

# La atención a las personas en situación de dependencia en España: una aproximación crítica al *Libro Blanco de la Dependencia*

MARGARITA LEÓN\*

## RESUMEN

Este artículo presenta una aproximación crítica al que ya se conoce, en España y en los países de nuestro entorno, como "problema de la dependencia", enfocando la atención en el *Libro Blanco de la Dependencia*, publicado por el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales en diciembre de 2004. Se analiza, en primer lugar, la perspectiva desde la cual se articula la necesidad actual de elaborar una ley de protección a la dependencia que sirva de marco para la intervención pública en este ámbito, y en segundo lugar, el modelo que va a inspirar el diseño de la nueva normativa. Tras la lectura detallada del *Libro Blanco de la Dependencia*, el presente artículo concluye que su contenido constituye, en principio, un buen punto de partida, toda vez que ofrece un panorama completo del fenómeno, tanto en lo que se refiere a las personas que se encuentran en situación de dependencia y a aquellas que les prestan cuidados, como a las políticas sociales aplicables. Quedan, sin embargo, algunos interrogantes a los que el documento no ofrece respuesta.

## 1. LA IMPORTANCIA DEL CUIDADO SOCIAL EN LAS POLÍTICAS CONTEMPORÁNEAS DE BIENESTAR

El objetivo del *Libro Blanco de la Dependencia* (LBD, a partir de ahora) es, según puede leerse en su presentación, "ofrecer al conjunto de las Administraciones Públicas, a los agentes sociales, a los movimientos representativos de las personas mayores y de las personas con discapacidad, a la

\* Profesora de Política Social de la Universidad de Kent, Reino Unido.

comunidad científica, los proveedores de servicios y a la sociedad española entera, los elementos esenciales para poder desarrollar un debate con bases y fundamentos asentados en el rigor científico que desemboque en un deseable consenso general ..." (pág. 2). El LBD se concibe como un paso previo a la creación de un sistema nacional de atención a las personas dependientes, cuyos principios legales quedarán establecidos en la futura ley básica de protección a la dependencia.

El cuidado a los dependientes se ha convertido en una parte central de los estados del bienestar contemporáneos. El aspecto "cualitativo", es decir, el bienestar y las condiciones en las que se encuentran tanto los receptores del cuidado como los que realizan esa labor, está presente en gran parte de las discusiones sobre la reforma de los sistemas de bienestar actuales como un componente progresivamente visible del desarrollo de las políticas sociales. Es, en cierta medida, un eufemismo hablar de población dependiente cuando, en realidad, no existe su contrario, ya que todos los individuos, todos los grupos sociales, necesitan, de una manera u otra y en distintos momentos de su ciclo vital, cuidados y atención por parte de otros. Estrictamente, no hay por tanto una población "independiente" que podamos oponer a la "dependiente". La delimitación de las formas y los grados de dependencia es, no obstante, imprescindible para articular propuestas de intervención dirigidas a determinados colectivos.

El protagonismo del cuidado social en los debates actuales de reforma de los sistemas de bienestar está en parte motivado por el cambio de principios y valores culturales y sociales que han ido modificando la percepción de derechos y obliga-

ciones en la esfera del cuidado. Como parte del "proyecto civilizador", relaciones en el seno de la familia se mueven hacia estructuras más igualitarias. Este proceso de democratización funcional, como lo denominó el sociólogo Norbert Elias (1988), del que los estados del bienestar modernos son en parte responsables, tiene fuertes implicaciones para el cuidado social. En las sociedades modernas, la responsabilidad hacia el cuidado está cada vez más desmarcada de la unidad familiar y progresivamente entrelazada con las responsabilidades públicas del estado. Así, cada vez más, tareas consideradas de cuidado se incluyen como "bienes públicos", incluso cuando son desarrolladas en el ámbito privado. En este sentido, el cuidado social se sitúa en la intersección de las relaciones entre el mercado, el estado y la familia (Daly y Lewis, 2000). Lo que se ha dado en llamar la economía mixta del estado del bienestar a nivel macro (la división de las responsabilidades de cuidado entre el estado, el mercado, la familia y los sectores "informales") y a nivel micro (la división de estas tareas entre los individuos de una o varias unidades familiares) está ahora en el centro de un proceso complejo y lento de reajuste de las relaciones entre hombres y mujeres, así como entre generaciones.

No seríamos capaces de entender los desafíos a los que se enfrenta el cuidado social hoy sin este trasfondo de democratización de las relaciones familiares. La "democratización" afecta tanto a los *cuidados* como a los *cuidadores*. Las referencias a los derechos al cuidado, tanto en el caso de niños como en el de enfermos y ancianos, están muy presentes en la justificación de estas políticas y han sido articuladas como carta de derechos por las distintas organizaciones internacionales. En el caso concreto del *LBD*, el derecho a la protección en casos de dependencia y vejez se articula como derecho fundamental de ciudadanía. Como puede leerse en las páginas introductorias del documento: "Nos encontramos ante el reto de atender a las personas que se encuentran en situación de especial vulnerabilidad al precisar de apoyos para poder ejercer sus derechos de ciudadanía ..." (pág. 3).

Igual relevancia cobra el ejercicio de derechos de ciudadanía de las personas, fundamentalmente las mujeres, que vienen realizando las labores de cuidado sin prácticamente ningún tipo de reconocimiento público ni apoyo social. De acuerdo con los argumentos de las sociólogas feministas, la relación de las mujeres con el estado del bienestar se cimienta en una situación de partida desigual según la cual, por una parte, su exclusión de las relaciones formales de producción las ha relegado históricamente a

una protección social no por derecho propio, sino "derivada" a través del sustentador principal de la familia y, por otra parte, la labor que han venido realizando como cuidadoras en el ámbito familiar ha sido imprescindible para el propio funcionamiento del estado del bienestar. Tal y como señaló Pateman (1989: 183) hace más de una década: "el carácter público de la esfera de la sociedad civil y el estado se construye, y adquiere significado, a través de lo que excluye: la asociación privada de la familia".

Así pues, la visibilidad del cuidado social está directamente relacionada con la incorporación de las mujeres al mercado de trabajo y con el debilitamiento de los roles de género en la asignación de tareas en el ámbito público y privado. El crecimiento del empleo femenino, particularmente en el sector servicios, motiva una serie de cambios que repercuten en la esfera del cuidado social. El empleo femenino en el sector servicios es, de hecho, un proceso que se refuerza a sí mismo. La economía de servicios facilita la entrada de las mujeres en el mercado de trabajo y, a su vez, el empleo femenino crea normalmente una demanda hacia los servicios proporcionados en este sector.

Por lo tanto, el empleo en el sector servicios y, en general, el aumento de las tasas de empleo femenino están alterando de forma muy significativa las fronteras entre trabajo remunerado y no remunerado. Actividades que se consideraban hasta hace relativamente poco de ámbito privado se mercantilizan transformándose en fuentes de trabajo remunerado gestionado tanto pública como privadamente. Esta "mercantilización" de muchos aspectos del cuidado social hace que la variable de género sin más, es decir, la división entre hombres y mujeres, no sea satisfactoria *per se* en el análisis de las divisiones sociales y el cuidado. Resulta cada vez más imprescindible su cruce con la posición socio-económica y laboral, ya que ésta afecta a las diferencias no sólo entre hombres y mujeres, sino también entre mujeres de distintos niveles de formación e ingresos económicos.

Pero, junto a estos procesos que otorgan legitimidad a la implantación de políticas sociales de cuidado incluso en países, como España, con poca tradición de intervención en ese ámbito, existen en paralelo, y como fuerza encontrada, discursos de contención del gasto social y sanitario. Los poderes públicos que apuestan, no obstante, por ofrecer una mayor oferta de servicios públicos ante la dependencia ponen no poco empeño en demostrar que lo que se computa como gasto social a efectos estadísticos puede también considerarse

inversión desde distintos puntos de vista. El último capítulo del *LBD* recoge la siguiente reflexión: “somos conscientes de que el debate técnico o científico sobre políticas públicas de protección social está íntimamente relacionado con el debate sobre la política de control del gasto público y de estabilidad presupuestaria y del sistema de la Seguridad Social. Sin embargo, es preciso señalar que, en materia de servicios sociales, los recursos económicos que se emplean producen un efecto multiplicador en la calidad de vida de las personas y en la generación de empleo, además de un importante ahorro en el sistema sanitario” (cap. XII, pág. 24).

Desde la perspectiva de las políticas públicas, hay que tener en cuenta que el cuidado social afecta prácticamente a todas las dimensiones del estado del bienestar. Cualquier intento de conceptualización del fenómeno tiene que considerar su multidimensionalidad. El “universo de la provisión”, como afirma Daly (2002), varía enormemente entre los distintos países. También es un concepto y un terreno de investigación ubicuo porque cruza las fronteras tradicionales entre los ámbitos público y privado, y el trabajo pagado y no pagado, e implica a distintos agentes sociales y medios institucionales (Leira y Sarraceno, 2002). Todos estos aspectos tienen importancia a la hora de definir e interpretar la prestación de cuidados en el marco de las políticas sociales concretas en un momento determinado en el tiempo. En el caso de la dependencia, los campos que intervienen fundamentalmente son la salud pública y los servicios sociales. De ahí que, en muchos países, la atención a la dependencia se considere dentro del ámbito socio-sanitario. Pero también se involucran de manera crucial otras políticas, como el sistema de pensiones y la protección social. Además, si tenemos en cuenta que una futura ley de protección a la dependencia afectará no sólo a las personas en situación de dependencia, sino también a quienes se hacen cargo de los dependientes, tanto profesionalmente como en el medio familiar, entonces esta nueva política social influye en otras áreas de interés político, como la inmigración o la conciliación entre la vida profesional y la familiar.

## 2. LA DEPENDENCIA, UN CONCEPTO COMPLEJO

Quizá el primer paso que es preciso dar antes de iniciar un análisis riguroso del fenómeno que aquí nos ocupa sea la aclaración de a qué nos refe-

rimos cuando hablamos del “problema de la dependencia”, y hasta qué punto nos encontramos ante un problema de reciente creación.

En primer lugar, la complejidad de la dependencia –en la medida en que recorre varios ámbitos de las políticas públicas y en que su definición, por precisa que sea, está sujeta a interpretaciones diversas y a veces contrapuestas– exige la articulación de unos criterios objetivos y contrastables que detallen no sólo qué situaciones se considerarán “dependencia” y cuáles no, sino también el establecimiento de un gradiente capaz de ordenar los distintos estados de necesidad en función del nivel de gravedad. Es decir, lo que parece a priori difícil es determinar exactamente qué situación o situaciones garantizan el acceso al derecho. Hay una fuerte dimensión social tanto en lo que entendemos por dependencia como en lo que consideramos “necesidades de la vida cotidiana”. Esta imprecisión, por llamarla de alguna manera, es intrínseca a la cuestión de la dependencia, mientras que no afecta a otros ámbitos de la política social. Así, el *LBD* dedica no poco esfuerzo a resolver este problema de conceptualización, apoyándose para este fin en la extensa bibliografía producida en las últimas décadas por parte de organismos internacionales.

En concreto, el *LBD* sigue la recomendación de 1998 del Consejo de Europa que define la dependencia como “la necesidad de ayuda o asistencia importante para las actividades de la vida cotidiana”. De manera más precisa, la dependencia se articula 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 con el fin de realizar los actos corrientes de la vida diaria y, de modo particular, los referentes al cuidado personal” (pág. 4).

El documento adopta también el esquema conceptual elaborado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 2001, en el cual conceptos habitualmente relacionados con situaciones de dependencia se sustituyen por otros que pretenden reflejar de una manera más fiel las circunstancias de las personas que atraviesan esta situación. Así pues, el término “deficiencia” se sustituye por “déficit en el funcionamiento”; “discapacidad” por “limitación en la actividad”, y “minusvalía” queda considerada como “restricción en la participación”. Esta aproximación al problema parece acertada, toda vez que pretende prescindir de conceptos con cierta carga negativa (que hacen refe-

rencia, de una u otra manera, a la “anormalidad”) y subraya el carácter más relacional y flexible, esto es, el reconocimiento de que la dependencia no es siempre una circunstancia vital que afecta a la persona durante el resto de su vida, sino que, en muchos casos, existe un componente de reversibilidad. La limitación en la actividad y la restricción en la participación pueden resolverse con intervenciones como la rehabilitación, adaptaciones en la vivienda, accesibilidad de los servicios, etc. Por poner un simple ejemplo, dos personas con similares restricciones físicas a la movilidad no son igual de dependientes si la vivienda de la primera se encuentra en el quinto piso de un edificio sin ascensor y la segunda habita una planta baja con fácil acceso a la calle. Los ejemplos pueden ser innumerables, pero lo que importa subrayar es el hecho de que una adecuada intervención con una apropiada política pública puede no sólo contribuir a aliviar el problema, sino también incidir en la propia naturaleza del fenómeno.

Como bien explica el *LBD*, la dependencia recorre toda la estructura de edades de la población. Existe, sin embargo, un vínculo estrecho entre edad y dependencia. El número de individuos con limitaciones en su capacidad funcional es mucho mayor en los grupos de edad más elevados, particularmente a partir de los 80 años. De hecho, con demasiada frecuencia se equipara dependencia con vejez, dejando en segundo plano a todas aquellas personas con restricciones en la participación y en la actividad que se encuentran en un momento distinto de su ciclo vital. Lo cierto es que la consideración dentro de una categoría unitaria de riesgo social, como es la dependencia, de circunstancias y situaciones que son muy distintas entre sí puede llevar a confusión a la hora de delimitar necesidades y articular medidas. Los autores del *LBD* habrían hecho bien formulando diagnósticos y proponiendo intervenciones que distingan entre los distintos grupos de edad. Consciente de este flanco débil del *LBD*, y para evitar caer en el error de generalizaciones desafortunadas, en este artículo me referiré, sobre todo, a las necesidades de cuidado y las circunstancias de dependencia de la población mayor, de relevancia algunas veces, pero no siempre, para el análisis de la dependencia en personas cuyo déficit en el funcionamiento no está ligado al envejecimiento.

En cuanto a la segunda pregunta planteada al inicio de este apartado, la de la novedad de la dependencia como problema, ya se han mencionado antes algunos factores que le han otorgado protagonismo en el escenario de la actual realidad

social española. En una primera aproximación, comprobamos que, si bien, como es obvio, la dependencia no es un fenómeno nuevo, sí que ha cambiado radicalmente la escala del problema. Las estimaciones de población dependiente realizadas a partir de la *Encuesta sobre discapacidades, deficiencias y estado de salud (EDEDES)*, de 1999, apuntan a un 2,4% del total de población española en situación de dependencia: casi dos millones y medio de personas con discapacidad para las actividades de la vida diaria; por lo tanto, consideradas beneficiarias con derecho a protección con cargo al futuro sistema nacional de dependencia.

En un segundo nivel, la puesta en marcha de medidas destinadas a paliar situaciones de dependencia guarda estrecha relación con la creciente definición del problema como cuestión que ha de ser resuelta colectivamente, y no como un dilema individual que atañe únicamente a la unidad o unidades familiares correspondientes. Precedida por intervenciones ya muy consolidadas en otros países europeos, y amparada por un sólido marco normativo a escala europea e internacional, la respuesta pública a situaciones de dependencia a través de una red socio-sanitaria adecuada se considera hoy una pieza tan imprescindible del estado del bienestar como antes lo eran, casi en exclusividad, los sistemas públicos de pensiones. Así, en el primer capítulo del *LBD* se afirma que “la adecuada regulación de un sistema de protección social de las personas en situación de dependencia es, hoy por hoy, la gran asignatura pendiente de la protección social en España” (pág. 10).

Relacionado con lo anterior, los cambios en el modelo de familia y, fundamentalmente, en la posición social de las mujeres han provocado la práctica de soluciones “alternativas” a formas tradicionales de cuidado a personas dependientes. Si bien con frecuencia se vincula el déficit en el cuidado de las personas dependientes con la creciente incorporación de las mujeres al mercado laboral (al menos en el contexto español), una futura ley de protección a la dependencia puede plantearse la relación inversa; es decir, determinadas políticas dirigidas a la atención de las personas en situación de dependencia pueden ofrecer oportunidades de empleo que contribuyan a aliviar las dificultades que, en ocasiones, encuentran las mujeres para participar en el mercado de trabajo.

Esto explica, por ejemplo, el interés de los sindicatos en consensuar una ley nacional de protección a la dependencia cuya aplicación podría generar una demanda de empleo en el sector ser-

vicios que sería cubierta fundamentalmente con empleo femenino<sup>1</sup>. Así, una red articulada de servicios socio-sanitarios conseguiría regular y “formalizar” una actividad que todavía queda mayoritariamente restringida al ámbito del trabajo no remunerado de las mujeres en el hogar, y que recientemente ha ido trasladándose al terreno semi-formal del trabajo de mujeres inmigrantes como cuidadoras en el hogar. Como veremos a continuación, este “cruce de fronteras” entre el empleo no remunerado y el remunerado, y entre el empleo público y el privado, es uno de los rasgos que conforman el escenario actual del cuidado social en los países europeos.

### 3. MODELOS Y REFERENCIAS: LA GESTIÓN DE LA DEPENDENCIA EN PAÍSES DE LA UE

Como base para articular una propuesta concreta al problema de la dependencia en España, el *LBD* presenta los tres grandes modelos de cobertura de las demandas generadas por la dependencia: 1) el modelo “universalista”; 2) el modelo “de protección social”, y 3) el modelo “asistencialista”.

1) El sistema *universalista* se caracteriza por financiarse a través de impuestos y por estar fundado en el principio de ciudadanía; es decir, garantiza asistencia sanitaria y social “gratuita”, su cobertura es universal, no está sometida a prueba de recursos. Es un sistema fundamentalmente de prestación de servicios, similar por tanto a la política educativa y sanitaria. Opta por la profesionalización del cuidado social, con un alto nivel de calidad asistencial y diferentes categorías ocupacionales ajustadas a las necesidades de los cuidados de larga duración. Se trata, por lo tanto, de empleos regulados en su mayoría por el sector público. La gestión de los servicios sociales suele ser competencia de las autoridades locales. Este sistema universalista es propio de los estados del bienestar socialdemócratas de los países escandinavos, con una fuerte tradición en garantizar derechos sociales a través

<sup>1</sup> De acuerdo con la investigación “La base del iceberg”, realizada por la socióloga María Ángeles Durán, el 5% de los responsables del hogar (mujeres en el 95% de los casos) dedica un promedio de al menos cinco horas diarias a cuidar a un familiar enfermo o dependiente. Según la autora, para sustituir ese tiempo por trabajo remunerado sería necesario crear en España al menos 600.000 puestos de trabajo.

de una noción de ciudadanía asentada en el principio integrador de solidaridad social.

El principal impedimento para la implantación de este sistema es su elevado nivel de gasto (entre el 2,6 y el 3% del PIB). Otros factores que posibilitan la creación y el funcionamiento de este sistema de dependencia en los países nórdicos, pero que no están presentes en países de corte más “asistencialista” (como España) son, en primer lugar, la existencia de una base fuerte de servicios socio-sanitarios, que permite la extensión de estos servicios a nuevos grupos de riesgo, y en segundo lugar, la presencia de un elevado consenso social sobre el funcionamiento de este tipo de medidas públicas y, en consecuencia, sobre la conveniencia de un elevado nivel impositivo. Aun cuando el funcionamiento de estos modelos universalistas ha sido revisado en los últimos años, sobre todo para introducir elementos de contención del gasto público, mantienen básicamente su vigencia.

2) El modelo de *protección social* es el que predomina en países como Alemania, Austria y, hasta cierto punto, Francia. En estos países, el cuidado a las personas dependientes se concibe como un seguro a la dependencia, quedando integrado en la seguridad social como una forma más de aseguramiento, equivalente a las pensiones de vejez, de invalidez o a las prestaciones por desempleo. Se financia a través de cotizaciones de trabajadores y empresarios, y no vía impuestos generales como en el caso anterior. Aunque también se proporcionan servicios directos, la dependencia se articula, sobre todo, como prestación económica, o bien directamente a la persona que necesita los cuidados, o a la familia cuidadora, o a un profesional para que realice las tareas de cuidado, muchas veces en la propia casa de la persona necesitada. Las prestaciones tienen un tope, y la situación de dependencia se evalúa en grados o niveles de gravedad, de los que se derivan prestaciones monetarias de diferente cantidad o servicios de distinta intensidad o duración. La gestión de las prestaciones está centralizada, pero los servicios se encuentran descentralizados en las administraciones territoriales.

3) Por último, el modelo *asistencialista*, en el que se incluye España junto con el resto de los países del sur de Europa, se caracteriza por proporcionar una cobertura limitada a aquellas personas en situación de dependencia, con insuficientes recursos económicos y, aunque no reconocido explícitamente, con carencias de apoyo familiar. En este modelo opera el principio de subsidiariedad, según el cual el estado interviene sólo cuando la familia,

entendida de manera amplia, es incapaz de proporcionar el cuidado. Es decir, se presupone la obligatoriedad de la familia de ocuparse de la persona dependiente a través de su cuidado directo, o bien pagando los servicios de atención (por ejemplo, residencias). Su limitado alcance está, en cierta medida, amortiguado por la labor de organizaciones privadas, financiadas muchas veces mediante fondos públicos. En España, por ejemplo, y según la encuesta *EDDES* de 1999, el sistema proveedor privado con fines de lucro proporciona el 55,6% del total de la cobertura; el 13% corresponde a la categoría "otro sistema privado", y el 33,5% al sector público. En el caso de las personas en situación de dependencia mayores de 80 años, la ayuda técnica por parte del sector privado con fines de lucro alcanza casi el 60% del total (cap. I, pág. 59).

A pesar de estudiar las condiciones, las ventajas y los inconvenientes de los tres sistemas, el *LBD* apuesta claramente por el modelo alemán, al que dedica más espacio que a ningún otro. Es una elección que parece haber sido tomada de antemano, y en este sentido llama la atención la ausencia de referencia a otros modelos, como por ejemplo el inglés, que llevan funcionando muchos años. Sin mucho preámbulo, el *LBD* ve en la seguridad social una vía de financiación preferente. En consecuencia, es a esta posibilidad a la que el estudio dedica una mayor atención.

¿Cuáles son las razones que empujan a los redactores del *LBD* a inclinarse por este modelo de protección social? Según se argumenta en el texto, el modelo alemán (al igual que el austriaco) es más cercano a la tradición de seguridad social española, lo que facilitaría su implantación. Además, aun cuando ambos países muestran unos niveles de gasto en protección a la dependencia muy por encima del español, son considerablemente inferiores al sistema universalista (entre el 1,2 y el 1,5% del PIB), lo cual hace su implantación más viable económicamente. Al financiarse a través de cotizaciones en lugar de impuestos directos, supone una subida *indirecta* de la carga fiscal y, por ello, quizá con menos costes electorales. Por último, representa una manera de gestionar la dependencia que no parece entrar en conflicto con la preexistente y tradicional labor familiar en este terreno, más bien pretende reconocer formalmente lo que las familias, y principalmente las mujeres, han venido haciendo informalmente y sin remuneración a lo largo del tiempo. En general, estos sistemas dan un margen amplio de elección a la persona dependiente o a sus familiares en cuanto a la manera de organizarse. Las personas afectadas tenderán a percibir la

política social concreta como un apoyo a una situación particular, más que como un cambio en sus costumbres cotidianas.

Tanto el sistema alemán como el austriaco pertenecen a un grupo cada vez más numeroso de países que, trascendiendo la tipología de los tres modelos expuesta en el *LBD*, están introduciendo (algunos han introducido hace ya más de una década) mecanismos de pago para la realización de las labores de cuidado. Tareas tradicionalmente no remuneradas, consideradas como cuidado informal, están siendo "mercantilizadas" (Ungerson, 1997), resultando en un híbrido entre formas de trabajo y cuidado que se desarrollan en distintas variantes en los diferentes países. Estos nuevos esquemas de protección adquieren denominaciones diversas: "pagos directos" en Inglaterra, "subsidios de dependencia" en Alemania y "presupuestos personales" en Holanda. Tienen como común denominador el hecho de estar alterando de manera significativa las fronteras entre lo que se consideraba trabajo informal y trabajo formal, al ofrecer remuneración —escasa en muchos casos— a la realización de tareas en el seno del hogar y, en ocasiones, efectuadas por familiares.

Las razones subyacentes a la introducción de estos sistemas de pago son varias. La opción de subvencionar el cuidado de quienes prueban necesitarlo resulta más económica que la provisión directa de servicios, porque: a) sólo cubre una parte del gasto, dependiendo de la necesidad, y b) salvo en los casos en los que es necesaria la intervención especializada, como por ejemplo en enfermedades graves, los cuidados personales se desarrollan en el hogar, y no en una institución pública. En algunos países, en particular Inglaterra, la introducción de los pagos directos a las personas en situación de dependencia ha sido también la respuesta a una reivindicación, por parte de los grupos afectados, del derecho a gestionar sus propios recursos y a elegir personalmente la forma de cuidado más adecuada. Este "empoderamiento" (*empowerment*) de los usuarios es, sin duda, un elemento nuevo presente en muchas de las actuales reformas de las políticas sociales en los países europeos.

Los mecanismos de pago, como los aquí expuestos, tienen sus ventajas e inconvenientes. Si, como se adivina de la lectura del *LBD*, éste es el modelo en el que se quiere apoyar el sistema español de dependencia, conviene prestar atención a las evaluaciones que se vienen haciendo del impacto de estas medidas en aquellos países en los que se han implantado. En primer lugar, el impacto que los sistemas de pago tienen, tanto en la población cui-

dadora como en la dependiente, varía en función de cómo se diseñe la prestación. Más concretamente, los resultados dependen sustancialmente del grado de regulación.

Austria e Italia son dos países en los que el subsidio al cuidado de larga duración está totalmente desregulado en cuanto a cómo debe el “consumidor” gastarse la prestación. Al no haber un control del destino final del dinero, los beneficiarios de la prestación buscan los servicios más baratos. En ambos casos, el subsidio se emplea ampliamente para pagar a trabajadores que operan en la economía sumergida. Si bien podemos consignar como aspecto positivo el hecho de apoyar económicamente a las personas en situación de necesidad y a las que han venido ejerciendo las tareas de cuidado sin remuneración, como es el caso de la familia, el aumento de personas trabajando en este sector sin apenas regulación, y por lo tanto sin protección social ni adecuadas condiciones laborales, consta como consecuencia negativa. En principio, cuanto mayor sea la regulación, menor es el margen para la precariedad. En Francia, por ejemplo, se dio el proceso inverso al observado en otros países, al diseñar la prestación a la dependencia específicamente para favorecer la introducción en la seguridad social y el mercado de trabajo a cuidadores que operaban en la economía sumergida (Ungerson, 2003). Holanda es otro país donde el subsidio a la dependencia está altamente regulado y centralizado en un Banco de Aseguramiento Social. Mientras la administración se asegura así de que las prestaciones sean utilizadas correctamente, el sistema ha sido acusado de burocratización excesiva.

Con el fin de explorar la idoneidad de una ley nacional de dependencia basada en el modelo de *protección social*, a continuación se detallan algunas características específicas del estado del bienestar español y se esboza el panorama de los cuidados de larga duración.

#### 4. ¿DE QUÉ BASE PARTIMOS? LA COBERTURA DE LA DEPENDENCIA POR EL ESTADO DEL BIENESTAR ESPAÑOL Y EL PAPEL DESTACADO DE LA MUJER EN EL MANEJO DE LA DEPENDENCIA

Como acabamos de ver, el *LBD* clasifica a España en la actualidad dentro del sistema asistencialista, en la medida en que proporciona una cober-

tura limitada a las personas en situación de dependencia. Sin embargo, la denominación de “sistema mixto” que recoge el *Libro Verde sobre la Dependencia* de la Fundación Astrazeneca (Sánchez Fierro, 2004) parece reflejar con mayor precisión el panorama de la protección a la dependencia en nuestro país. Este sistema mixto se caracteriza, en primer lugar, por proporcionar prestaciones económicas, tanto contributivas como no contributivas de “gran invalidez” e “invalidez” para personas afectadas por problemas de discapacidad. La cuantía de estas prestaciones varía en función del grado de invalidez y de la trayectoria laboral de la persona afectada. Esto significa que la protección social española ya reconoce a través de varios esquemas de aseguramiento la invalidez y la dependencia como riesgos que precisan cobertura. El principal problema radica en que este sistema de protección no alcanza a todas las personas que se encuentran en situación de dependencia y, como veremos más adelante, muchas de estas prestaciones son de cuantía insuficiente para la autonomía económica de la persona. En cualquier caso, un posible seguro de dependencia tendría primero que armonizar los esquemas en funcionamiento para evitar una superposición de medidas que añadiría una mayor complejidad al ya de por sí complicado aseguramiento de la seguridad social.

En España, el sistema profesionalista de pensiones contributivas coexiste con una cobertura universal de determinadas prestaciones sociosanitarias, particularmente aquellas que se engloban dentro del sistema sanitario, y con una mucho más restringida oferta de servicios sociales, accesible únicamente a aquellos individuos con insuficiencia de recursos, y totalmente descentralizada en su gestión y financiación. La descentralización territorial es, de hecho, un rasgo altamente distintivo del panorama de la asistencia en España.

En el caso de las materias más directamente relacionadas con la dependencia, los niveles competenciales se estructuran en torno al ámbito estatal, el autonómico y el local. Este reparto territorial de responsabilidades y derechos, junto a la intersección de distintos ámbitos (sanidad, servicios sociales y seguridad social), complican enormemente la organización de un sistema unificado y coordinado de la dependencia. Si bien la descentralización puede verse como un factor que aumenta los desequilibrios territoriales –reflexión que aparece de forma repetida en el *LBD*–, también abre la posibilidad de la innovación política y la mayor eficiencia en la gestión de los propios recursos a escala autonómica y local. La futura ley nacional de pro-

tección a la dependencia pretende articular distintos ámbitos de actuación dependiendo del tipo de prestaciones. Así, mientras que los servicios sociales permanecerán como competencia autonómica y la administración central no podrá ir más allá de la regulación de unos mínimos y de la coordinación entre comunidades, las prestaciones económicas quedarán centralizadas en la seguridad social, aunque gestionadas desde los gobiernos autonómicos y las corporaciones locales.

Pero ¿qué rasgos presenta actualmente la población cuidadora y dependiente a la que va principalmente dirigida la ley de protección a la dependencia? Partiendo de la información ofrecida por las encuestas que el IMSERSO ha venido realizando sobre las condiciones de vida de las personas mayores en España<sup>2</sup>, el *LBD* ofrece un análisis detallado tanto de las características de la población potencialmente beneficiaria del futuro sistema nacional de dependencia como de los cuidadores informales.

Comenzando por el perfil de la población cuidadora, destacan en ella las mujeres entre 45 y 65 años, en su mayoría cónyuges o hijas de la persona dependiente (23,4 y 25% respectivamente). Casi el 62% de las personas cuidadoras viven en el domicilio de las personas en situación de dependencia y son miembros del mismo hogar. En cuanto al nivel de estudios y a la situación laboral, el 60% del conjunto de cuidadores principales afirma tener un nivel bajo de estudios y el 73% carecen de actividad laboral retribuida [figuran en las categorías de "amas de casa", "jubiladas(os)" y "desempleadas(os)" (capítulo III, pág. 27)]. Existe, por lo tanto, un sesgo considerable en cuanto a los niveles de formación y autonomía económica de las personas que realizan este tipo de trabajo no remunerado. Otra información relevante en cuanto al tipo de cuidado ofrecido es su duración e intensidad. El 77% de las cuidadoras entrevistadas en 2004 definía la ayuda prestada como de carácter permanente. Según esta misma encuesta, el 80% de los cuidadores informales no recibía de forma regular una recompensa y/o ayuda económica por parte de la persona mayor a la que prestaba ayuda (cap. III, pág. 37).

Aunque la mayor parte del cuidado lo realizan mujeres con vínculo familiar dentro del hogar, cada vez es más numerosa la presencia de empleadas de hogar que llevan a cabo esta labor. Según datos recogidos en 1999, el 6% del total de cuida-

<sup>2</sup> Ioe/CIS/IMSERSO (1995), *Encuesta condiciones de vida de las personas mayores en España*. Repetida por el IMSERSO en 2004.

dores son empleados domésticos, internos y externos. En un 14% de hogares en los que existe una persona mayor que precisa cuidados permanentes, la cuidadora principal es empleada de hogar ajena a la familia (*LBD*, cap. III, pág. 25). El *LBD*, sin embargo, no proporciona más información respecto a la nacionalidad de estas empleadas de hogar encargadas de cuidar a personas dependientes. A este respecto, cabe señalar que, en 2002, el 86% de las mujeres extranjeras registradas en la seguridad social estaban empleadas en el sector servicios (CES, 2003: 112). La mitad de los permisos de trabajo otorgados en 1999 en el sector servicios correspondían a la categoría "hogares que emplean trabajadores domésticos": el 62% de las mujeres extranjeras que obtuvieron permiso de trabajo en 1999 pertenecían a esta categoría de servicio doméstico, mientras que en el caso de los hombres sólo representaba el 9,3%. No obstante, estas cifras subestiman los niveles reales, ya que, como es bien sabido, éste es un sector ocupacional con una presencia muy significativa de economía sumergida. Según el *Censo de Población de 2001*, el número "real" de mujeres extranjeras trabajando en España en este sector es probablemente alrededor de un 30% superior al registrado en la seguridad social para el mismo año (CES, 2003: 110).

Sin duda, harán falta más análisis comparativos para medir el alcance de esta redistribución global del trabajo de cuidado favorecida por flujos migratorios y de movilidad recientes. Hay, sin embargo, razones para examinar con cautela las implicaciones de esta "nueva" modalidad de cuidado y, en cualquier caso, llama poderosamente la atención que del amplio espacio dedicado al análisis del perfil de las cuidadoras informales, no haya más que una breve mención al trabajo que están realizando las mujeres de nacionalidad extranjera, presente en la práctica cotidiana de cada vez más españoles y que está rápidamente alterando la manera de gestionar las necesidades de cuidado tanto de niños pequeños como de ancianos.

Las mujeres no sólo conforman la mayoría de la población cuidadora; también constituyen el grueso de la población dependiente. Según las estimaciones de la *EDDES*, casi un 60% de la población con discapacidad es femenina, y este porcentaje aumenta conforme subimos en tramos de edad. Por motivos de movilidad, y seguramente también por problemas de recursos económicos, buena parte de las personas mayores en situación de dependencia se trasladan, ya sea temporal o permanentemente, a la vivienda del cuidador o cuidadora; en la mayor parte de los casos, a casa de la hija.



Las pensiones representan la principal fuente de ingresos de las personas en situación de dependencia. Es preciso subrayar que, además de que un porcentaje elevado de las pensiones y prestaciones monetarias son bajas en relación con la renta familiar media disponible de las familias españolas, la accesibilidad y la generosidad de las prestaciones económicas de la seguridad social repercuten de forma muy distinta en mujeres y hombres (León, 1999 y 2002). Las mujeres representan aproximadamente la mitad del total de beneficiarios del sistema público de pensiones; más de la mitad de todas las pensionistas del sistema contributivo son perceptoras de una pensión de viudedad, prestación en la que las mujeres representan más del 90% en todos los grupos de edad. En el año 2000, la pensión media de viudedad femenina representaba el 55% de una pensión media de jubilación masculina. Las cuantías son considerablemente inferiores para los tramos de edad más altos, en los cuales, dada la mayor esperanza de vida, predominan las mujeres.

Todo ello provoca una mayor vulnerabilidad femenina ante situaciones de pobreza y de dependencia. La modalidad no contributiva, creada en 1990 e integrada en el sistema de seguridad social, supone una vía de entrada al sistema de pensiones para muchas mujeres, aunque ofrece un nivel muy bajo de protección. Su impacto es moderado; en primer lugar, por el reducido número de beneficiarios; en segundo lugar, por su estrecho margen presupuestario, y en tercer lugar, porque opera un principio de subsidiariedad entre la familia y el estado (esto es, tiene que ser demostrada la imposibilidad de la familia de hacerse cargo de la persona que necesite los cuidados)<sup>3</sup>. Un futuro sistema de aseguramiento a la dependencia como el que se propone en el *LBD* tendrá que tomar como punto de partida esta enorme desigualdad actual en el acceso a las prestaciones económicas de la seguridad social. No tendría mucho sentido articular un seguro de dependencia sin antes atender a la precariedad económica en la que se encuentran muchas personas mayores, que, en sí misma, las priva de autonomía.

<sup>3</sup> En el año 2000, el número de beneficiarios de prestaciones no contributivas no superaba el medio millón de personas, la mayoría de las cuales eran mujeres: más del 73% del total, por encima del 84% en el caso de vejez y del 62% en el caso de invalidez. Para el año 2000, las cuantías eran de 263 euros/mes para invalidez, y 233 euros/mes para jubilación. Según el RD 2350-2004, de 23 de diciembre, la revalorización de las pensiones del sistema de la seguridad social en su modalidad no contributiva queda fijada en la cuantía de 4.043,06 euros anuales.

Si bien los párrafos anteriores sólo enfocan selectivamente la atención sobre un grupo de dependientes, los mayores, dejando al margen a otros como los niños o los discapacitados, queda bien clara la necesidad de intervención pública en este ámbito. A este respecto se imponen varias observaciones. En primer lugar, la manera en la que España – y, en general, el resto de los países del sur de Europa – gestiona la dependencia no parece sostenible a medio y largo plazo. La evolución demográfica de la población está desequilibrando la relación entre personas dependientes y población cuidadora. Existe un paulatino incremento de las personas afectadas y un progresivo “vacío” de las cuidadoras de la propia familia que no siempre se puede compensar con los servicios que prestan otras personas a cambio de retribución. En segundo lugar, esta manera de gestionar el problema de la dependencia genera, a corto plazo, profundas desigualdades sociales desde diversos ángulos. Por una parte, mujeres en una franja concreta de edad, entre los 45 y 65 años, con bajos niveles de recursos y escasa formación, están asumiendo prácticamente sin apoyo externo los costes de la dependencia. Como se detalla en el *LBD*, estas mujeres sufren elevados “costes de oportunidad” relacionados con su propia independencia económica (no pueden plantearse trabajar o han abandonado su trabajo), con su salud (las personas cuidadoras se encuentran a menudo cansadas, deprimidas y piensan que las tareas que realizan están deteriorando su salud) y con su vida afectiva y relacional, al verse obligadas a condicionar sus ritmos de vida a las exigencias de la persona dependiente.

Por otra parte, las desigualdades se generan también entre la población que necesita ser atendida. Sólo aquellas personas que son capaces de probar la falta de recursos y la ausencia de apoyo familiar directo pueden aspirar a los servicios sociales de apoyo. Una gran parte de la población no puede acceder a las ayudas y los servicios públicos y, al mismo tiempo, carece del nivel adquisitivo suficiente para costearse el servicio en el ámbito privado. Buena parte de las clases medias quedan desprotegidas por el restringido criterio de acceso (prueba de rentas). En el apartado que sigue, y a modo de conclusión, se analizará la concreta realización, según la propuesta del *LBD*, del futuro sistema nacional de dependencia.

## 5. A MODO DE CONCLUSIÓN

La economía mixta del cuidado social no permite una división clara entre el mercado, el estado

y la familia, los tres pilares que, junto con las organizaciones de asistencia sin ánimo de lucro, conforman el sistema de bienestar (Pérez-Díaz, Chuliá y Álvarez-Miranda, 1998). En el área del cuidado social, la distinción entre trabajo y ocupación no-laboral es especialmente compleja, tanto por la naturaleza de las tareas a realizar, incluyendo la organización del tiempo, como por las relaciones entre la persona que recibe y la que presta los servicios, y por el lugar en el cual se desarrolla la actividad.

Se proyecta una ley que dé respuesta al "nuevo riesgo social" de la dependencia. Sin embargo, no queda del todo clara la viabilidad de un sistema de protección a la dependencia que agrupe a todos los individuos con limitaciones en su capacidad funcional. Existen formas de dependencia que están estrechamente ligadas a la edad y, en este sentido, quizá hubiera sido más acertado dividir una categoría que no es del todo unitaria.

A la hora de plantear una política social concreta que venga a solventar el problema creciente de la dependencia, ha de tenerse muy presente el contexto en el que éste opera. La configuración específica de un sistema de bienestar y protección social condiciona enormemente las posibilidades de acción en un ámbito determinado, en este caso la dependencia. A su vez, no puede ignorarse la interacción que inevitablemente existe entre distintos ámbitos de las políticas sociales. Un futuro sistema nacional de dependencia no será independiente del vigente sistema público de pensiones, con todas sus distintas modalidades, ni de las redes de servicios sociales existentes en cada comunidad autónoma, ni de los servicios socio-sanitarios prestados por los sistemas de salud pública. En este sentido, el *LBD* da pocas pistas sobre cómo armonizar un posible subsidio al cuidado de larga duración con las existentes prestaciones destinadas a situaciones de invalidez y dependencia. Tampoco es fácil averiguar tras la lectura del *LBD* cómo y con qué medios ha de implantarse la futura ley de dependencia, algo de vital importancia para que una norma, por muy bien articulada que esté, tenga un impacto real sobre el campo en el que interviene. Asimismo, entre los flancos débiles del *LBD* hay que consignar que, aunque reconoce la complejidad de la estructura territorial del estado español, no detalla cómo exactamente se han de organizar las competencias y la financiación para los distintos programas.

De la lectura del *LBD* se desprende que la opción preferida para abordar la dependencia en España consiste en el apoyo a las familias cuida-

doras, dando prioridad a los servicios que permiten a las personas mayores permanecer en su entorno. El objetivo sería, por tanto, mantener el cuidado de y en las familias a través de distintas ayudas articuladas mediante la protección social y los servicios socio-sanitarios "desde la óptica de la convergencia y colaboración (y no de sustitución) con el apoyo informal" (cap. III, pág 68). La solución propuesta, más que modificar la forma en la cual se gestiona individualmente el problema de las personas dependientes, pretende proporcionar elementos que mejoren las (hoy día bastante insatisfactorias) condiciones en las cuales se ejerce esa labor.

La respuesta del *LBD* ante la situación de los dependientes y de sus cuidadores no es innovadora; antes bien, encaja en la tradición del sistema de bienestar que se ha ido desarrollando en España a lo largo de las últimas décadas. Ahora hay que esperar a la puesta en práctica de estas medidas para evaluar su alcance y efectividad.

## BIBLIOGRAFÍA

CONSEJO ECONÓMICO Y SOCIAL (2003), *Segundo Informe. Situación de la mujer en la realidad socio-laboral española*, Madrid, CES.

DALY, M. y J. LEWIS (2000), "The concept of social care and the analysis of contemporary welfare states", *British Journal of Sociology*, 51 (2): 281-298.

DALY, M. (2002), "Care as a Good for Social Policy", *Journal of Social Policy*, 31 (2): 251-270.

ELIAS, N. (1989), *El proceso de civilización. Investigaciones sociogenéticas y psicogenéticas*, México, Fondo de Cultura Económica.

IMERSO (2004), *Atención a las personas en situación de dependencia. Libro Blanco*, Madrid, MTAS (<http://www.imersomayores.csic.es/documentos/libroblancodependencia/html>)

LEIRA, A. y SARACENO, C. (2002), "Care: Actors, Relationships and Contexts" en HOBSON, B.; LEWIS, J. y SIM, B.; *Contested Concepts in Gender and Social Politics*, Cheltenham, Edward Elgar.

LEÓN, M. (2002), "Equívocos de la solidaridad", *Revista Internacional de Sociología*, 31: 137-164.

LEÓN, M. (1999), "Dimensión política de la protección social española y estructura de género", en *Informe 1999. Políticas sociales y estado de bienestar en España*, Madrid, FUHEM: 767-793.

PATEMAN, C. (1989), *The Disorder of Women: Democracy, Feminism and Political Theory*, Cambridge, Polity Press.

PÉREZ-DÍAZ, V.; CHULIÁ, E. y ÁLVAREZ-MIRANDA, B. (1998), *Familia y sistema de bienestar. La experiencia española con el paro, las pensiones, la sanidad y la educación*, Madrid, Fundación Argentaria/Visor.

SÁNCHEZ FIERRO, J. (2004) (ed.), *Libro Verde sobre la Dependencia en España*, Madrid, Fundación Astrazeneca.

UNGERSON, C. (1997), "Social politics and the commodification of care", *Social Politics*, 4 (3): 362-81.

UNGERSON, C. (2003), "Commodified Care Work in European Labour Markets", *European Societies* 5 (4): 377-396.