma, Cabildo y Ayuntamientos	Servicio Canario de Salud
Tipología de servicios	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pensiones de incapacidad permanente</li> <li>• Pensiones no contributivas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ayuda a domicilio</li> <li>• Rehabilitación domiciliaria</li> <li>• Teleasistencia</li> <li>• Ayudas técnicas</li> <li>• Centros de día</li> <li>• Centros residenciales</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Atención primaria:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Centros de salud</li> <li>- Atención domiciliaria</li> </ul> </li> <li>• Atención especializada:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hospitales de agudos</li> <li>- media estancia y convalecencia</li> <li>- larga estancia</li> <li>- hospitalización domiciliaria</li> <li>- hospital de día</li> </ul> </li> </ul>

Fuente: Elaboración propia.

- Financiación compartida: Administración General del Estado, Comunidades Autónomas y Ayuntamientos.
- Participación de los usuarios en el pago de los servicios, como sucede en la actualidad.
- Prestación preferente de servicios (ayudas técnicas, ayuda a domicilio, teleasistencia, plazas residenciales, ...), antes que económica.
- Compatibilidad de la provisión pública de servicios y la acción concertada con la iniciativa privada.
- La atención a la dependencia se articulará a través de una Ley estatal de carácter básico, en el marco del desarrollo de la Seguridad Social.

### 2.5. Servicios comprendidos en la atención a las personas dependientes en el sistema de protección social

Frente a lo que ocurre en otros países de la Unión Europea, y así se indica en el dictamen al analizar los distintos modelos de protección existente en el ámbito de la Unión Europea (epígrafe 2.2), en España no existe todavía una cobertura social de la dependencia, sino un conjunto de mecanismos separados y sin integración, la mayoría de los cuales, aunque no se dirigen específicamente a la atención de las situaciones provocadas por la dependencia, tienen un efecto sobre la misma<sup>2</sup>. Por otra parte, los niveles administrativos desde los que se realizan las distintas prestaciones son distintos, pudiendo distinguir un nivel estatal para las prestaciones económicas derivadas del sistema de la Seguridad Social, un nivel autonómico en lo referente a la ordenación de las prestaciones sociales y socio-sanitarias y un nivel local en la prestación final de estos servicios (cuadro 1).

Dentro de esta gama de servicios de atención a las situaciones de dependencia, nos referiremos a continuación a las prestaciones sociales, señalando que los servicios de proximidad, objeto de nuestro estudio, se identifican con los servicios comprendidos en el apartado 2.5.1 y 2.5.2.

#### 2.5.1. Prestaciones domiciliarias

##### a) Servicio de ayuda a domicilio (SAD)

- Se entiende por SAD el conjunto de atenciones de carácter doméstico, social, de apoyo psicológico y rehabilitador a los individuos y las familias que se encuentran en situación de especial necesidad, facilitándoles la permanencia y la autonomía en el medio habitual de convivencia.
- La ayuda a domicilio se presta fundamentalmente por iniciativa de las Administraciones Públicas, sobre todo por parte de las Corporaciones Locales, tanto en régimen de gestión directa como indirecta.
- La extensión, intensidad y diversificación y calidad actuales de las prestaciones del SAD son claramente insuficientes.
- Se trata de uno de los instrumentos de política social más potentes ya que cumple con el principio de atención a la persona dependiente en su medio habitual mientras que por otra parte es un recurso con posibilidad de ser gestionado a escala municipal, que dinamiza los recursos humanos a nivel local y que supone una alternativa óptima respecto a otros recursos sociales, socio-sanitarios y sanitarios, como es el caso del internamiento en centros residenciales.

##### b) Rehabilitación domiciliaria

- Este servicio tiene como objetivo prestar un servicio de rehabilitación (fisioterapia, logopedia, atención psicológica, atención social, terapia ocupacional y apoyo educativo en el lugar de residencia del usuario).
- Está dirigido a personas con discapacidad severa que, por la ausencia de servicios de rehabilitación próximos a su lugar de residencia o imposibilidad familiar para acercar al usuario a estos servicios, no reciben la atención que precisan. Estos problemas se acrecientan en el medio rural, especialmente en las zonas donde la población está muy diseminada.
- La rehabilitación domiciliaria es un servicio com-

<sup>2</sup> En este sentido ya se pronunció el CES estatal en su Informe 4/2003 sobre la situación de las personas con discapacidad en España, señalando la "que la inexistencia de un marco general de contenidos mínimos es todavía un obstáculo al pleno desarrollo de los servicios sociales, razón por la cual el acuerdo entre Comunidades Autónomas y Administración Central con la finalidad de establecer unos criterios básicos para tales servicios es una asignatura pendiente".

plementario y en ocasiones incluido en el Servicio de Ayuda a Domicilio, si bien los altos costes de este servicio es la razón por la que la mayoría de las corporaciones locales prestan unas prestaciones muy limitadas.

#### c) Teleasistencia domiciliaria

- Servicio que, a través de la línea telefónica y con un equipamiento de comunicaciones e informática específico permite que los usuarios, ante situaciones de emergencia y con solo pulsar un botón que llevan consigo constantemente, puedan entrar en contacto verbal las 24 horas del día con una centralita atendida por personal preparado para dar respuesta adecuada a la crisis presentada. Los tipos de alarma se agrupan en sistemas activos (el propio usuario activa la alarma), pasivo (la alarma se activa cuando una función normal diaria no se lleva a cabo durante un tiempo), y semiactivo (una unidad de emergencia se pone en contacto con el usuario en horas preestablecidas).
- Es un servicio que contribuye así a paliar el aislamiento y soledad de los usuarios dando respuesta inmediata a sus problemas.
- Este servicio se presta generalmente por parte de las Corporaciones Locales teniendo un papel complementario al Servicio de Ayuda a Domicilio.
- Está especialmente indicado en el caso de personas que viven solas y en personas que necesitan ayuda de forma ocasional.

#### d) Ayudas técnicas

- En este epígrafe se encuentran otra serie de ayudas complementarias que tienen también como objetivo promover y facilitar la permanencia en el domicilio.
- Entre otras cabe destacar los servicios de ayuda personal a personas con grave discapacidad, las ayudas técnicas individuales para la autonomía personal y las ayudas para la adaptación y accesibilidad del domicilio.

#### 2.5.2. Servicios sociales intermedios: centros de día y plazas de estancia diurna en residencias

- Están dirigidos a promover la convivencia y a prestar atención geriátrica, alimenticia, recreativa, cultural así como terapia ocupacional a favor de las personas de edad y con discapacidad.
- Estos centros intentan posibilitar la máxima independencia personal, favoreciendo la permanencia en el ámbito socio-familiar, descargando temporalmente las familias de las tareas del cuidado continuo a las personas mayores o con discapacidad. Son por tanto una alternativa válida para la atención de las personas en situación de dependencia, que, por sus circunstancias personales y familiares, pueden seguir residiendo en su domicilio familiar, pero necesitan una atención continuada durante la jornada diurna.

#### 2.5.3. Servicios residenciales

Cuando la dependencia es muy severa, la permanencia de las personas dependientes en su domicilio resulta difícil no pudiendo ofrecerse una adecuada atención en el cuidado personal y sanitario debido al deterioro de los niveles de autonomía y la necesidad de atención permanente, por lo que se hace necesario recurrir a un servicio residencial.

Entre estos servicios residenciales cabe distinguir:

- Centros socio-sanitarios: indicados para personas en situación de dependencia que necesitan atención médica permanente. Están destinados principalmente a personas convalecientes en procesos hospitalarios con estancias medias.
- Residencias asistidas: centros de larga estancia para personas con dependencia total o severa.
- Residencias de 'válidos': centros de larga estancia para personas mayores no dependientes o con un nivel de dependencia moderado.
- Apartamentos tutelados: viviendas para personas mayores o con discapacidad, con servicios complementarios de apoyo como restauración, lavandería, servicios médicos y enfermería.

#### 2.6. La atención sanitaria y la coordinación socio-sanitaria

La atención sanitaria a las personas dependientes es un factor clave en la atención a la dependencia ya que la enfermedad es la causa principal de la dependencia y en el caso de las personas mayores, el proceso de envejecimiento lleva consigo problemas de salud recurrentes que hacen necesario una atención intensiva en servicios sanitarios. En este sentido cabe destacar que hasta ahora la sanidad se ha centrado en la atención con el fin de 'curar'. Sin embargo, el envejecimiento demográfico, la mayor prevalencia de enfermedades crónicas y la discapacidad crean nuevas demandas asistenciales que se pueden incluir bajo la denominación de 'cuidar'.

Los programas de atención primaria relacionados con las personas dependientes, las unidades de media estancia y convalecencia, las unidades de larga estancia, los hospitales de día y los demás servicios especializados son necesidades sociales percibidas por los ciudadanos como básicas y que no se encuentran cubiertas de forma suficientes por la actual sistema sanitario, por lo que deberá ser tenido en cuenta en los procesos de planificación de la atención sanitaria

Por otra parte y puesto que la protección a la dependencia puede verse como una extensión de los servicios sociales y sanitarios ya existentes, en estas observaciones de carácter general merece la pena prestar atención a la necesaria coordinación entre estos dos sistemas, proceso clave que en opinión del Consejo Económico y Social debe jugar un papel estratégico en la atención a las situaciones de dependencia.

Uno de los mayores retos de la acción social en general y de la atención a la dependencia en particular es la de ofrecer una respuesta integral a las necesidades sociales

de los ciudadanos. Como se apuntaba anteriormente, hoy en día los distintos instrumentos de protección social son un conjunto de mecanismos separados y sin integración. En el caso de los sistemas sanitarios y de servicios sociales esto es especialmente relevante, ya que las situaciones de dependencia no están causadas por necesidades sociales o sanitarias puras sino por una combinación de ambas, de manera que el ciudadano percibe su situación de necesidad de una forma unitaria, por lo que en muchas ocasiones la respuesta es ofrecer cuidados de larga duración a las personas que necesitan ayuda social y sanitaria de forma simultánea y duradera. Con el objeto de disminuir la distancia entre estos dos sistemas y dar una respuesta integral a las situaciones de dependencia ha aparecido en los últimos años el concepto de Espacio Socio-Sanitario o Red Socio-Sanitaria que supera el propio esquema de la coordinación de los ámbitos social y sanitario y que se define como 'el conjunto integrado de servicios y/o prestaciones sociales y sanitarias, públicas y privadas, que se destinan a la rehabilitación y cuidados de personas que se encuentran en diferentes situaciones de dependencia que les impide realizar actividades personales y/o instrumentales de la vida diaria'. Es este un concepto relativamente nuevo, cuyo ámbito no cuenta con regulación de desarrollo pero sí con experiencias que van concretando este espacio. Así, los Acuerdos Marco y Convenios de Colaboración entre los Ministerios de Sanidad y de Trabajo y Asuntos Sociales de 1993 para la coordinación socio-sanitaria de las personas mayores, el primer *Plan Gerontológico Nacional* (1991-2000), la *Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud* (2003) y en el ámbito autonómico, los primeros planes sociosanitarios de la Comunidad Autónoma de Cataluña, han ido haciendo realidad esta demanda social de conseguir una mayor integración entre las políticas sanitarias y de servicios sociales para hacer frente a problemas compartidos. Cabe destacar en este sentido el Programa Vida als Anys de la Comunidad Autónoma de Cataluña (1986), que ha sido durante casi dos décadas una iniciativa pionera en la coordinación de los sistemas social y sanitario orientado al ofrecimiento de una respuesta integral con la creación de un sistema territorializado que ofrece desde esta perspectiva servicios integrados del ámbito social y sanitario atendidos por equipos multidisciplinares. En la actualidad, en esta Comunidad Autónoma se están dando pasos en la atención de la dependencia a partir de las conclusiones del *Libro Blanco de las Personas Mayores con Dependencia en Cataluña*. Entre las líneas maestras que se ponen de manifiesto cabe destacar el estudio de la creación una agencia de atención de las personas dependientes y la configuración de un marco legal de ámbito territorial autonómico.

Tanto la *Ley Estatal de atención a la Dependencia* como la planificación de la atención a la dependencia que hagan las Comunidades Autónomas deberán tener en cuenta esta necesidad de respuesta integral, formular sus políticas y diseñar sus estructuras administrativas con este fin. Respecto a esta necesidad de respuesta a las nue-

vas necesidades, en el *Libro Blanco de la Dependencia* se afirma que "los Servicios Sanitarios y los Servicios Sociales han de adaptarse a la cronicidad, al envejecimiento y a la dependencia, lo que requiere determinar mejoras en su organización y en las prácticas profesionales y quedar reflejado en el futuro Sistema de Atención a la Dependencia". En este sentido hay que tener en cuenta que las situaciones de dependencia son un factor multiplicador del gasto social, de manera que, según el IMSERSO, en el caso de personas mayores dependientes el gasto sociosanitario es 10 veces mayor respecto a las personas mayores que no sufren dependencia (multiplicador 7 en el caso de servicios sanitarios y 13 en los servicios sociales).

### 2.7. Efectos de la atención a la dependencia sobre el empleo y la producción

La atención a las personas con dependencia, debido a su naturaleza de prestación de servicios personales, es un sector que utiliza intensivamente el factor trabajo, por lo que una mejora en esta atención generaría un incremento en las tasas de ocupación y actividad, redundando en un mayor crecimiento económico y desarrollo social. Ya en el *Libro Blanco sobre Crecimiento, Competitividad y Empleo* de la Comisión Europea de 1993, estos servicios de carácter personal fueron calificados como uno de los yacimientos de empleo más importantes. Esta creación de empleo requiere de grupos profesionales determinados entre los que destaca el personal auxiliar dedicado a los cuidados y atención personal (auxiliares de geriatría, discapacidad, ayuda a domicilio), el personal de mayor cualificación (médicos, psicólogos, trabajadores sociales, psicoterapeutas, ...) y personal de otros servicios complementarios (gestión y administración, hostelería, mantenimiento, ...). También hay que destacar la generación de empleo indirecto, la afloración de empleo sumergido y la posible incorporación al mercado de trabajo de parte de los cuidadores informales. En este sentido destacar que la estimación que realiza el *Libro Blanco de la Dependencia en España* es de una generación neta de empleo directo de 263.057 empleos con la implantación del Sistema Nacional de Atención a la Dependencia.

Directamente relacionado con la creación de empleo está la necesidad de que los profesionales que presten atención a las personas con dependencia cuenten con la cualificación necesaria. En relación con el personal auxiliar se hace necesario en la formación reglada desarrollar itinerarios formativos especializados y en la formación no reglada reglamentar de forma más precisa los perfiles profesionales y los requisitos para acceder a las titulaciones. En cuanto al personal de mayor cualificación, será necesario adaptar los currículos universitarios en aquellas carreras que puedan tener como salida profesional la atención a la dependencia, incrementando el número de créditos en estas materias.

En cuanto al esfuerzo presupuestario que supone para las Administraciones Públicas el desarrollo de los servi-

cios de atención a la dependencia, éste se podría ver compensado con un ahorro en el gasto público en prestaciones por desempleo, como consecuencia de la creación de empleo y gasto sanitario, como consecuencia de una utilización más racional de los recursos socio-sanitarios. Por otra parte, la mayor actividad económica que generaría la inversión en servicios sociales supondría un incremento de recursos financieros para la Administración resultado de mayores ingresos fiscales.

Por último y en relación con los efectos sobre el crecimiento económico, la creación de empleo, la inversión pública y privada y en definitiva el desarrollo de un nuevo sector de servicios sociales y sanitarios para un importante grupo de la población se vería reflejado en un incremento de la actividad económica.

### 3. Observaciones de carácter particular

Una vez vista la naturaleza de la dependencia y los rasgos fundamentales del sistema de protección social, el Consejo considera necesario analizar esta problemática en el ámbito de la Comunidad Autónoma de Canarias.

#### 3.1. Análisis de las situaciones de dependencia en Canarias

Para analizar los datos sobre dependencia en Canarias existen fundamentalmente dos fuentes estadísticas: la

*Encuesta sobre Deficiencias, Discapacidad y Minusvalías del IMSERSO-INE (1999)* y la *Encuesta de Condiciones Sociales* de la Consejería de Empleo y Asuntos Sociales-ISTAC (2001)<sup>3</sup>, analizando ambas encuestas el número de personas dependientes para realizar las actividades de la vida diaria (AVD)<sup>4</sup>. Recientemente, el *Libro Blanco de la Dependencia en España*, a partir de los datos obtenidos en la encuesta del IMSERSO de 1999 realiza nuevas estimaciones y proyecciones.

La *Encuesta sobre Deficiencias, Discapacidad y Minusvalías* del IMSERSO-INE (1999) permite observar lo siguiente (tablas 6, 7 y 8):

- a) Las tasas de dependencia en Canarias, en cualquiera de sus mediciones, son menores que las del conjunto del Estado.
- b) Por tramos de edad, si bien en el caso de los menores de 65 años las tasas son muy similares, la diferencia se encuentra en los mayores de 65, de manera que la tasa de dependencia para mayores de 65 años en Canarias es sensiblemente menor que en el conjunto del Estado.

En el caso de la *Encuesta de Condiciones Sociales de 2001* del ISTAC, se cifra el número de personas dependientes para las actividades básicas de la vida diaria en 32.367, lo que supone 1,9% de la población total (tabla 9). Del análisis de las cifras de dicha encuesta, se pueden sacar las siguientes conclusiones:

**TABLA 6. PERSONAS CON DISCAPACIDAD SEVERA O TOTAL PARA ALGUNA DE LAS ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA (ABVD)**

	6 a 64 años		65 años y más		Total	
	Nº personas	% pobl.	Nº personas	% pobl.	Nº personas	% pobl. total
España	254.902	0,8	586.964	9,1	841.866	2,3
Canarias	8.740	0,7	16.262	8,5	25.002	1,6

Fuente: IMSERSO: *Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud, 1999.*

**TABLA 7. PERSONAS CON DISCAPACIDAD SEVERA O TOTAL PARA ALGUNA DE LAS ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA (AIVD)**

	6 a 64 años		65 años y más		Total	
	Nº personas	% pobl.	Nº personas	% pobl.	Nº personas	% pobl. total
España	473.770	1,5	986.216	15,3	1.459.986	3,9
Canarias	17.171	1,3	21.925	11,5	39.096	2,6

Fuente: IMSERSO: *Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud, 1999.*

**TABLA 8. PERSONAS CON DISCAPACIDAD SEVERA O TOTAL PARA ALGUNA DE LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA (AVD)**

	6 a 64 años		65 años y más		Total	
	Nº personas	% pobl.	Nº personas	% pobl.	Nº personas	% pobl. total
España	527.091	1,7	1.036.914	16,1	1.564.005	4,2
Canarias	19.604	1,5	24.067	12,6	43.671	2,9

Fuente: IMSERSO: *Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud, 1999.*

<sup>3</sup> El ISTAC prepara, en el momento de realización de este dictamen, la *Encuesta de Ingresos y Condiciones de Vida de los Hogares Canarios 2004.*

<sup>4</sup> Las Actividades de la Vida Diaria (AVD) comprenden las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD) (cambiar las posiciones del cuerpo, levantarse y acostarse, desplazarse dentro del hogar, asearse, vestirse y comer) y las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD) (deambular sin medio de transporte, comprar, limpieza de la casa, cuidado del bienestar de los demás miembros de la familia). En cada uno de estos tres conceptos se incluyen las personas con discapacidad para al menos una de estas actividades.

**TABLA 9. PERSONAS DEPENDIENTES PARA LAS ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA EN CANARIAS POR ISLAS. 2001**

	Tasa Dependencia Masculina	Tasa Dependencia Femenina	Tasa Dependencia Total
Lanzarote	1,6	1,6	1,6
Fuerteventura	0,8	1,0	0,9
Gran Canaria	2,0	2,3	2,2
Tenerife	1,5	2,0	1,7
La Gomera	1,2	1,4	1,3
La Palma	1,4	3,0	2,2
El Hierro	1,1	0,7	0,9
Total Canarias	1,7	2,1	1,9

Fuente: ISTAC: *Encuesta de Condiciones Sociales de Canarias, 2001*. Elaboración propia.

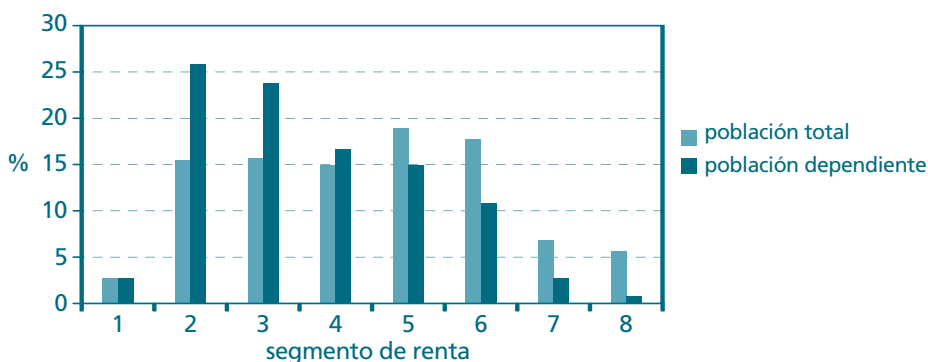
- a) Gran Canaria y La Palma son las islas con mayor tasa de dependencia (2,2%), situándose las demás por debajo de la media del Archipiélago.
- b) La tasa de dependencia femenina (2,1) es sensiblemente mayor que la masculina (1,7), dándose esta situación en todas las Islas, especialmente en La Palma (3,0: mujeres y 1,4: hombres).
- c) En un análisis por comarcas, las mayores tasas de dependencia se encuentran en aquellas zonas con menor desarrollo económico, predominando las altas tasas de dependencia en las zonas centro y norte de las Islas.
- d) A partir del análisis cruzado de dependencia y renta (gráfico 5), se desprende una cierta correlación entre pobreza y dependencia, ya que las situaciones de dependencia se observan con mayor frecuencia en los segmentos de renta más bajas. Así, frente a una distribución 'normal' de la renta respecto a la población total, la distribución de la renta respecto a las personas dependientes presenta un alto porcentaje de población dependiente en los segmentos de renta más bajos.

A partir de los datos analizados se puede concluir que la *Encuesta sobre Deficiencias, Discapacidad y Minusvalías de 1999* del IMSERSO muestra unas tasas de dependencia en Canarias menores que en el conjunto del Estado. En opinión del Consejo Económico y Social esta situación es básicamente coyuntural, ya que el menor envejecimiento de la población en Canarias redundará en menores

tasas de dependencia. En los próximos años las situaciones de dependencia en Canarias aumentarán en la medida en que el envejecimiento de la población canaria se acerque a la media estatal, por lo que el Consejo considera necesario ajustar progresivamente las estructuras de protección social a la dimensión que en un futuro próximo tendrá esta problemática. Por otra parte, el Consejo quiere llamar la atención sobre el revelador diagnóstico de la situación de la dependencia en Canarias que nos presenta la *Encuesta de Condiciones de Vida de 2001* observándose una serie de rasgos definitorios como son la mayor incidencia de la situación de dependencia en las mujeres y la relación de la dependencia con otras problemáticas sociales como son la pobreza y la exclusión social.

El *Libro Blanco de la Dependencia en España* toma como referencia la Encuesta sobre deficiencias, discapacidad y minusvalías del IMSERSO-INE (1999) e identifica como 'núcleo duro' de la dependencia las personas con dependencia severa y total para realizar alguna de las Actividades Básicas de la Vida Diaria (tabla 10). El valor añadido de la clasificación empleada en el Libro Blanco es el establecimiento de tres grados de dependencia (gran dependencia, dependencia severa y dependencia moderada) y el análisis de un segundo grupo de personas denominado 'personas con necesidad de ayuda'. Esta clasificación está diseñada con el objeto de determinar el 'umbral de entrada' al futuro Sistema Nacional de Atención a la Dependencia y la graduación del sistema

**GRÁFICO 5. DISTRIBUCIÓN DE LA RENTA POR SEGMENTOS EN CANARIAS. 2001**



Fuente: ISTAC: *Encuesta de Condiciones Sociales de Canarias, 2001*. Elaboración propia.

**TABLA 10. ESTIMACIÓN Y PROYECCIÓN DE PERSONAS EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA EN ESPAÑA**

**Cuadro 27. PERSONAS CON DISCAPACIDAD PARA LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA (ESPAÑA, 1998). DISTRIBUCIÓN POR GRADOS DE NECESIDAD DE CUIDADOS**

Grado	En domicilios familiares (EDDES 98)	En residencia (estimación)	Total	Proporciones
<b>Personas dependientes</b>				
3.(Gran dependencia)	121.109	20.300	141.409	14,7%
2.(Dependencia severa)	262.485	41.600	304.085	31,7%
1.(Dependencia moderada)	476.296	38.100	514.396	53,6%
<b>Total</b>	<b>859.890</b>	<b>100.000</b>	<b>956.890</b>	<b>100,0%</b>
<b>Personas con necesidad de ayuda para realizar tareas domésticas y/o discapacidad moderada para alguna ABVD</b>				
A.(Disc. moderada para alguna ABVD)	679.565	45.000	724.565	47,5%
B.(Discapacidad para alguna ABVD)	746.867	55.000	801.867	52,5%
<b>Total</b>	<b>1.426.432</b>	<b>100.000</b>	<b>1.526.432</b>	<b>100,0%</b>
<b>Total de personas con discapacidad para las actividades de la vida diaria</b>				
<b>Total</b>	<b>2.286.322</b>	<b>200.000</b>	<b>2.486.122</b>	

**Cuadro 30. PROYECCIÓN DEL NÚMERO DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD PARA LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA POR GRADOS DE NECESIDAD DE CUIDADOS (ESPAÑA, 2005-2020).**

	2005	2010	2015	2020
<b>Personas dependientes</b>				
Grado 3.(Gran dependencia)	194.508	223.457	252.345	277.894
Grado 2.(Dependencia severa)	370.603	420.336	472.461	521.065
Grado 1.(Dependencia moderada)	560.080	602.636	648.442	697.277
<b>Total</b>	<b>1.125.190</b>	<b>1.246.429</b>	<b>1.373.248</b>	<b>1.496.226</b>
<b>Personas con necesidad de ayuda para realizar tareas domésticas y/o discapacidad moderada para alguna ABVD</b>				
A.(Disc. moderada para alguna ABVD)	798.967	857.378	920.069	979.344
B.(Discapacidad para alguna ABVD)	858.433	914.161	971.884	1.028.992
<b>Total</b>	<b>1.657.400</b>	<b>1.771.539</b>	<b>1.891.952</b>	<b>2.000.336</b>
<b>Total de personas con discapacidad para las actividades de la vida diaria</b>				
<b>Total</b>	<b>2.782.590</b>	<b>3.017.968</b>	<b>3.265.200</b>	<b>3.504.562</b>

Fuente: MTAS: *Libro Blanco de la Atención a las Personas en Situación de Dependencia en España.*

de ayudas. El Libro Blanco realiza también una proyección de estos datos hasta el 2020, de manera que en este periodo el número de personas dependientes se incrementa en 536.336, de los cuales, según la metodología de la EDDES 1999, 16.090 serían ciudadanos de la Comunidad Autónoma de Canarias.

### 3.2. La dependencia y los servicios de proximidad en los instrumentos de planificación de la protección social en Canarias

En el ámbito de la protección social en Canarias ha existido un importante esfuerzo planificador, destacando el *Plan General de Servicios Sociales de Canarias* (1998) como ejemplo de instrumento de planificación estratégica de los servicios sociales que informa la actuación de todos los agentes implicados. Destaca también el esfuerzo planificador realizado en los Planes Sectoriales: *Plan integral del Menor*, *Plan Canario de Integración Social contra la Pobreza y la Exclusión Social en Canarias*, *Plan de Atención a Mayores*, *Plan de Atención a los Minusválidos*, *Plan Canario Joven*, *Plan Canario sobre Droga* y *Plan Canario de Igualdad de las Mujeres*, así como la importancia de algunos Planes Instrumentales como el *Plan de Infraestructuras Socio-Sanitarias-Área del Mayor* y el *Programa Socio-Sanitario de Atención a la Discapacidad*

y algunos ejemplos de planificación territorial como es el caso del *Plan Estratégico Insular de Servicios Sociales y Sociosanitarios de Tenerife*. Sin embargo, en opinión de este Consejo, este esfuerzo de creación de instrumentos de planificación no siempre viene acompañado de una labor de seguimiento y evaluación del cumplimiento del plan, que retroalimente el plan y consiga que la planificación informe la gestión de los servicios sociales.

#### 3.2.1. El Plan General de Servicios Sociales de Canarias

El *Plan General de Servicios Sociales* (1998), por su vocación de plan estratégico e instrumento de orientación y coordinación, se configura en uno de los instrumentos de planificación más relevante por lo que resulta oportuno analizar el tratamiento que en el mismo se da a las situaciones de dependencia y el papel que deben jugar los servicios de proximidad, destacando los siguientes aspectos:

- Las referencias directas del *Plan General de Servicios Sociales* sobre las situaciones a la dependencia son escasas, debido fundamentalmente a la novedad del término, si bien la atención a la dependencia aparece como principio inspirador de toda la acción social. Así, en la estructuración de los servicios sociales especializados, la atención a los colectivos de mayores y

**TABLA 11. MARCO RESUPUESTARIO DEL PLAN GENERAL DE SERVICIOS SOCIALES DE CANARIAS**

AAPP	Presupuesto en el Área Social en el año 1997	Porcentaje que representa en el monto global de los Presupuestos Respectivos	Objetivos Año 2010
Comunidad Autónoma	21.257.997.216	4,314 %	7,00 %
Cabildos	3.185.391.597	3,232 %	6,00 %
Ayuntamientos	2.377.526.175	1,710 %	5,00 %

Fuente: *Plan General de Servicios Sociales de Canarias.*

discapacitados se ajusta en gran medida al concepto actual de personas dependientes.

- Por otra parte, la proximidad aparece en el Plan como uno de sus principios generales, afirmando que *“Los Servicios Sociales se deben planificar de tal manera que todas las personas puedan acceder fácilmente a los mismos, procurando que en la medida de lo posible se eviten dificultades derivadas del desplazamiento, discriminaciones por el lugar de residencia, o desarraigos innecesarios al utilizar estos servicios.”* ... *“En un territorio como el nuestro, cuyo determinante es el carácter insular y las dificultades orográficas en muchas de sus islas, la proximidad de los servicios al lugar de residencia de sus habitantes, adquiere especial dificultad, que será necesario superar con propuestas imaginativas y servicios flexibles para adaptarse a las particularidades del territorio”.* También en este instrumento de planificación, se puede encontrar el papel concedido a los servicios de proximidad en la atención

a las personas dependientes como es el caso de las personas mayores, donde aparece como objetivo a cumplir el *“facilitar la permanencia de las personas mayores en su entorno habitual de convivencia, a través de medidas de apoyo a estas personas y sus familias”* o en el caso de las personas con discapacidad, donde uno de los objetivos que se formula es *“apoyar a las familias en que existan personas con autonomía reducida por razón de sus minusvalía, para que puedan proporcionar a los mismos las atenciones que necesitan, evitando alternativas que rompan innecesariamente la convivencia familiar y social”.*

- En cuanto a los objetivos a cumplir, el Plan estableció un marco presupuestario a largo plazo (tabla 11) que se concreta en una serie de objetivos y medidas a cumplir en cada uno de los servicios especializados.
- En la atención a las personas mayores, se fijan las siguientes medidas relacionadas con los servicios de proximidad:

MEDIDA Nº 4: *“Extender la cobertura del servicio de ayuda a domicilio, al 8% de las personas mayores de 65 años residentes en Canarias en un primer tramo y el 10% en una segunda etapa”.*

ISLAS	Nº usuarios 1996	Objetivo 1998 4%	Objetivo 2001 6%	Objetivo 2004 8%	Objetivo 2008 10%
Lanzarote	274	238	385	583	791
Fuerteventura	108	114	194	285	382
Gran Canaria	1.811	2.824	4.941	7.255	9.530
La Gomera	188	113	168	224	280
El Hierro	97	63	82	104	128
La Palma	342	507	770	1.038	1.317
Tenerife	2.523	2.906	4.927	7.174	9.443
TOTAL	5.343	6.765	11.468	16.662	21.871

MEDIDA Nº 6: *“Instalar el número de aparatos de teleasistencia necesarios para alcanzar el ratio de una cobertura del 12% de las personas mayores de 65 años residentes en Canarias que viven solas, de acuerdo con los objetivos propuestos en el Plan Gerontológico”.*

ISLAS	Objetivo año 2000	Objetivo año 2004	Objetivo año 2008
Lanzarote	62	140	203
Fuerteventura	31	68	98
Gran Canaria	791	1.741	2.440
La Gomera	27	54	72
El Hierro	13	25	33
La Palma	123	249	337
Tenerife	788	1.722	2.417
TOTAL	1.835	3.999	5.600

MEDIDA Nº 7: *“Reconvertir en centros de día e incremento de nuevas plazas; con el objeto de habilitar en los actuales hogares y clubs sociales, servicios para mayores con discapacidades severas, como apoyo a la familia, ga-*



rantizando un atendimento de calidad a lo largo del día y de la jornada laboral de la familia cuidadora habitual” ... “ Se estima que al final de la próxima década se tendría que contar con unas 1.094 plazas que se ejecutarían de acuerdo a las etapas señaladas en la siguiente tabla y ajustados a las previsiones económicas que en éstas se señalan”.

CANARIAS	1999-2001	2002-2003	2004-2007	2008-2010
Pob. previsible >65 años	191.138	199.705	208.273	2 19.706
%cobertura (1)	0,25%	0,35%	0,45%	0,5%
Nº de usuarios s/% cobertura	478	699	937	1.094

- En la atención a las personas con discapacidad, se fijan la siguiente medida relacionada con los servicios de proximidad:

**MEDIDA Nº 3:** *“Implantar y desarrollar los servicios de apoyo y respiro familiar, priorizando aquellas zonas donde las carencias de centros específicos y servicios especializados más lo demanden hasta ir progresivamente extendiéndose por todos los municipios canarios. Uno de los principios y criterios inspiradores de todo el Plan General lleva es la normalización que lleva aparejada la actuación directa en su medio habitual. Por tantos servicios de ayuda a domicilio tienen que contemplar su especialización en la actuación de graves minusvalías, complementándose con servicios que permitan al cuidador habitual tener un “respiro”, ante el cúmulo de tensión y cansancio, que supo la atención permanente a un minusválido profundo y con fuerte dependencia.”* En este caso no se establecen indicadores de estos objetivos.

- De lo visto hasta aquí, el Consejo entiende que el *Plan General de Servicios Sociales* se constituyó como “un elemento de interés estratégico en el propio sistema de Servicios Sociales Públicos” como hizo constar en su día en el Dictamen<sup>5</sup> sobre el *Plan General de Servicios Sociales* y que el tratamiento que da a las situaciones de dependencia y el papel que deben jugar los servicios de proximidad son esencialmente acertados, si bien sería necesario la adaptación de la acción protectora al concepto actual de dependencia. Las deficiencias más importante, en opinión del Consejo, de este instrumento planificador y por tanto de la acción planificadora de las Administraciones Públicas Canarias, es el escaso seguimiento y evaluación del Plan, de manera que las previsiones establecidas en el *Plan General de Servicios Sociales* de crear “Un observatorio permanente, como instrumento que garantice el seguimiento y evaluación del Plan, un PROCESO racionalmente definido para este seguimiento y evaluación y un sistema de información que permita registrar de manera ordenada los datos sobre los que fundamentar las conclusiones del seguimiento y de la evaluación” (PGSS: páginas 316-327) no han sido llevadas a cabo suficientemente. Este Consejo considera que la acción planificadora, esencial para una buena gestión de las políticas públicas, solamente puede llevarse

a cabo si el documento de planificación está acompañado de un proceso de seguimiento y evaluación continua del mismo, que pueda aportar la información necesaria para conocer en cada momento la dimensión del problema, la eficacia de los instrumentos planteados, los niveles de coordinación entre administraciones alcanzado y en definitiva dotar de racionalidad la gestión diaria de las políticas sociales. En este sentido, destacar buenas prácticas realizadas en otras Comunidades Autónomas como es el caso de la Comunidad Autónoma Vasca con la realización de informes anuales sobre la situación de sus servicios sociales, realizado por el Consejo Vasco de Bienestar Social, un instrumento esencial, tal como aparece en el citado informe, para “ofrecer una visión coherente y lo más completa posible de la situación de los servicios sociales en esta Comunidad”.

- Por otra parte, el *Plan General de Servicios Sociales* se constituyó en su día como un instrumento de orientación y coordinación para todos los agentes implicados en la acción social y en concreto tenía como objetivo articular la cooperación entre las distintas administraciones públicas. En este sentido, en el ámbito de los servicios de proximidad y la atención a la dependencia, a la vista del escaso seguimiento del Plan, el Consejo entiende que sigue existiendo una deficiente coordinación entre los distintos niveles de la Administración actuantes en materia social, siendo necesario un esfuerzo conjunto entre la Comunidad Autónoma, los Cabildos y los Ayuntamientos para afrontar y resolver este problema.

### 3.2.2. La atención a la dependencia en los Presupuestos de la Comunidad Autónoma de Canarias

Los presupuestos anuales de la Comunidad Autónoma de Canarias son una fuente de información que de manera indirecta pueden explicar cómo se realiza la cobertura a las situaciones de dependencia desde el ámbito de gestión de los servicios sociales de la Comunidad Autónoma, por lo que a partir del análisis del Presupuesto para el año 2004 de la Consejería de Empleo y Asuntos Sociales, se realiza una aproximación a los distintos esfuerzos presupuestarios<sup>6</sup> que se están haciendo en relación con las personas dependientes (tabla 12).

<sup>5</sup> Dictamen 5/1998, sobre el Plan General de Servicios Sociales de Canarias.

<sup>6</sup> Se ha tomado como referencia el capítulo IV de transferencias corrientes por ser la partida más significativa. En cuanto a las transferencias de capital destinadas a sufragar gastos de inversión, el esfuerzo presupuestario destinado a los colectivos relacionados con la dependencia fue de 8.733.297 euros siendo las actuaciones más importantes el Plan de Infraestructuras Socio-Sanitarias (Mayores) y la construcción de centros para personas con discapacidad.

**TABLA 12. PROTECCIÓN SOCIAL A LOS COLECTIVOS DE PERSONAS DEPENDIENTES EN EL PRESUPUESTO DE LA CONSEJERÍA DE EMPLEO Y ASUNTOS SOCIALES DE 2004**

		CAP IV	%
313B	LÍNEAS DE ACTUACIÓN SITUACIONES DE DEPENDENCIA	64.579.109	100
	COORDINACIÓN Y PLANIFICACIÓN DE ASUNTOS SOCIALES	12.868.631	20
	Plan Concertado y Prestaciones Básicas	10.859.308	17
	Subtotal Inmigración	1.868.566	3
313D	ASISTENCIA Y PARTICIPACIÓN DE LAS PERSONAS MAYORES	25.342.391	39
	Subtotal programas	9.569.329	15
	Transferencias y Delegaciones a Cabildos Insulares	15.773.062	24
313E	ASISTENCIA E INTEGRACIÓN SOCIAL DE LOS DISCAPACITADOS	16.066.411	25
	Subtotal discapacidad	6.674.216	10
	Subtotal enfermos mentales	618.151	1
313G	Transferencias y Delegaciones a Cabildos Insulares	8.774.044	14
	PRESTACIONES ASISTENCIALES A ANCIANOS E INCAPACITADOS	12.020.242	19

Fuente: Presupuesto Generales de la Comunidad Autónoma de Canarias 2004. Elaboración propia.

Del análisis de estos datos, se pueden realizar las siguientes observaciones:

- A nivel de líneas de actuación, en torno a un 35% del presupuesto de la Consejería de Empleo y Asuntos Sociales dedicado a transferencias corrientes está relacionado con las actuaciones y los colectivos que generalmente se relacionan con la dependencia (*Plan Concertado de Prestaciones Básicas de Servicios Sociales, Programas de Atención a las Personas Mayores, discapacidad, ...*). El resto de este presupuesto se destina principalmente a empleo, menores, juventud, igualdad de oportunidades y riesgos laborales.
- De este 35% de presupuesto relacionado con la atención a la dependencia destaca en primer lugar el Programa de Asistencia y Participación de las Personas Mayores (39%), seguido por el Programa de Asistencia e Integración Social de los Discapacitados (25%), las prestaciones asistenciales a ancianos e incapacitados (19%) y dentro del Programa de Coordinación y Planificación de Asuntos Sociales, el Plan Concertado de Prestaciones Básicas (17%).
- En cuanto a la gestión, en los presupuestos se especifica los beneficiarios de cada línea de actuación (tabla 13), de manera que el 19% de las transferencias, ayudas o subvenciones se realizan a particulares, mientras

que el 81% restante son transferencias, ayudas y subvenciones a otros agentes, que son los que realizan la prestación a los usuarios finales. De entre estos agentes intermedios, destaca en primer lugar los Cabildos Insulares, con una gestión del 49% del presupuesto dedicado a la dependencia, seguido por los Ayuntamientos con un 21% y las ONGs. Respecto a estos datos, destacar que la importancia de las Organizaciones No Gubernamentales no aparecen suficientemente reflejada, ya que las administraciones públicas receptoras realizan a su vez transferencias a estas Organizaciones, no reflejadas en estos datos.

### 3.2.3. Programas instrumentales

Junto a la planificación general y sectorial, la Comunidad Autónoma de Canarias ha desarrollado en los últimos años varios programas de carácter instrumental relacionados con la atención a las personas mayores y las personas con discapacidad, que se constituyen como los dos grandes colectivos incluidos en la atención a la dependencia.

El *Plan de Infraestructura Socio-Sanitaria-Area de Mayores* y el *Programa Socio-Sanitario de Atención a la Discapacidad en Canarias* son dos planes que tienen bá-

**TABLA 13. AGENTES RECEPTORES DE LAS PARTIDAS PRESUPUESTARIAS DE LA CONSEJERÍA DE EMPLEO Y ASUNTOS SOCIALES RELACIONADAS CON LA ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA**

Subvenciones y ayudas a:		
Ayuntamientos	13.303.342	21%
Cabildos	7.015.073	11%
ONGs	437.077	1%
Particulares indistinto	12.350.002	19%
Transferencias y delegaciones a:		
Cabildos	24.687.863	38%
Total	64.579.109	100%

Fuente: Presupuesto Generales de la Comunidad Autónoma de Canarias 2004. Elaboración propia.

**TABLA 14. PLAZAS NUEVAS DEL PLAN CANARIO DE ATENCIÓN A LOS MAYORES DEPENDIENTES**

Isla	Plazas Residenciales	Plazas Atención Diurna
Tenerife	650	238
Gran Canaria	592	196
Lanzarote	106	50
La Palma	68	26
Fuerteventura	38	15
El Hierro	40	15
La Gomera	45	15
<b>Total</b>	<b>1.539</b>	<b>555</b>

Fuente: *Plan de Infraestructura Socio-Sanitaria–Área de Mayores.*

sicamente como objetivo la programación de la construcción de infraestructuras destinadas a prestar servicios socio-sanitarios a las personas dependientes de estos dos colectivos. Ambos planes suponen, en opinión del Consejo Económico y Social, dos instrumentos de programación relevantes ya que se trata de un esfuerzo de ordenar la atención a las necesidades residenciales de estos dos colectivos.

Una primera característica de estos planes es su perspectiva de plan integral en la medida en que tiene en cuenta, entre sus principios inspiradores, la necesidad de coordinación entre los ámbitos social y sanitario y entre las administraciones con competencias en la materia. Así pues, en la gestión de ambos planes se prevé la colaboración del Gobierno de Canarias (Consejería de Empleo y Asuntos Sociales y Consejería de Sanidad) con los Cabildos Insulares tanto en la construcción, dotación del equipamiento y mantenimiento, corriendo el coste del módulo sanitario a cargo de la Consejería de Sanidad.

Por otra parte, en estos planes se tienen en cuenta cuestiones metodológicas que desde el Consejo se valoran positivamente como es la formulación de objetivos generales y específicos, el análisis de la coherencia con otros

planes, la inclusión de fichas financieras, cronogramas de las actuaciones, procedimientos de seguimiento del plan así como análisis de costes medios.

Por último, destacar que si bien se tratan de planes de infraestructuras directamente relacionados con los servicios residenciales, en la formulación de ambos instrumentos de planificación se declara que la atención a la dependencia en el entorno natural constituye el nivel de atención socio-sanitario ‘ideal’, de manera que el mantenimiento del usuario en su entorno debe primar a la institucionalización.

**3.2.3.1. Plan de Infraestructura Socio-Sanitaria-Área de Mayores (2001-2006)**

Este plan está dirigido exclusivamente a las personas mayores con discapacidad severa o total para las Actividades de la Vida Diaria (AVD). Como objetivos cuantitativos, se establece la creación de 1.539 plazas residenciales y 555 de atención diurna durante todo el periodo bajo la denominación del *Plan Canario de Atención a los Mayores Dependientes (PCAMD)* (tabla 14), la asunción de los compromisos adquiridos en el marco del *Plan Gerontológico* y la adaptación de las plazas de residencias de

**CUADRO 2. RECURSOS TÉCNICOS PARA LA ATENCIÓN A LA DISCAPACIDAD EN CANARIAS**

RECURSOS TÉCNICOS	
DE ATENCIÓN PRIMARIA	Centros de salud
	Centros de servicios sociales generales o comunitarios
	Equipos multidisciplinares de los Centros Base de Atención a Personas con Discapacidad
DE ATENCIÓN EN EL DOMICILIO	Servicio social de ayuda a domicilio
	Servicio de atención domiciliaria sanitaria
	Teleasistencia
	Respiro familiar
DE ATENCIÓN DIURNA	Centros de estancia diurna
	Centro de rehabilitación psicosocial
DE ATENCIÓN EN ALOJAMIENTOS NORMALIZADOS	Plazas tuteladas
	Viviendas tuteladas
	Hogares funcionales
ATENCIÓN EN RESIDENCIAS	Plazas bajo requerimiento sanitario
	Plazas medio requerimiento sanitario
	Plazas alto requerimiento sanitario

Fuente: *Programa Socio-Sanitario de Atención a la Discapacidad en Canarias.*

**TABLA 15. NÚMERO DE PLAZAS RESIDENCIALES Y DE ATENCIÓN DIURNA DEL PROGRAMA DE INFRAESTRUCTURA PARA LA ATENCIÓN A LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD**

		En funcio- namiento	Homologadas		Plazas en construcción	Nueva creación	
			Infraes- trutura	Manten- imiento		A contratar	A construir
Necesidad de 3ª persona*	plazas residenciales	643	243	344	265	80	52
	plazas atención diurnas	536	279	344	36	17	
	<b>Total</b>	<b>1.179</b>	<b>522</b>	<b>688</b>	<b>301</b>	<b>97</b>	<b>52</b>
Retraso mental	plazas residenciales	114	88	94	38	54	46
	plazas atención diurnas	1.830	1.770	1.751	21	109	5
	<b>Total</b>	<b>11.944</b>	<b>1.858</b>	<b>1.845</b>	<b>59</b>	<b>163</b>	<b>51</b>
Salud mental	plazas residenciales	117	93	93	10	513	6
	plazas atención diurnas	777	777	777		118	6
	<b>Total</b>	<b>894</b>	<b>870</b>	<b>870</b>	<b>10</b>	<b>631</b>	<b>12</b>
Alzheimer y otras demencias	plazas atención diurnas				40		
	<b>Total</b>				<b>40</b>		
<b>Total</b>		<b>4.017</b>	<b>3.250</b>	<b>3.403</b>	<b>410</b>	<b>891</b>	<b>115</b>

Fuente: Ficha financiera del Programa Socio-Sanitario de Atención a la Discapacidad en Canarias. Elaboración propia.

mayores a los parámetros marcados en la normativa. La dotación presupuestaria según la ficha financiera, asciende para todo el periodo a 22.814.040 euros con una participación de 42% de los Cabildos, 43% Consejería de Empleo y Asuntos Sociales y 15% Consejería de Sanidad.

### 3.2.3.2. Programa Socio-Sanitario de Atención a la Discapacidad en Canarias (2005-2010)

Este plan está destinado a personas con edades comprendidas entre los 17 y 64 años con discapacidad derivada de deficiencias o enfermedades crónicas, que tienen impedimento o dificultad en su autonomía personal, su bienestar y/o su integración social. El programa tiene como primera característica relevante la perspectiva integradora entre los ámbitos sociales y sanitarios de manera que en la identificación y programación de los recursos técnicos, se han incluido de forma detallada todos los recursos existentes tanto en el ámbito social como en el sanitario (cuadro 2).

Por otra parte, el programa realiza una clasificación de los usuarios según el tipo de deficiencia, siguiendo los parámetros internacionales, distinguiendo entre discapacidad por deficiencia física, discapacidad por deficiencia debido a un retraso mental y discapacidad por deficiencia debido a una enfermedad mental (se incluye en esta última categoría el Alzheimer y otras demencias no propiamente mentales). En cuanto al grado de discapacidad, de cara a la cuantificación de los recursos y plazas se establecen los sectores de necesidad de tercera persona, retraso mental, enfermedad mental y Alzheimer y otras demencias (tabla 15). Por último, la dotación presupuestaria prevista para el Plan para todo el periodo 2005-2010 es de 151.713.555 euros con una participación de 53%

por parte de la Consejería de Empleo y Asuntos Sociales, 15% por parte de la Consejería de Sanidad y 31% de los Cabildos.

El Consejo Económico y Social de Canarias valora positivamente estos dos instrumentos de planificación en la medida en que llenan parte del vacío existente en la atención a las personas con dependencia, mediante la clarificación de los recursos existentes, el establecimiento de instrumentos de coordinación entre las administraciones competentes y en definitiva ordenando la acción social en este ámbito. Sin embargo, al margen del grado de implantación de estos programas de infraestructuras, básicamente residenciales, el Consejo Económico y Social entiende que éstos deberán completarse con esfuerzos similares en la ordenación de los servicios de proximidad, donde el Gobierno de Canarias tendrá que tener como interlocutores, además de a los Cabildos, a los Ayuntamientos.

### 3.2.4. El Plan de Salud de Canarias (2004-2008)

El *Plan de Salud de Canarias 2004-2008* de la Consejería de Sanidad del Gobierno de Canarias trata de manera indirecta la atención a las situaciones de dependencia en Canarias ya que entre las seis áreas asistenciales prioritarias del Plan están el área de actuación de la salud mental y el envejecimiento, estrechamente ligadas a la dependencia, con una importancia relativa de un 17% y 30% respectivamente del total de la ficha presupuestaria del Plan (tabla 16).

En relación con el área de actuación de salud mental, el *Plan de Salud* basa la elección de la Salud Mental como área prioritaria en el incremento de su incidencia y prevalencia así como su importante impacto individual y social<sup>7</sup>.

<sup>7</sup> Dentro de la enfermedad mental, las demencias y en especial la Enfermedad de Alzheimer son las que provocan mayor dependencia entre las personas de edad avanzada. Aproximadamente el 6% de la población española de más de 65 años padece algún tipo de demencia, siendo la Enfermedad de Alzheimer la de mayor prevalencia. Entre la problemática que existe en el tratamiento de la enfermedad, está la dificultad de realizar un diagnóstico temprano de la enfermedad, de manera que un alto porcentaje de los pacientes no han sido diagnosticados como tales por parte de los servicios sanitarios y por tanto, no pueden recibir el tratamiento adecuado. Además, en la evolución de las demencias, el problema inicialmente de salud transita hacia un problema de carácter sociosanitario, donde el

**TABLA 16. PRESUPUESTO GLOBAL DE LA FICHA FINANCIERA DEL PLAN DE SALUD DE CANARIAS 2004-2008**

Área de actuación	2004	2005	2006	2007	2008	Total
Cardiopatía isquémica	198.486,77	1.171.319,48	1.911.354,42	1.984.708,62	2.109.703,18	7.375.572,47
Cancer	30.651,62	669.790,46	1.277.832,73	258.952,82	219.339,04	2.456.566,67
Diabetes	30.051,00	217.418,62	487.946,40	523.916,01	461.278,39	1.720.610,42
Salud mental	557.340,82	1.351.717,12	734.058,57	631.026,09	369.368,54	3.643.511,14
Envejecimiento	62.008,28	1.130.331,90	1.636.983,73	1.483.556,46	2.094.178,28	6.407.058,65
Programas educativos y consejos de salud	60.071,00	181.474,00	152.650,00	63.7418,00	65.023,00	522.966,00
Plantillas	0,00	5.348.885,17	3.422.101,53	5.461.268,21	5.492.426,59	19.724.681,50
<b>Total nuevas acciones por año (*)</b>	<b>938.609,49</b>	<b>10.070.936,75</b>	<b>9.622.927,38</b>	<b>10.407.176,21</b>	<b>10.811.317,02</b>	<b>41.850.966,85</b>
<b>Total acumulado</b>	<b>938.609,49</b>	<b>11.009.546,24</b>	<b>20.632.473,62</b>	<b>31.039.649,83</b>	<b>41.850.966,85</b>	

(\*) Incluye únicamente aquellas acciones que requieren de nueva financiación por parte del SCS.

Fuente: *Plan de Salud de Canarias 2004-2008*.

En el análisis de la situación del *Plan de Salud* se afirma que la salud mental se encuentra todavía en fase de desarrollo de estructuras asistenciales propias pero que los escasos recursos aún dedicados a la rehabilitación de enfermos mentales crónicos (Unidades de Rehabilitación Activa, Hospitales de Día, Centros de Día, etc) comienzan a adquirir un relevante protagonismo. En la consecución del objetivo de mejorar el desarrollo y promoción de una red de apoyo social y comunitario para el seguimiento de los enfermos mentales crónicos está jugando un papel importante los *Programas Insulares de Rehabilitación Psicosocial de los Enfermos Mentales Crónicos* (PIRP) creados por medio de los Consejos Insulares de Rehabilitación Psicosocial y Apoyo Comunitario (CIRPAC).

Entre los objetivos generales de esta área de actuación destacan en primer lugar la actualización de la red de dispositivos asistenciales para la atención a la salud mental que incluye la puesta en marcha de 110 plazas en el Hospital Psiquiátrico de Tenerife y 120 plazas en el Hospital Militar de Las Palmas y en segundo lugar, la mejora de la atención específica mediante programas para la atención sociosanitaria de las personas con enfermedad mental de larga duración, esto último mediante el desarrollo de los recursos sociosanitarios incorporados en los PIRP (centros de día, alojamiento alternativo y acceso al empleo) en el contexto de los programas sociosanitarios del área de mayores y de discapacidad.

En cuanto al área de actuación de envejecimiento, la elección como objetivo prioritario del Plan se basa en la incidencia que la atención a las personas mayores tiene sobre el conjunto del gasto sanitario, representando en Canarias el 23% del gasto total.

Entre los objetivos generales de esta área de actuación está el de mejorar la oferta y calidad en la provisión de servicios sanitarios a las personas mayores incluyendo acciones como la creación de equipos multidisciplinares de

valoración geriátrica en los hospitales del Servicio Canario de la Salud, la oferta de camas de media estancia o convalecencia, destinadas a favorecer la recuperación de los niveles previos de autonomía y el desarrollo de un sistema de hospitalización diurna para la población geriátrica como complemento a la red sanitaria de hospitalización de agudos y media estancia o convalecencia.

Como conclusión de lo anterior, desde el Consejo Económico y Social se reitera la opinión sobre la necesidad de coordinación existente entre la planificación de las políticas de salud y de servicios sociales, ya apuntada en el dictamen<sup>8</sup> que en su día el CES emitió sobre el *Plan de Salud*. Por otra parte y debido a la propia naturaleza de las prestaciones sanitarias, la mayoría de las referencias de las actuaciones del *Plan de Salud* en torno a estos colectivos vinculados a la dependencia no son servicios de proximidad si bien el objetivo de favorecer la permanencia de las personas en su domicilio y/o entorno habitual informa los fines del Plan e incluso aparece recogido de forma expresa como uno de los objetivos a conseguir en el tratamiento que se hace del área de personas mayores.

### 3.3. La Organización de la protección social a la dependencia en Canarias

Como se apuntó en el apartado 2.3, la acción social es una competencia autonómica, si bien los Ayuntamientos y los Cabildos tienen amplias competencias de gestión mientras que la administración del Estado conserva importantes competencias a través del Sistema Nacional de la Seguridad Social (cuadros 3 y 4). Por tanto, si bien la administración de la Comunidad Autónoma tiene un papel preponderante, todos los niveles de la Administración Pública tienen competencias en la protección social a la dependencia, por lo que la coordinación de las actuaciones de las distintas administraciones públi-

papel de los cuidadores es esencial. Según el estudio *Análisis Socio-económico del Impacto de la Enfermedad de Alzheimer en Canarias. Revisión Sistemática y Estudio Epidemiológico* publicado por el Servicio Canario de Salud, el coste medio anual global por paciente se estima en 8.452,63 euros/paciente/año, de los cuales, el 18% son costes formales y 82% corresponde al coste del cuidador informal, lo que da idea de la sobrecarga que se produce sobre los cuidadores informales.

<sup>8</sup> Dictamen 8/2003 del Consejo Económico y Social de Canarias sobre el Plan de Salud de Canarias 2003-2007.

cas, cada una en virtud de sus competencias, se ha convertido en uno de los objetivos a alcanzar en aras de una protección social más eficaz.

### 3.3.1. Administración del Estado

El Sistema de la Seguridad Social recoge la protección a la dependencia con carácter excepcional y vinculada a la incapacidad para trabajar (tanto en la modalidad contributiva como en la no contributiva) y para personas menores de 65 años, por lo que estas figuras protectoras han sido superadas por la propia realidad de la extensión de la dependencia. Entre las prestaciones más importantes se encuentran las pensiones de incapacidad permanente, en el grado de gran invalidez y las pensiones de invalidez no contributivas. La cuantía y la distribución de este tipo de prestaciones y ayudas en Canarias han sido tratadas por el CES en sus Informes Anuales, por lo que nos remitimos a los mismos para un análisis más detallado.

### 3.3.2. Comunidad Autónoma de Canarias

Al Gobierno de la Comunidad Autónoma de Canarias le corresponden amplias competencias respecto a la normativa, planificación, coordinación, gestión y asistencia técnica del sistema de servicios sociales en el Archipiélago, tal como establece el artículo 10 de la *Ley 9/1987, de 28 de abril, de Servicios Sociales*.

Respecto a la elaboración de normas reguladoras del sistema de servicios sociales, además de la citada *Ley de Servicios Sociales*, se ha desarrollado una amplia actividad ordenadora en los distintos ámbitos sectoriales como la atención al menor y a la familia, a la mujer o a las personas drogodependientes. En cuanto a la gestión del sistema de servicios sociales, la Administración de la Comunidad Autónoma ha descentralizado gran parte de la gestión hacia los Cabildos y Ayuntamientos, reservándose la gestión de servicios estratégicos. En la descentralización hacia los Cabildos, destacan los procesos de transferencias, delegaciones, y encomiendas de gestión de centros y servicios de la Comunidad Autónoma, y respecto a la descentralización hacia los Ayuntamientos, el *Plan Concertado para el Desarrollo de Prestaciones Básicas de Servicios Sociales en las Corporaciones Locales*. En cuanto a las tareas de planificación y coordinación, el *Plan General de Servicios Sociales* y los distintos planes sectoriales constituyen la estructura que orienta la estrategia de los servicios sociales en el archipiélago mientras que el Consejo General de Servicios Sociales de Canarias es el máximo órgano de coordinación de los servicios sociales de las Islas.

### 3.3.3. Cabildos Insulares

A los Cabildos Insulares, de acuerdo con lo dispuesto por la *Ley 7/1985, de 2 de abril, Reguladora de las Bases de Régimen Local* y la *Ley 14/1990, de 26 de julio, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas Canarias*, le corresponden amplias competencias de servicios sociales en el ámbito insular y así, la *Ley de Servicios Sociales*

en su artículo 12, le confiere entre otras competencias la participación en la planificación y la gestión de servicios sociales especializados en el ámbito insular.

En los últimos años ha sido especialmente importante el proceso de transferencias, delegaciones, y encomiendas de gestión hacia los Cabildos por parte de la Comunidad Autónoma. Destaca la transferencia en materia atención a los menores y a la familia realizada el *Decreto 159/1997, de 11 de julio, de transferencias de competencias de la Administración Pública de la Comunidad Autónoma de Canarias a los Cabildos Insulares*, la delegación de competencias del *Decreto 160/1997, de 11 de julio, por el que se delegan competencias de a la Administración de la Comunidad Autónoma de Canarias a los Cabildos Insulares en materia de gestión de Centros de Atención a Minusválidos y Tercera Edad* y la *Resolución 141/1998, de 15 de enero, por el que se publicita el Convenio de Encomienda de Gestión de los Módulos Insulares de Servicios Sociales*.

Este proceso de descentralización de competencias de la Administración de la Comunidad Autónoma hacia los Cabildos, está significando para estos últimos la concentración de importantes cargas de gestión en un corto espacio de tiempo. La creación por parte de los Cabildos de los Institutos Insulares de Atención Social y Socio sanitaria (IASS) con el objeto de ordenar estas competencias es un primer paso hacia la eficiente gestión de estos recursos públicos. Sin embargo, la prestación de los servicios sociales y socio sanitarios por parte de los Cabildos sigue siendo un reto para estas instituciones, ya que si los servicios sociales suponen un nuevo sector a administrar, los servicios socio sanitarios son aún más novedosos, ya que a la complejidad de su gestión se une una falta de definición del llamado 'espacio socio sanitario', fruto de la novedad de los problemas a afrontar y de los instrumentos a gestionar. Desde el Consejo Económico y Social se quiere hacer una especial consideración a esta situación y a la desigual manera en que se está afrontando esta situación por parte de los distintos Cabildos Insulares. El Consejo Económico y Social quiere también señalar la necesidad de dotar con medios humanos, técnicos y financieros a los IASS, ya que estas nuevas organizaciones están llamadas a desarrollar gran parte de los servicios de atención a la dependencia. En concreto, el Consejo Económico y Social de Canarias considera necesario realizar un esfuerzo de planificación para conseguir una eficaz asignación de los recursos mientras que por otra parte resulta necesario realizar una acción integradora en el ámbito socio-sanitario, de manera que a aquellas personas que necesiten atención social y sanitaria se les pueda ofrecer una atención integral y adecuada a cada caso.

### 3.3.4. Ayuntamientos

La *Ley Reguladora de las Bases de Régimen Local* determina la obligatoriedad de los Ayuntamientos de más de 20.000 habitantes, de prestar servicios sociales, en los términos de la legislación del Estado y de las Comunidades

**CUADRO 3. DISTRIBUCIÓN DE COMPETENCIAS ENTRE LAS ADMINISTRACIONES PÚBLICAS**

	Estado	Comunidad Autónoma	Cabildos Insulares	Ayuntamientos
<b>Competencias</b>	Sistema de Seguridad Social	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Normativa</li> <li>• Planificación</li> <li>• Coordinación</li> <li>• Gestión</li> <li>• Asistencia técnica</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Participar en el proceso de planificación</li> <li>• Servicios sociales especializados en el ámbito insular</li> <li>• Prestaciones propias</li> <li>• Otras competencias como resultado de convenios</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Participar en la planificación</li> <li>• Servicios Sociales Comunitarios y Especializados en el ámbito municipal</li> </ul>
<b>Base Jurídica</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ley de Servicios Sociales</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ley de Régimen Jurídico de las AAPP Canarias</li> <li>• Ley Reguladora de la Bases de Régimen Local</li> <li>• Ley de Servicios Sociales</li> <li>• Decretos de transferencias y delegaciones</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ley Reguladora de la Bases de Régimen Local</li> <li>• Ley de Servicios Sociales</li> <li>• Plan Concertado</li> </ul>
<b>Planificación</b>	Planes Sectoriales Conferencia Sectorial Acuerdos Marco Convenios	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Plan General de Servicios Sociales</li> <li>• Planes sectoriales</li> </ul>	Planes Insulares de Servicios Sociales y Sociosanitarios	Planes Municipales

Fuente: *Plan General de Servicios Sociales de Canarias*. Elaboración propia.

Autónomas. Es en artículo 13 de la citada *Ley 9/1987, de 28 de abril, de Servicios Sociales* donde se señalan las competencias concretas de los Ayuntamientos, entre las que se encuentran la participación en la planificación y la gestión de los servicios sociales comunitarios y especializados en el ámbito municipal así como las posibles transferencias, delegaciones, y encomiendas de gestión que los Cabildos y la Comunidad Autónoma pudieran establecer. En este sentido, el *Plan Concertado para el Desarrollo de Prestaciones Básicas de Servicios Sociales en Corporaciones Locales*<sup>9</sup> firmado entre el Estado y la Comunidad Autónoma de Canarias es el instrumento más importante de descentralización de la gestión hacia los Ayuntamientos, ya que mediante este convenio se confiere a los Ayuntamientos recursos para el mantenimiento de la red básica de servicios sociales, estableciéndose los criterios de reparto en el *Decreto 287/1997, de 10 de diciembre*.

En opinión del Consejo Económico y Social, las Corporaciones Locales, por su cercanía al ciudadano, son el nivel de la Administración Pública que mejor puede realizar las funciones de asignación y distribución de las prestaciones sociales, destacando sobre todo los servicios sociales comunitarios entre los que se encuentran los servicios de proximidad. Sin embargo, los niveles de prestación de los servicios sociales básicos que se prestan son muy dis-

pare y a todas luces insuficientes. El problema de la insuficiencia de recursos está a menudo acompañado de problemas en la gestión, por lo que el desarrollo cuantitativo y cualitativo del nivel municipal de servicios sociales es uno de los mayores retos en el desarrollo de un sistema integral de bienestar social.

De lo visto en este apartado sobre el sistema de distribución de competencias en el terreno de los servicios sociales, se puede concluir que si bien el aspecto normativo es una competencia exclusiva del Gobierno de Canarias, el resto de los ámbitos son compartidos o complementarios entre las distintas Administraciones, por lo que la coordinación entre las mismas resulta imprescindible. Así pues, se podría decir que la red pública de servicios sociales de Canarias está formada por las estructuras, centros y servicios de las Administraciones de la Comunidad Autónoma, de los Cabildos y los Ayuntamientos, siendo una concreción de lo dispuesto en la *Ley 14/1990, de 26 de julio, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas de Canarias*, en la que se encomienda, de forma genérica la participación de las diferentes Administraciones Públicas Canarias en las competencias asumidas en materia de servicios sociales.

Sin embargo, el nivel de integración de estas estructuras todavía no es el adecuado, por lo que la mayor coordinación entre las Administraciones Públicas com-

<sup>9</sup> Este *Plan Concertado* ha sido visto por el Consejo Económico y Social de España como un ejemplo de coordinación entre las tres Administraciones (central, autonómica y local), desde la *"perspectiva metodológica y técnica de la concentración y cooperación"* (*Informe 4/2003*, pag. 149).

**CUADRO 4. GESTIÓN DE CENTROS, SERVICIOS Y PRESTACIONES POR PARTE DE LAS ADMINISTRACIONES**

	Comunidad Autónoma	Cabildos Insulares	Ayuntamientos
<b>Acciones más destacadas</b>	Ayudas y Subvenciones Delegación de transferencias a Cabildos	Atención Social y Sociosanitaria a través de los IASS	Servicios de Proximidad a través de las Concejalías de Servicios Sociales
<b>Gestión</b>	Limitación de su competencia gestora a servicios estratégicos: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Reconocimiento PNC</li> <li>• Calificación minusvalías</li> <li>• Comunidades terapéuticas</li> <li>• Gestión de adopciones y tutelas de menores e incapacitados</li> <li>• Convocatoria subvenciones</li> <li>• Pisos tutelados</li> <li>• Centros de día especializados</li> <li>• Centros para el cumplimiento de medidas judiciales</li> <li>• Registros de familias adoptantes y acogedoras</li> </ul>	Servicios especializados de ámbito insular: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Centros residenciales para mayores</li> <li>• Residencias mixtas para la tercera edad</li> <li>• Centros de acogida de mujeres maltratadas</li> <li>• Centros y hogares de menores</li> <li>• Centros de acogida inmediata</li> <li>• Módulos insulares</li> <li>• Servicios insulares de infancia</li> <li>• Transferencias y delegaciones</li> <li>• Decreto 159/1997: servicios sociales especializados en el ámbito del menor</li> <li>• Decreto 160/1997: gestión de centro se atención a minusválidos y mayores de titularidad de la CAC</li> <li>• Otros servicios sociales especializados</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Centros de servicios sociales</li> <li>• Unidades de trabajo social</li> <li>• Servicios de ayuda a domicilio y teleasistencia</li> <li>• Ayudas económicas básicas</li> <li>• Proyectos locales de inserción</li> <li>• Centros y talleres ocupacionales</li> <li>• Centros de estancia diurna</li> <li>• Centros o servicios de día</li> <li>• Albergues de transeúntes</li> <li>• Centros de acogida de mujeres maltratadas</li> <li>• Centros y hogares de menores</li> <li>• Escuelas infantiles</li> <li>• Centros o servicios de tiempo libre</li> <li>• Pisos tutelados</li> <li>• Centros residenciales para mayores</li> </ul>
Fuente: <i>Plan General de Servicios Sociales de Canarias</i> . Elaboración propia.			

petentes será imprescindible en los próximos años, con el objetivo de ofrecer un servicio integrado de servicios sociales. En este sentido, un mayor esfuerzo planificador, un sistema de información común y canales de coordinación y cooperación adecuados, son instrumentos necesarios para poder acercarse a este objetivo. En cuanto a los órganos de coordinación, desde el Consejo Económico y Social de Canarias se entiende que, sin perjuicio de otras posibles iniciativas a adoptar, es el Consejo General de Servicios Sociales, regulado según *Decreto 5/1995*, el órgano desde donde se deben potenciar estos esfuerzos.

#### 3.4. Panorama general de los servicios sociales en Canarias: datos de cobertura

En relación con el nivel de prestación de servicios sociales en Canarias, los datos muestran una situación en la que las tasas de cobertura de los distintos instrumentos de los servicios sociales se sitúan, salvo excepciones, por debajo de la media estatal, aspecto que se analiza a continuación (tabla 17).

En el caso de los servicios para las personas dependientes mayores de 65 años, todos los indicadores se sitúan

por debajo de la media siendo especialmente relevante la brecha existente en el servicio de ayuda a domicilio, tanto en el índice de cobertura como en intensidad horaria. Por otra parte, es previsible que el diferencial que se observa en los índices de cobertura en centros de día y en plazas residenciales se irá reduciendo conforme avance la ejecución del *Plan de Infraestructuras Socio-Sanitarias*. Por lo que respecta a los datos disponibles de cobertura para las personas dependientes menores de 65 años (discapacidad), destaca positivamente la cobertura en Canarias de plazas en centros de rehabilitación psicosocial, muy superior a la media estatal. En lo que respecta al servicio de ayuda a domicilio, los datos no son concluyentes ya que para Canarias se aprecia unos índices de cobertura mayores, pero con una intensidad horaria menor. Al igual que en el caso de los mayores, también para este colectivo, es previsible que aumenten las dotaciones de plazas residenciales y de atención diurna, tal como se contempla en el *Programa Socio-Sanitario de Atención a la Discapacidad en Canarias*.

#### 3.5. El papel de los servicios de proximidad en la atención a la dependencia: especial atención al servicio de ayuda a domicilio



**TABLA 17. PRINCIPALES INDICADORES DE LOS RECURSOS SOCIALES PARA LA ATENCIÓN A LAS PERSONAS EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA**

Indicadores	España (media estatal)	Canarias	
SAD: índice de cobertura	3,14%	2,69%	Personas
SAD: intensidad horaria	16,43	10,00	dependientes
Teleasistencia: índice de cobertura	2,05%	0,62%	mayores de 65 años
Plazas de centros de día: índice de cobertura	0,46%	0,23%	
Plazas residenciales: índice de cobertura	3,78%	2,89%	
Servicios de información, orientación y/o valoración para personas con discapacidad	1.149.916	37.576	Personas dependientes
SAD	1,27‰	5,98‰	menores de 65 años
SAD: intensidad horaria	8,6	3,5	
Plazas en centros de día:	4,19‰	0,19‰	
Plazas en centros ocupacionales	9,17‰	10,98‰	
Plazas en centros de rehabilitación psicosocial	1,05‰	4,66‰	
Plazas en centros residenciales para personas con discapacidad en situación de dependencia	5,61‰	3,86‰	
Plazas en centros residenciales para personas con discapacidad que no se encuentran en situación de dependencia	2,11‰	0,46‰	
Plazas en centros residenciales para personas con discapacidad en sistemas de alojamiento alternativo	1,02‰	0,37‰	

Fuente: MTAS: *Libro Blanco de la Dependencia en España. 2004*. Elaboración propia.

Tal como se definió al inicio del dictamen, los servicios de proximidad tienen como objetivo posibilitar que las personas dependientes puedan continuar en su entorno familiar. En este sentido, la ayuda domiciliaria, la teleasistencia y la rehabilitación domiciliaria, así como los llamados servicios sociales intermedios (centros de día), tienen un papel esencial en la atención a la dependencia, que debe ser complementado por los servicios residenciales. Respecto a estos últimos, en un principio deberían destinarse solamente a los casos de dependencia severa, es decir, cuando la permanencia de las personas dependientes en su domicilio se hace difícil por la inadecuación del entorno, el deterioro de los niveles de autonomía o la necesidad de atención permanente. Sin embargo, no siempre es así y la demanda de plazas en residencias asistidas, residencias de válidos o pisos tutelados muchas veces es debida a una oferta insuficiente de servicios de proximidad, que obliga a la persona dependiente y a su familia a buscar estos otros servicios residenciales. En opinión del Consejo Económico y Social, estos servicios residenciales, en los casos de dependencia leve y moderada no son, en la mayoría de los casos, la solución óptima para la persona dependiente puesto que supone su institucionalización y el alejamiento de su entorno habitual.

En términos absolutos, dentro de los servicios de proximidad, el servicio de ayuda a domicilio (SAD) es el instrumento que más incidencia está teniendo en la Comunidad Autónoma de Canarias. Así, el gasto dedicado a la prestación de ayuda a domicilio fue de 9.894.664 euros en 2004 (datos facilitados por la Consejería de Empleo y Asuntos Sociales) lo que da una idea de su preponderancia frente a otros servicios como la teleasistencia, todavía en fase de consolidación y con una partida pre-

supuestaria de 132.802 euros para el mismo periodo. Por esta razón, a continuación analizaremos en mayor detalle la situación del servicio de ayuda a domicilio en la Comunidad Autónoma de Canarias.

### 3.5.1. El servicio de ayuda a domicilio en la normativa autonómica

- **La Ley 9/1987, de 28 de abril, de Servicios Sociales**  
El artículo 6 de la *Ley 9/1987, de 28 de abril, de Servicios Sociales* conceptúa a los servicios sociales generales o comunitarios incorporando la ayuda a domicilio en su ámbito de actividad y definiéndola como “una serie de atenciones de carácter doméstico, social, de apoyo psicológico y rehabilitador a los individuos y las familias que se hallen en situación de especial necesidad, facilitándoles así la permanencia y la autonomía en el medio habitual de convivencia”. Por otra parte, el artículo 13 atribuye a los Ayuntamientos la competencia en la gestión de los servicios sociales comunitarios de ámbito municipal.
- **El Decreto 5/1999, de 21 de enero, por el que se Regula la Prestación del Servicio de Ayuda a Domicilio**  
Tal como establece el *Decreto 5/1999, de 21 de enero, por el que se Regula la Prestación del Servicio de Ayuda a Domicilio*, su objetivo “estriba en la unificación de las líneas de actuación, por parte de los distintos Ayuntamientos de la Comunidad Autónoma de Canarias, en lo referente a la prestación del servicio, su estructuración y funcionamiento, con la finalidad de alcanzar el máximo grado de operatividad y eficacia” ... “persigue, además, de la atención del usuario, colaborar con al familia en sus tareas para con el mismo, a fin de liberarle de algunas cargas y obligaciones, que, por penosas, pueden influir negativamente en las relaciones de la familia”.

El artículo 2 define la ayuda a domicilio como *“un conjunto de actuaciones, realizadas preferentemente en el domicilio del destinatario, de carácter doméstico, social, de apoyo psicológico y rehabilitador, dirigidas a individuos y/o familias que se hallen en situaciones de especial necesidad, facilitando así la permanencia y la autonomía en el medio habitual de convivencia”*. El artículo 4 establece como finalidad del SAD *“facilitar la autonomía personal del individuo y/o familiar para que permanezca en su entorno habitual de vida, evitando situaciones de desarraigo y desintegración social”* mientras que el artículo 5 menciona entre los objetivos del SAD *“prevenir y evitar el internamiento de las personas para que, con la aplicación de esta ayuda, puedan permanecer en su medio habitual”*. En los capítulos II al V se desarrolla los contenidos del SAD mientras que en capítulo VI se establece la organización del SAD. De esta organización en la prestación del servicio destacar que el artículo 17 ratifica la competencia de los Ayuntamientos en la gestión de la ayuda a domicilio, la cual la podrán llevar a cabo de forma directa o de manera indirecta mientras que el artículo 18 habla de la financiación del servicio, indicando que *“se financiará con las aportaciones del Ministerio competente en materia de servicios sociales, de la Comunidad Autónoma de Canarias, de los Ayunta-*

*mientos respectivos, de los propios usuarios y de cualquier otra entidad pública o privada”*.

### 3.5.2. La situación de la prestación del servicio de ayuda a domicilio en Canarias: Informe del Diputado del Común

Las personas mayores es el colectivo a quien va destinado casi el 70% de las prestaciones del servicio de ayuda a domicilio en la Comunidad Autónoma de Canarias, seguido de las personas con discapacidad (10,78%), la familia (7,80%), los enfermos psiquiátricos (2,44%) y los enfermos terminales (2,09%), teniendo el resto de los colectivos muy poco peso, no llegando en ningún caso al 2% del total. El único estudio sobre los servicios de proximidad realizado hasta la fecha en Canarias es el Informe del Diputado del Común *La Prestación del Servicio de Ayuda a Domicilio para las Personas Mayores en la Comunidad Autónoma Canaria* de 2001. Este estudio destaca por haber analizado el SAD para las personas mayores a partir de los datos recogidos a partir de una encuesta remitida a todos los ayuntamientos del archipiélago. Este Consejo Económico y Social considera que los datos obtenidos en dicha encuesta son muy esclarecedores, coincidiendo por otra parte con las conclusiones del informe. Por tanto en el siguiente cuadro se recogen las principales conclusiones aportadas por el Informe del Diputado del Común respecto al análisis de los datos.

#### CUADRO 5. PRINCIPALES CONCLUSIONES APORTADAS POR EL INFORME DEL DIPUTADO DEL COMÚN

1. El índice de cobertura del servicio de ayuda a domicilio (SAD) para las personas mayores en la Comunidad Autónoma Canaria se sitúa en el 1,85%, cifra que está muy por debajo del objetivo planteado por el *Plan General de Servicios Sociales* para el año 2000 (8%). Parece darse una relación inversa entre tasa de cobertura e intensidad horaria, de manera que a los municipios con mayor nivel de cobertura, les corresponde las menores intensidades horarias.
2. La intensidad horaria del SAD en Canarias es, como media, de 4,24 horas semanales, recibiendo la mayoría de los usuarios mayores de 65 años, de cero a cuatro horas a la semana de atención. Aunque este dato se sitúa por encima de los valores alcanzados en muchos países europeos, no llega a la media recomendada por la Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología que la establece en 7 horas semanales de atención.
3. En Canarias se dispensan 77,8 horas semanales de ayuda a domicilio por mil habitantes mayores de 65 años, lo que supone un nivel de atención muy por debajo de la media alcanzada en Europa.
4. En la CAC existe, aproximadamente, un auxiliar de ayuda a domicilio cada 6 usuarios. Sin embargo, hay mucha diversidad entre los municipios, llegándose a alcanzar proporciones muy elevadas (hasta 30 usuarios por auxiliar de ayuda a domicilio), lo que hace que la ratio media se eleve a 8 usuarios por auxiliar. Por otra parte, a mayores coberturas corresponden peores ratios, lo cual indica que la extensión del servicio a una mayor proporción de población no suele conllevar los correspondientes aumentos de personal.
5. La gran mayoría de los usuarios del SAD (un 70,4%) recibe el servicio 3 o menos días a la semana. Además, la asistencia domiciliaria en horario nocturno o en días festivos es prácticamente inexistente en Canarias.
6. La población usuaria del SAD en Canarias se caracteriza por los siguientes rasgos:
  - marcada feminización:
  - nivel de discapacidad leve:
  - vivir en solitario, sobre todo en el caso de la población usuaria femenina.
7. La atención que se presta en Canarias es eminentemente asistencial, centrada en los aspectos más básicos de la ayuda a domicilio, dándose un mayor descuido de las actuaciones de carácter educativo y, especialmente, de las de tipo rehabilitador como la fisioterapia o la atención psicológica.
8. En la Comunidad Autónoma de Canarias es mayoritaria la modalidad de gestión directa del SAD (82,8% de los Ayuntamientos). No obstante, la gestión indirecta es la forma predominante en los municipios grandes, ya que ninguno de ellos utiliza la forma directa de gestión.
9. Las principales causas de denegación de acceso al SAD son la existencia de apoyo familiar y la renta de la unidad familiar. Esto significa, por un lado, que se está contradiciendo la propia finalidad de la ayuda a domicilio, recogida en el *Preámbulo del Decreto 5/1999*, la cual ha de servir también como recurso de apoyo a los cuidadores informales, y, por otro lado, revela que se está muy lejos de alcanzar el objetivo de universalización del SAD, que es la tendencia a nivel europeo.

10. En Canarias, todavía son muy pocos los Ayuntamientos que cumplen con los requisitos que establece el *Decreto 5/1999* respecto a la publicación de Ordenanzas Municipales que regulen las aportaciones de los usuarios del SAD a la financiación del servicio. Entre los que sí están aplicando estas aportaciones, existen grandes diferencias en cuanto al precio total de la hora de ayuda a domicilio, el cual va desde las 5,11 euros, la más barata, a las 10,77 euros la más cara.
11. La gran mayoría de los Ayuntamientos canarios está incumpliendo el requisito de formalizar por escrito con el usuario las condiciones de la prestación del SAD. Actualmente cumple con este requisito tan sólo el 32% de los Ayuntamientos.
12. En los Ayuntamientos canarios está muy generalizada la práctica de establecer contactos personales entre los técnicos que gestionan el SAD y los usuarios, aspecto que es de gran ayuda a la hora de realizar un seguimiento y evaluación eficaz del servicio.
13. El tiempo transcurrido entre que se solicita el servicio y éste se inicia suele ser bastante corto en la mayoría de los municipios, situándose en torno a una semana. No obstante, en los municipios grandes suele transcurrir un mes o más.
14. La gestión del SAD en Canarias se lleva a cabo por trabajadores sociales, siendo muy escasa la presencia de psicólogos, sociólogos o educadores como miembros de los equipos técnicos responsables. El perfil característico de estos profesionales que trabajan en la gestión del SAD es: la gran mayoría son mujeres, tienen una edad entre 25-45 años y están contratadas de forma eventual en su mayor parte.
15. Uno de los graves problemas del SAD en Canarias es el bajo nivel formativo del personal que trabaja directamente con los usuarios: los auxiliares de ayuda a domicilio, dándose un gran porcentaje de ellos que carece de formación específica para la realización de las labores de la ayuda a domicilio. A este bajo nivel de formación, se suman los siguientes rasgos característicos: es una profesión fuertemente feminizada (el 97% son mujeres) y sometida a una gran precariedad laboral (el 87,5% está contratada de forma eventual).
16. Aunque la mayoría de los Ayuntamientos realiza una programación y una evaluación anual del SAD, todavía son muchos los que no siguen estas prácticas fundamentales para una buena gestión del SAD, especialmente en lo que se refiere a la programación anual, pues tan sólo el 54,1% la realiza.
17. La participación de los usuarios en la planificación del SAD parece ser bastante alta en el conjunto de la CAC. El aspecto donde esta participación es menor es en la determinación del número de horas que se les dedica a la semana, constituyendo esta cuestión la que más quejas suscita entre los usuarios.
18. Todavía son minoritarios los Ayuntamientos que tienen establecido un procedimiento formal para la recepción y resolución de las quejas procedentes de los usuarios, lo cual significa que se está vulnerando este derecho esencial de los usuarios del servicio.
19. En general, los técnicos encargados de la gestión del SAD valoran positivamente el funcionamiento del mismo en sus municipios. Sin embargo, consideran que deben mejorarse muchos aspectos como la cobertura, los horarios de servicio, la intensidad horaria, el contenido de las prestaciones, etc.
20. Por último, hay que resaltar la gran diversidad territorial en la prestación de la ayuda a domicilio en la Comunidad Autónoma de Canarias, por lo que podría deducirse que no todas las personas mayores de nuestra Comunidad tienen el mismo derecho social básico a vivir en su entorno habitual.

### III. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

#### 3.1. Conclusiones

##### 1. Incremento de las situaciones de dependencia

- Según las distintas fuentes, se estima que el número de personas con discapacidad severa o total para realizar alguna de las Actividades Básicas de la Vida Diaria en Canarias estaría comprendido entre 30.000 y 40.000.
- El proceso de envejecimiento de la población, los nuevos modelos de familia y la progresiva incorporación de la mujer al mercado de trabajo son cambios sociales de carácter estructural que afectan de forma significativa a la sociedad canaria y que provocarán a corto plazo un aumento de las situaciones de dependencia y una progresiva disminución del sistema de protección informal.
- La atención social a las situaciones de dependencia pasará a ser en los próximos años uno de los retos más relevantes de la política social en Canarias y en el conjunto del Estado teniendo como objetivo la aproximación a los niveles de protección social que existen para estos colectivos en otros países de la Unión Europea.

- Para hacer frente a este reto es necesario reflexionar sobre los distintos modelos de protección social de atención a la dependencia que se pueden implantar y analizar su sostenibilidad financiera. En este sentido, cualquiera que sea el modelo, deberá contar con un esfuerzo presupuestario compartido entre las administraciones con competencias en la materia: Estado, Comunidad Autónoma, Cabildos y Ayuntamientos sin que tampoco se deba rehuir el debate sobre la introducción del sistema de copago.

##### 2. Insuficiencia del actual sistema de servicios sociales para la atención a las personas dependientes

- La atención a las situaciones de dependencia comienza a percibirse por la sociedad como un derecho subjetivo de todos los ciudadanos de manera que los poderes públicos deben garantizar un nivel de prestaciones suficiente y homogéneo en todo el territorio, en el marco del actual sistema de protección social.
- El desarrollo de los servicios residenciales y de proximidad no se está dando a la velocidad y con la planificación que requiere la demanda creciente de servicios.
- El Gobierno del Estado prepara una *Ley de Atención a las Personas Dependientes*, que podría suponer un im-

pulso para la mayor protección social de las personas dependientes. En cualquier caso, las Comunidades Autónomas y las Corporaciones Locales seguirán jugando un papel protagonista en la ordenación y prestación de estos servicios sociales y sanitarios.

- Es función de los poderes públicos garantizar la equidad del sistema de protección social para todos los ciudadanos. Por tanto, las Administraciones Públicas deberán velar para que el acceso al sistema de protección a la dependencia sea en pie de igualdad, garantizando por otra parte unos niveles de calidad adecuados en las prestaciones. En cuanto a la prestación de los servicios, para una eficaz asignación de recursos es necesario la participación de la iniciativa privada, de manera que en este modelo mixto, la prestación del servicio pueda ser tanto pública como privada.

### 3. Ausencia de instrumentos de planificación suficientes para afrontar las políticas sociales y socio-sanitarias de atención a la dependencia

- A la complejidad propia de la gestión de las políticas sociales hay que sumarle la complejidad que supone la acción conjunta y no siempre coordinada de una pluralidad de agentes públicos y privados actuando sobre una misma población objetivo. Si bien existe cierto esfuerzo planificador y voluntad de coordinación entre las instituciones con competencias en esta materia, la ausencia de instrumentos de planificación actualizados, comprensivos y eficaces que articule la atención a la dependencia supone una dificultad añadida para una gestión eficiente de los recursos sociales.
- Otra complejidad añadida es la necesidad de integrar la atención de los servicios sociales con los sanitarios en ese nuevo espacio que se ha venido a llamar 'espacio socio-sanitario'. La ausencia de regulación y planificación en este nuevo ámbito está causando falta de coordinación entre los servicios sociales y sanitarios que suponen un perjuicio para los ciudadanos con problemas de dependencia y que necesitan atención social y sanitaria de forma simultánea y duradera.

### 4. Papel de los servicios de proximidad en la atención a las situaciones de dependencia

- Dada la naturaleza de la dependencia, los servicios de proximidad juegan un papel principal en la cobertura de las necesidades de las personas dependientes, permitiendo la atención a la persona dependiente permaneciendo en su medio natural. El desarrollo de los servicios de proximidad permite que las personas con un nivel de dependencia leve o moderada puedan permanecer en su entorno familiar manteniendo su calidad de vida.
- Por otra parte, desde la perspectiva de la sostenibilidad financiera y la coherencia del sistema de servicios sociales, cabe destacar que el desarrollo de este nivel de prestaciones 'de proximidad' en los servicios socia-

les generaría grandes beneficios en términos de eficiencia, ya que podría suponer una disminución de la demanda de servicios residenciales y sanitarios.

### 5. Efectos positivos sobre la actividad económica y el empleo

- La situación actual y las perspectivas de desarrollo de la atención a la dependencia son las razones por las que los servicios de proximidad pueden ser caracterizados como de Yacimiento de Empleo ya que en la actualidad la demanda de servicios es superior a la oferta. Estos efectos positivos sobre la actividad económica y el empleo se dan tanto en el sector público como en el privado, ya que la gestión indirecta por parte de los Ayuntamientos, la demanda de servicios complementarios al sector privado y las nuevas prestaciones que se crearán con la futura regulación de la atención a la dependencia supone una oportunidad para establecer nuevas iniciativas empresariales que provocarían un incremento de la actividad económica y de las tasas de ocupación en estos sectores. Además, en el caso de los servicios de proximidad, hay que tener en cuenta que los servicios que se prestan son fundamentalmente servicios personales, ligados a la asistencia directa de cuidadores y profesionales, por lo que el volumen de recursos invertidos en estos servicios está muy relacionado con la creación neta de empleos.

### 3.2. Recomendaciones

#### 1. Adaptar las estructuras del sistema de protección social en Canarias con el objeto de cubrir las necesidades sociales derivadas del previsible incremento de las situaciones de dependencia

- Los datos de la *Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Minusvalías* del IMSERSO muestran unas tasas de dependencia en Canarias (1,6%) menores que en el conjunto del Estado (2,1%). En opinión del Consejo Económico y Social de Canarias esta situación es básicamente coyuntural, ya que el menor envejecimiento de la población en Canarias redonda por el momento en menores tasas de dependencia. Sin embargo, en los próximos años las situaciones de dependencia en Canarias aumentarán en la medida en que el envejecimiento de la población canaria se acerque a la media estatal, por lo que el Consejo considera necesario anticiparse al cambio y realizar la planificación necesaria para ajustar las estructuras de protección social a la dimensión que en un futuro próximo tendrá esta problemática, teniendo en cuenta que la incidencia del proceso de envejecimiento de la población es diferente en cada isla. En este sentido destacar el esfuerzo presupuestario de los planes de infraestructuras socio-sanitarias para mayores y discapacitados aprobados por el Gobierno de Canarias. Esta modernización en la infraestructura socio-sanitaria residencial debe ser acompañada por un esfuerzo similar en la articulación de un sistema de servicios de proximidad.

- Por otra parte, el Consejo quiere llamar la atención en el revelador diagnóstico de la situación de la dependencia en Canarias que nos presenta la *Encuesta de Condiciones de Vida* observándose una serie de rasgos definitorios como son la mayor incidencia de la situación de dependencia en las mujeres y la relación de la dependencia con otras problemáticas sociales como son la pobreza y la exclusión social.

## 2. Disponer de información actualizada sobre las situaciones de dependencia y la cobertura de las políticas sociales

- Si bien la nueva *Encuesta de Condiciones de Vida de la Población Canaria* del ISTAC prevista para 2005 actualizará y completará los datos actuales disponibles sobre las situaciones de dependencia, en cuanto al nivel de prestación y cobertura de los servicios sociales y sociosanitarios, no existen hasta la fecha datos estadísticos comprensivos del sistema, a excepción de los propios de la Seguridad Social. El Consejo Económico y Social de Canarias considera que para una buena gestión de los recursos sociales es necesario contar con información actualizada y comprensiva que permita a los gestores privados y públicos realizar una planificación eficiente de los recursos y a los ciudadanos en general conocer el conjunto de prestaciones y servicios que integran estas políticas. Para que este sistema de información ofrezca datos útiles y se pueda construir para Canarias un mapa de necesidades y servicios para la gestión de las políticas sociales, es necesario la integración de la información de los servicios sociales de la Administración del Estado, la Comunidad Autónoma, los Cabildos y los Ayuntamientos, así como los servicios prestados por la iniciativa privada.

## 3. Adoptar una visión integral de la atención a la dependencia en la planificación de las políticas sociales

- El Consejo Económico y Social de Canarias considera que en el ámbito de la protección social en Canarias ha habido un importante esfuerzo planificador, si bien es necesario que este esfuerzo planificador sea más integral, de manera que se convierta en un instrumento eficaz para la toma de decisiones en las políticas públicas y en definitiva para mejorar la coherencia interna del sistema.
- Dimensiones de la planificación integral:
  - a) Planificación que integre los subsistemas de servicios sociales y sociosanitarios y que refuercen la relación con los restantes sistemas de protección social. En este sentido resaltar la necesidad de reforzar la coordinación con el sistema sanitario por medio de la Consejería de Sanidad y el Servicio Canario de Salud, con amplias competencias en materia de sanidad y una estructura consolidada en todo el territorio. Esto es especialmente necesario con el fin de atender de manera eficaz la problemática particular de cada persona dependiente, como es el caso de la atención de ciertos colectivos prioritarios como son las

personas que padecen enfermedad mental, cuya atención integral supone la posibilidad de prestar de una manera unitaria los servicios sociales y sanitarios adecuados con el fin de mejorar la calidad de vida a las personas dependientes y de sus familias. Entre las iniciativas a emprender se encontraría la definición común por parte de las autoridades sociales y sanitarias de mapas de atención sociosanitaria, carteras de servicios y procedimientos de acceso y derivación.

- b) Planificación que integre la acción de las distintas Administraciones Públicas. Dada la concurrencia o complementariedad de los servicios sociales de los distintos niveles de las administraciones públicas y en aras a los principios de colaboración, cooperación y corresponsabilidad, resulta necesario que la planificación se realice con la participación de todos los agentes sociales y en especial todas las administraciones públicas con competencias en la materia. Esto supone que a partir de un diagnóstico común de las necesidades y los recursos sociales disponibles se establezca un marco de planificación coherente entre el plan general, los planes insulares y municipales.
  - c) Planificación concebida como proceso en lugar de documentos. La elaboración del plan debe estar acompañado de un proceso de seguimiento y evaluación continua del mismo, de manera que aporte la información necesaria para conocer en cada momento la dimensión del problema, la eficacia de los instrumentos planteados, los niveles de coordinación entre administraciones alcanzado y en definitiva dotar de racionalidad la gestión diaria de las políticas sociales.
- Sin perjuicio de otras posibles iniciativas a adoptar, el Consejo Económico y Social entiende que el Consejo General de Servicios Sociales es el órgano desde donde se deben potenciar estos esfuerzos, dada la participación en el mismo de todos los agentes sociales públicos y privados implicados en la atención a la dependencia, creándose las comisiones técnicas que se consideren oportunas para el análisis de la situación y diseño del programa de actuación a aplicar.
  - Por otra parte y partiendo de la base de que la atención a las personas dependientes es un derecho subjetivo de todos los ciudadanos y con el fin de garantizar una cobertura homogénea en todo el territorio, se insta a las Administraciones Públicas competentes a tomar las medidas oportunas a fin de atenuar las posibles diferencias territoriales en el nivel de desarrollo de los servicios sociales especializados.

## 4. Fomentar los servicios de proximidad respecto de los servicios residenciales

- Con el objetivo de promover la permanencia de las personas dependientes en el contexto sociofamiliar en el que han desarrollado su vida, es necesario reforzar el sistema básico de prestación del servicio de ayuda a domicilio y teleasistencia, así como los centros de día y rehabilitación.

- El reforzamiento de los servicios de proximidad debe incluir también mejoras en la gestión de los servicios sociales que se ofrecen mediante una mayor información a los ciudadanos de los recursos públicos disponibles, la normalización de los procedimientos de concesión, seguimiento y evaluación, el posible establecimiento de precios públicos y la consolidación de equipos multidisciplinares profesionalizados y estables.
- La consolidación de los servicios de proximidad es una alternativa óptima no solamente para la persona en situación de dependencia sino también para los sistemas de servicios sociales y sociosanitarios, en la medida en que se reservan los servicios residenciales y las prestaciones sociosanitarias para aquellas personas que por tener una dependencia severa, más lo necesitan.
- En este mismo sentido, una mayor dotación de recursos humanos y económicos en la atención a la dependencia mediante el impulso de los servicios de proximidad podrían significar una disminución de la presión de la demanda asistencial sobre los servicios sanitarios y por tanto un uso más racional de los recursos públicos.

#### 5. Apoyar y valorar el papel de las familias y entidades sin ánimo de lucro en la atención a la dependencia

- Con el fin de realizar una adecuada atención a las personas dependientes y apoyar su permanencia en el propio hogar, se considera necesario poner en valor el esfuerzo asistencial de las familias con personas dependientes y articular un programa integral de apoyo que incluya formación<sup>10</sup> programas de respiro familiar y adaptaciones técnicas de las viviendas. En este sentido indicar que la estructura familiar seguirá siendo la base del sistema de protección social, de manera que la potenciación de las ayudas externas a las familias de personas dependientes juega un papel esencial en la coherencia y sostenibilidad del sistema de protección.
- De igual manera, tal como se ha venido pronunciando el Consejo en anteriores dictámenes, las asociaciones de familiares y otras entidades sin ánimo de lucro que durante años han llenado el vacío asistencial existente en la atención a las personas dependientes deben seguir jugando un papel protagonista en la atención a la dependencia. Por tanto, resulta necesario que se cuente con el concurso de estas organizaciones en el diseño y aplicación de las políticas de protección y se articulen fórmulas de colaboración flexibles con estas organizaciones que garanticen la calidad de los cuidados contando con personal con el nivel de cualificación necesaria. Para ello es necesario que los contratos, ayudas y subvenciones sean plurianuales y que cuenten con la dotación financiera suficiente para garantizar la profesionalización en la prestación de estos servicios y

En Las Palmas de Gran Canaria, a 31 de marzo de 2005

Vº. Bº.

EL PRESIDENTE DEL CONSEJO  
Fdo.: José Luis Rivero Ceballos

EL SECRETARIO GENERAL DEL CONSEJO  
Fdo.: Carlos J. Valcárcel Rodríguez

estén basados en los principios de concurrencia y publicidad.

#### 6. Impulsar la participación de la iniciativa privada local en la provisión de los servicios de proximidad de atención a las personas dependientes

- Dadas las previsiones de crecimiento de la demanda de los servicios de proximidad en la atención a la dependencia, será necesario instrumentar fórmulas de colaboración con la iniciativa privada de manera que si bien la garantía en la prestación de servicios debe ser pública, la iniciativa privada deberá jugar un importante papel en la provisión de los mismos. A la gestión indirecta a la que recurre parte de los Ayuntamientos del Archipiélago y a los servicios complementarios prestados en la actualidad por empresas privadas habrá que sumarle en un futuro, parte de la gestión de las nuevas prestaciones que se crearán con la futura regulación de la dependencia. Para ello será necesario contar con nuevas fórmulas de colaboración y con empresas locales con capacidad suficiente para prestar estos servicios con los estándares de calidad apropiados. Entre estas formas de colaboración destaca la necesidad de perfeccionar instrumentos ya consolidados como la concertación de servicios, junto con otros recientemente introducidos, pero con larga tradición en otros ámbitos, como la financiación privada de infraestructuras públicas, que en el caso de Canarias cuenta con el Régimen Económico y Fiscal de Canarias y en concreto con el incentivo fiscal a la inversión de la Reserva para Inversiones en Canarias.

#### 7. Reforzar los contenidos formativos relacionados con la atención a la dependencia

- Para una eficiente gestión de las políticas sociales y en este caso, para un mayor impacto de los servicios de proximidad en la atención a las personas dependientes, no solamente es necesario una mejor planificación y una mayor dotación de recursos económicos sino que es necesario contar con profesionales con la cualificación adecuada para la prestación de estos servicios. Para hacer frente a la creciente demanda de trabajadores especializados en la prestación de estos servicios, el Consejo Económico y Social de Canarias considera necesario reforzar los contenidos formativos en los tres subsistemas del sistema formativo (reglada, ocupacional y continua). Puesto que este esfuerzo deberá realizarse de forma coordinada, será necesario realizar previamente un diagnóstico y una previsión de los perfiles profesionales demandados y elaborar itinerarios formativos conjuntamente entre la autoridad educativa y laboral, con la participación de los agentes sociales.

<sup>10</sup> En el momento de elaboración de este Dictamen la Consejería de Empleo y Asuntos Sociales está elaborando una Guía de Recursos dirigida a las familias de las personas con dependencia bajo el título de *Manual de buenas prácticas para cuidadores y familiares*.