PAPELES
DE ECONOMÍA ESPAÑOLA



ASPECTOS ECONÓMICOS Y SOCIALES DE LA DEPENDENCIA

FUNDACIÓN DE LAS CAJAS DE AHORROS

PAPELES
DE ECONOMÍA ESPAÑOLA

129

2011

ISSN: 0210-9107

FUNDACIÓN DE LAS CAJAS DE AHORROS

PATRONATO

Isidro Fainé Casas *(Presidente)*
José María Méndez Álvarez-Cedrón *(Vicepresidente)*
Fernando Conlledo Lantero *(Secretario)*
Julio Fernández Gayoso
Mario Fernández Pelaz
Jordi Mestre González
Antonio Pulido Gutiérrez
Atilano Soto Rábanos
Adolfo Todó Rovira

PAPELES DE ECONOMÍA ESPAÑOLA

EDITORA

María José Moral Rincón

CONSEJO DE REDACCIÓN

Carlos Ocaña Pérez de Tudela *(Director)*
Pablo Alcaide Guindo
Santiago Carbó Valverde
Elisa Chuliá Rodrigo
Alain Cuenca García
Ángel Laborda Peralta
Fernando Pampillón Fernández
José Félix Sanz Sanz
Victorio Valle Sánchez

COORDINADORA DE PUBLICACIONES

M.ª Pilar López Isarría

PORTADA

Advantia, S.A.
91 471 71 00

Ilustración: José M. Yáñez Rodríguez
Anciano sentado con gorra y bastón
FisterraSalud, Elsevier

EDITA

Fundación de las Cajas de Ahorros
Caballero de Gracia, 28. 28013 Madrid

IMPRIME

Cromagraf

Depósito legal: M. 402-1980
ISSN: **2254-3457**
Distribuye: G&M.- Madrid
Precio del número 129: **12€**
Periodicidad: Trimestral
Materia: Economía social
Base de datos: www.funcas.es

© Fundación de las Cajas de Ahorros. Todos los derechos reservados. Queda prohibida la reproducción total o parcial de esta publicación, así como la edición de su contenido por medio de cualquier proceso reprográfico o fónico, electrónico o mecánico, especialmente imprenta, fotocopia, microfilm, *offset* o mimeógrafo, sin la previa autorización escrita del editor.

PAPELES DE ECONOMÍA ESPAÑOLA, N.º 129, 2011. ISSN: 0210-9107

«Aspectos económicos y sociales de la dependencia»

coordinado por Elisa Chuliá Rodrigo

SUMARIO

INTRODUCCIÓN EDITORIAL

La atención a la dependencia. Un compromiso importante. Un reto pendiente V

I. DIMENSIONES BÁSICAS

Dependencia y envejecimiento. Un ensayo de tipología: 2 *Julio Pérez Díaz, Cecilia Esparza Catalán y Antonio Abellán García*

Pobreza, discapacidad y dependencia en España: 14 *Francisco Javier Braña Pino y José Ignacio Antón Pérez*

Distribución territorial de la dependencia en España y Europa: 27 *Antonio Rodríguez Sampayo, Eva Rodríguez Míguez y Begoña Álvarez García*

Las personas mayores con dependencia en la España del siglo XXI: 48 *Juan Manuel García González*

Los cuidadores de familiares dependientes en Andalucía desde una perspectiva de clase. Viejas y nuevas formas de desigualdad: 66 *Delia Langa Rosado y David Martínez López*

Cuidados no profesionales y atención a la dependencia: Los cuidados informales: 83 *Pilar García Gómez, Sergi Jiménez-Martín, Juan Oliva y Cristina Vilaplana Prieto*

Dependencia, discapacidad y temporalidad en el empleo: 98 *David Cantarero Prieto y Patricia Moreno Mencia*

II. LA EXPERIENCIA INTERNACIONAL

Alianzas público-privadas en la financiación de la dependencia en Europa: 112 *Joan Costa Font*

El seguro social de cuidados en Alemania: 123 *Karl Hinrichs y A. Caroline Warfelmann*

La dependencia (el quinto riesgo) y los cuidados de larga duración en Francia: 137 *Sandrine Dufour-Kippelen y Marie-Eve Joël*

Consideraciones para la reforma y mejora de la aplicación de la Ley de Dependencia a partir de la observación de sistemas comparados: 149 *Guillem López Casasnovas y Joan Faner Aguiló*

III. EL SISTEMA NACIONAL DE DEPENDENCIA EN ESPAÑA

Dualidades técnicas de la LAAD: 158 *Demetrio Casado*

Ideas, políticas y realidad: Análisis crítico de la Ley de Dependencia: 170 *Margarita León*

El efecto expansivo de la Ley de Dependencia en los sistemas autonómicos de servicios sociales: 182 *José María Alonso Seco*

Copago en la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en Situación de Dependencia. Costes e impactos en las rentas de los usuarios: 195 *Julia Montserrat Codorniu*

Asistencia personal: La prestación económica para la autonomía y la vida independiente: 207 *Javier Romañach Cabrero*

La eficiencia en la dependencia: Mejores prácticas y gobernanza: 224 *Simón Sosvilla Rivero.*

IV. OPINIONES

Presentación: 235

Cuatro años de la Ley de Dependencia: Logros y retos de futuro: 238 *Isabel María Martínez Lozano*

Análisis del estado actual de la Ley de Dependencia: 244 *Juan Sitges*

Cuestionario a responsables autonómicos: 249 *Julio Coca Blanes, Jesús Fuertes Zurita, Joaquín Martínez Gómez, Manuel Cid Gala, Miguel Ángel García Martín, Miguel Ángel Miralles González-Conde, Begoña Rodríguez Marcos*

INTRODUCCIÓN EDITORIAL

LA ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA. UN COMPROMISO IMPORTANTE. UN RETO PENDIENTE

En todas las sociedades, una parte de la población carece de autonomía suficiente para realizar algunas o todas las actividades cotidianas de primera necesidad. Ese grupo de personas está formado en gran medida, aunque no exclusivamente, por dos colectivos que se sitúan en ambos extremos del espectro demográfico; pero mientras la dependencia de los más pequeños es forzosa, y por todos asumida, la de los mayores es contingente. Es este tipo de dependencia contingente, que afecta también parcialmente al colectivo de quienes padecen algún tipo de discapacidad, el que en los últimos años más ha aumentado como consecuencia del envejecimiento de la población.

En efecto, si bien los avances médicos y técnicos han mejorado las condiciones de autonomía de muchas personas, la creciente longevidad lleva consigo una mayor incidencia de la dependencia. Coincide, además, esta evolución con otra que se ha verificado en las últimas décadas en la mayor parte de las economías avanzadas: la reducción de las capacidades de las familias para hacerse cargo de sus miembros dependientes, debido fundamentalmente al incremento de la participación de las mujeres en el mercado de trabajo. Estas circunstancias han favorecido que muchos estados del bienestar europeos hayan incorporado recientemente a su oferta de protección social nuevas prestaciones y servicios de diverso tipo para cubrir el riesgo de dependencia.

En España, aunque la red autonómica y municipal de servicios sociales ha procurado tradicionalmente cobertura de diversa intensidad para la asistencia a personas con dificultades para valerse por sí mismas, el derecho subjetivo a prestaciones sociales específicamente destinadas a este fin se

reconoció por ley a finales de 2006. Próximo a cumplirse el primer quinquenio desde la promulgación de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a Personas en Situación de Dependencia, la Fundación de las Cajas de Ahorros (FUNCAS) dedica el número 129 de PAPELES DE ECONOMÍA ESPAÑOLA a analizar las diferentes vertientes de esta cuestión. Para ello, se ha reunido una serie de artículos escritos por economistas, sociólogos, demógrafos y otros expertos, incluyendo asimismo algunas aportaciones de responsables de instituciones relacionadas con el diseño y la aplicación del Sistema para la Autonomía y la Atención a la Dependencia (SAAD), la última apuesta del Estado del bienestar español.

Las colaboraciones se han organizado en cuatro grandes apartados. El primero, titulado «Dimensiones básicas», recoge siete artículos en los que, desde perspectivas muy variadas, se abordan aspectos demográficos, geográficos y sociolaborales de la dependencia. Bajo el título «La experiencia internacional», el segundo bloque incluye cuatro artículos orientados a comprender mejor cómo se ha planteado y tratado de resolver en los países de nuestro entorno la cobertura del riesgo de dependencia. En cambio, los seis artículos del siguiente grupo («El Sistema Nacional de Dependencia en España») ponen en su punto de mira la legislación española y su implementación en el nivel autonómico. Finalmente, en cuarto lugar («Opiniones»), se agrupan las aportaciones de responsables nacionales y autonómicos, así como del director del Observatorio para la Dependencia de la Fundación Caser, institución que no sólo ha colaborado en el patrocinio de este número de PAPELES DE ECONOMÍA ESPAÑOLA, sino que desde el comienzo de su proceso de elaboración ha aportado una contribución activa al diseño de los temas y a la selección de los autores. Quede pues constancia de la gratitud de FUNCAS por esta decisiva colaboración.

En este terreno de los agradecimientos institucionales, debe también expresarse el testimonio de la positiva valoración que el Consejo Editorial de PAPELES DE ECONOMÍA ESPAÑOLA otorga a la labor de coordinación y revisión del número llevada a cabo por las profesoras de la UNED **Elisa Chuliá** y **María José Moral**, ambas colaboradoras de la Fundación de las Cajas de Ahorros.

ALGUNAS CUESTIONES BÁSICAS

El artículo de **Julio Pérez Díaz**, **Cecilia Esparza** y **Antonio Abellán** (Centro Superior de Investigaciones Científicas, CSIC) enfoca la atención en la relación entre demografía y dependencia, basándose para ello en una explotación de la *Encuesta sobre discapacidades, autonomía personal y situaciones de dependencia* (EDAD, 2008). Los autores subrayan la importancia del concepto de discapacidad como punto de partida a la hora de hacer operativa la forma de articular la ayuda que ha de prestarse a las personas dependientes, explicando cómo, desde una conceptualización fundamentalmente clínica, ha ido ganado protagonismo una definición social que pone el énfasis en el requerimiento de ayudas. En

el artículo se exponen las razones que complican la medición estadística de la dependencia y la clasificación de este fenómeno, dada su enorme variedad. Ante esta situación, los autores proponen resumir en pocas categorías la gran casuística de las situaciones de dependencia asociadas al envejecimiento. Su propuesta incluye tres perfiles de dependencia que responden a una jerarquía de demandas crecientes de cuidado: el primer perfil queda circunscrito a la precisión de ayuda para el mantenimiento del hogar; el segundo implica la demanda de cuidados básicos personales, y el tercero se caracteriza por la necesidad de asistencia para la mera supervivencia. La virtud de esta tipología, que los autores obtienen aplicando un método estadístico de escalamiento, reside en su sencillez y su capacidad de subsumir a la mayoría de la población en situación de dependencia.

Francisco Javier Braña y **José Ignacio Antón** (Universidad de Salamanca) se interesan por la relación entre pobreza, discapacidad y dependencia. Los autores utilizan los datos de la *Encuesta de condiciones de vida* (2007) con el fin de estimar los costes que la discapacidad supone para los hogares españoles. La aplicación del método de los estándares de vida les permite concluir que la discapacidad moderada y severa eleva significativamente los costes de las familias, aumentando en los hogares afectados por la tasa de pobreza. En efecto, de acuerdo con los cálculos de Braña y Antón, la población que presenta discapacidades tiende a estar sobre-representada en la parte baja de la distribución de la renta. Y cuando la renta total de los hogares se ajusta considerando los costes de la discapacidad, se observa un incremento notable de la incidencia, la intensidad y la severidad de la pobreza entre los colectivos de personas dependientes. Según los autores, los costes de la discapacidad para las familias se sitúan en España por encima de los observados en otros países del entorno o de similar nivel de desarrollo.

Por su parte, **Antonio Rodríguez** (Universidad de Santiago de Compostela), **Eva Rodríguez** y **Begoña Álvarez** (Universidad de Vigo) examinan los indicadores sintéticos empleados para evaluar la dependencia y defienden que, para las comparaciones internacionales, conviene mantenerse en un nivel más desagregado que contemple el número de limitaciones que presentan los individuos en el desarrollo de las actividades de la vida diaria (AVD) o de las actividades básicas de la vida diaria (ABVD). Precisamente, en la primera parte de su trabajo analizan la situación de la dependencia en Europa y constatan importantes diferencias, tanto en el porcentaje de población dependiente que recibe ayuda como en el tipo de ayuda. En cuanto a España, país con mayor número de personas de 50 o más años con limitaciones en AVD, los datos ponen de manifiesto una posición deficitaria en la ayuda formal, aunque se encuentra a la cabeza en la ayuda informal dentro del hogar. En la segunda parte de su artículo, centrada en la situación de la dependencia en España, los autores señalan

una notoria heterogeneidad entre comunidades autónomas respecto del peso de la población dependiente, del grado de institucionalización de las personas afectadas, así como de la evolución del número de beneficiarios de la prestación por dependencia.

En su artículo sobre la dependencia de los mayores en el siglo XXI, una primera versión del cual fue premiada por la Asociación Madrileña de Sociólogos en 2010, **Juan Manuel García González** (UNED) utiliza la *Encuesta de condiciones de vida de las personas mayores en España* (2006) para construir, primeramente, el perfil de la población española mayor de 65 años que se encuentra en situación de dependencia. Elabora para ello un índice de dependencia, de cuya aplicación resulta que aproximadamente uno de cada cinco españoles mayores de 65 años se encuentra en situación de dependencia, lo cual equivale a más de un millón y medio de personas (aunque la dependencia grave o total afecta aproximadamente a una séptima parte de ellas). A continuación, estudia los factores más relacionados con la incidencia de dependencia, identificando la edad, el sexo, el tipo de hogar y el nivel educativo como los más relevantes. En la parte final del artículo explora la relación entre el estado de salud autopercibido y la prevalencia de la dependencia, poniendo de relieve la fuerte correlación inversa entre estas dos variables. Según reflexiona el autor, es probable que en la mejora registrada de las percepciones sobre la propia salud entre los mayores influyan no sólo su mejor estado de salud, sino también la calidad de la sanidad y la oferta de políticas sociales de atención y mejora de las condiciones de vida de las personas mayores.

Los dos siguientes artículos tratan sobre los cuidados informales que las familias procuran a las personas dependientes. El artículo de **Delia Langa** y **David Martínez** (Universidad de Jaén) acota la observación al ámbito territorial de Andalucía, tomando como fuente de datos la *Encuesta de redes familiares* (2005) del Instituto de Estadística de Andalucía. En su análisis establecen una relación entre el modo en que se prestan los cuidados y la clase social a la que pertenecen los cuidadores y sus familias, de tal manera que los cuidados familiares son más frecuentes entre afectados pertenecientes a clases sociales bajas. Según tratan de mostrar los autores, ello no sólo resulta de la disposición de recursos económicos y educativos, sino también de la construcción e interiorización del rol de cuidador(a) en función de la posición social. Las actitudes hacia las tareas de cuidado y los argumentos de justificación de las propias conductas apuntan a que los cuidadores de las clases inferiores presentan más resistencias psicológicas a abandonar la modalidad de cuidado informal y familiar a los familiares dependientes.

También **Pilar García** (Universidad de Róterdam), **Sergi Jiménez** (Universidad Pompeu Fabra), **Juan Oliva** (Universidad de Castilla-La Mancha) y **Cristina Vilaplana** (Universidad de Murcia) subrayan en su artículo la

contribución crucial de las familias españolas a la atención de quienes se enfrentan a limitaciones de su autonomía. Examinan específicamente en su artículo la complementariedad o sustitución de los cuidados formales e informales y, desde esta perspectiva, distinguen modelos de atención a la dependencia en países europeos. Para ello, establecen comparaciones entre, por una parte, la atención en instituciones frente a la atención en el hogar y, por otra, los sistemas de apoyo a los cuidadores informales. Del estudio pormenorizado que realizan del caso español deducen que, si bien en la provisión de servicios sociales existe complementariedad entre los cuidados informales y la atención a domicilio a la persona dependiente, entre los cuidados informales y la atención en un centro de día existe sustitución. En todo caso, los autores insisten en la necesidad de que las políticas públicas consideren explícitamente la atención al cuidador principal, así como su reconocimiento social.

El primer apartado de este número de PAPELES DE ECONOMÍA ESPAÑOLA termina con el artículo de **David Cantarero** y **Patricia Moreno** (Universidad de Cantabria), en el que se examina el comportamiento de las personas discapacitadas en el mercado laboral. A partir de datos proporcionados por la *Encuesta sobre discapacidades, autonomía personal y situaciones de dependencia* (EDAD, 2008), los autores muestran que la tasa de paro no arroja diferencias significativas para el grupo de personas con discapacidad. Más preocupación provocan las bajas tasas de actividad que presenta este colectivo como consecuencia de las múltiples barreras de entrada, pero también como resultado de la propia desmotivación a demandar trabajo. Otro problema al que se enfrentan estas personas es la mayor incidencia de los contratos temporales. A este respecto, los datos que manejan los autores les permiten rechazar la existencia de una relación estrecha entre la probabilidad de desarrollar un trabajo temporal y el tipo de limitación o discapacidad que presente el individuo.

LA EXPERIENCIA INTERNACIONAL

Como ya se ha señalado, muchos estados del bienestar europeos han ampliado recientemente las contingencias objeto de protección social, incluyendo entre ellas la dependencia. Las fórmulas institucionales diseñadas y aplicadas son diversas, como también lo son los modos de financiación elegidos.

Por lo que hace a la cuestión de la financiación, llama la atención el escaso desarrollo internacional del mercado asegurador para la cobertura del riesgo de dependencia. Partiendo de esta evidencia, **Joan Costa** (London School of Economics) analiza en su artículo la colaboración entre el sector público y el privado en la financiación de la dependencia en Europa, y argumenta que el aseguramiento privado se ve afectado, además de por la existencia de asimetrías de información sobre el riesgo de la dependencia, por un «efecto expulsión público» y un «efecto expulsión social». Así, en aquellos países en los que la cobertura estatal de la dependencia

es amplia o se halla en crecimiento, la gente no cree necesario asegurar por su cuenta este riesgo; asimismo, allí donde la familia ostenta un papel protagonista en la atención a la dependencia, la confianza en su capacidad de provisión también reduce los incentivos para la contratación de seguros privados. El autor apunta la conveniencia de promover dos tipos de alianzas: las «alianzas público-privadas» para reforzar la complementariedad de los mecanismos de mercado y la cobertura pública, y las «alianzas sociales», con el propósito de incorporar a la cobertura pública de la dependencia las normas sociales que rigen la atención informal.

Alemania se encuentra en el grupo de países afectados por ese potencial «efecto de expulsión público» al que hace referencia el profesor Costa. Allí, como argumentan **Karl Hinrichs** y **A. Caroline Warfelmann** (Universidad de Brema), tras largos debates, se aprobó en 1994 la Ley del Seguro Social de Dependencia, que ofrece servicios asistenciales de diverso tipo a aquellas personas que, previa solicitud y tras someterse a un estricto examen médico, son clasificadas en uno de los tres niveles reconocidos en la correspondiente normativa. El Seguro Social de Dependencia es prácticamente universal, aunque se financia mediante cotizaciones sociales, y sus beneficiarios rondan el 3 por 100 de la población total. La implantación y el desarrollo de este nuevo seguro han ido de la mano de constantes reparos sobre su sostenibilidad financiera. De hecho, antes de haberse consolidado ya ha sido objeto de varios retoques y restricciones (por ejemplo, la congelación de las prestaciones) y ha exigido el incremento de las tasas de cotización mediante las cuales se financia.

Asimismo, una de las últimas innovaciones significativas en el Estado del bienestar francés ha consistido en la puesta en marcha en 2002 de un sistema de prestaciones personales para la autonomía, también de carácter universal. Sobre su oferta y financiación trata el artículo de **Sandrine Dufour-Kippelen** y **Marie-Eve Joël** (Universidad París Dauphine). Las autoras pasan revista a los avances realizados en los últimos años en materia de protección pública al denominado «quinto riesgo» (la pérdida de autonomía para llevar a cabo las actividades básicas de la vida cotidiana), subrayando, no obstante, los problemas de eficacia y coordinación que lastran estas prestaciones. Aunque en Francia la financiación de estas prestaciones se realiza a través de impuestos generales, no de cotizaciones sociales, la principal dificultad para la consolidación de este subsistema de protección pública reside, como en Alemania, en el previsible aumento del gasto como consecuencia del envejecimiento de la población. La crisis económica y los programas de reducción del déficit público añaden más dudas al futuro de estas nuevas prestaciones, y prestan verosimilitud a un escenario en el que se mantendrá el protagonismo de la familia en los cuidados de larga duración, mientras que probablemente se refuerce el mercado de seguros privados de dependencia.

La mirada al exterior de nuestro país se completa con el artículo de **Guillem López Casasnovas** y **Joan Faner** (Universidad Pompeu Fabra), en el que, primero, los autores plantean la cuestión de la intervención pública en la atención a la dependencia y discuten los efectos de los distintos modelos teóricos de financiación, para después exponer la experiencia en cuatro países europeos con diferentes modelos de atención a la dependencia: Reino Unido, Alemania, Holanda y Suecia. A partir de estos elementos de comparación, los autores aportan recomendaciones para la mejora y reforma de la Ley de Dependencia en España. Entre estas recomendaciones se incluye la de conciliar consistentemente una aplicación nacional de la política de atención a la dependencia (en derechos y deberes) con la flexibilidad local que exige la oferta de los servicios y la flexibilidad individual que permita a los beneficiarios elegir entre los distintos tipos de atención posibles.

ESPAÑA: UN PROCESO EN DEBATE

Entrando en la sección dedicada al sistema de atención a la dependencia creado en España desde la aprobación de la Ley 39/2006, **Demetrio Casado**, experto en servicios sociales y responsable del Seminario de Intervención y Políticas Sociales, mantiene en su artículo que el desarrollo de la Ley no ha respondido satisfactoriamente al doble objetivo que enuncia su título: la promoción de la autonomía y la atención a la dependencia. Así como respecto del segundo objetivo la Ley previó prestaciones de entidad aceptable y modos de acción adecuados, la regulación de los medios y modos de acción previstos para el primero adolecen de graves defectos. El autor señala asimismo que, en lo que respecta a la aplicación, las dos clases de prestaciones que regula la ley (de servicios y económicas) presentan desviaciones importantes respecto a los preceptos que las regulan. Si bien la Ley subraya la importancia de los servicios, la aplicación ha priorizado las prestaciones económicas, en la mayor parte de los casos destinadas al pago de cuidadores pertenecientes al ámbito doméstico y al entorno familiar.

También el artículo de **Margarita León** (Universidad Autónoma de Barcelona) advierte de las disparidades observadas en el proceso de diseño y aplicación de la Ley de Dependencia. Por una parte, la norma no plasmó, como esperaban los expertos, algunas de las principales conclusiones del Libro Blanco de la Dependencia; por otra parte, la aplicación de la Ley a partir del año 2007 ha mostrado desviaciones respecto a lo establecido en su articulado. Las entrevistas en profundidad realizadas por la autora a personas que han intervenido en el proceso político de diseño e implantación del SAAD permiten identificar una serie de factores institucionales y económicos a la hora de explicar estas ostensibles desviaciones entre los proyectos y la realidad.

Sin restar importancia a la Ley de 2006, en ocasiones se pasa por alto que antes de su aprobación venían funcionando los sistemas autonómicos de

servicios sociales. Son precisamente esos servicios los que, con todas las modificaciones institucionales oportunas, han asumido la responsabilidad de aplicar la nueva legislación. Del impacto de la Ley de Dependencia en el funcionamiento de los servicios sociales autonómicos se ocupa el artículo de **José María Alonso Seco** (UNED), en el cual se describe cómo la norma estatal ha reforzado el sistema de asistencia a las personas dependientes en los niveles autonómico y local, dotándolo de mayor consistencia política e institucional, coordinación interadministrativa y fuerza jurídica. En un proceso de difusión normativa, las comunidades autónomas han incorporado miméticamente, en leyes propias, la finalidad, los principios y las prestaciones de la Ley de Dependencia, mientras ampliaban la oferta de prestaciones basadas en un derecho subjetivo por primera vez reconocido en la legislación.

Ahora bien, el reconocimiento de este derecho subjetivo no lleva consigo la igualdad de prestaciones para todos los beneficiarios que presenten las mismas limitaciones; antes bien, la Ley contempla el copago en función de los recursos de los beneficiarios, sin duda uno de los aspectos más discutidos en la financiación de la atención a la dependencia. El artículo de **Julia Montserrat** (Universidad de Girona) aporta información detallada y resultados claves para esta discusión. Tras ahondar en las razones económicas que justifican el copago, la autora estudia los criterios básicos que establecen esta medida, según la Ley de Dependencia, y presenta estimaciones de los efectos del copago sobre las rentas de los usuarios, sobre las prestaciones económicas y sobre el coste de las prestaciones. Todo ello la lleva a afirmar que el copago puede generar problemas de equidad porque existen topes en las cuotas de los servicios, ya que son las personas con rentas medias quienes mayor esfuerzo económico realizan.

El artículo de **Javier Romañach**, fundador y activista del Foro de Vida Independiente, analiza con detalle una prestación económica incluida en la Ley de Dependencia, que, sin embargo, apenas se ha materializado. Se trata de la prestación de asistencia personal, la única que se incorporó al articulado a partir de una demanda específica de personas en situación de dependencia, concretamente de quienes aportaron en el proceso de negociación de la norma la visión de la contingencia de la dependencia como diversidad funcional desde la perspectiva del respeto a los derechos humanos. Romañach defiende la idoneidad de la prestación de asistencia personal no sólo por su eficacia contra la discriminación que sufren muchas personas a las que la Ley define como «dependientes», sino también por su eficiencia económica.

La cuestión de la eficiencia es también objeto del artículo de **Simón Sosvilla** (Universidad Complutense de Madrid). El autor recopila en él y expone críticamente las reflexiones realizadas por expertos sobre las consideraciones estratégicas que permitirían la mejor gestión de las presta-

ciones y la obtención así de mejores resultados. En esta línea, y partiendo de un reconocimiento explícito al esfuerzo de todas las administraciones involucradas en el diseño y desarrollo del SAAD, clasifica las actuaciones en relación con la gestión de la demanda, la gestión de la oferta y la coordinación socio-sanitaria.

LOS RESPONSABLES OPINAN

El último grupo de colaboraciones aporta información, datos estadísticos y valoraciones sobre la creación y gestión autonómica del SAAD, sus objetivos y su evolución. La colaboración de **Isabel María Martínez Lozano**, secretaria general de Política Social y Consumo, ofrece la visión del Gobierno sobre los cuatro primeros años de aplicación de la Ley de Dependencia. A esta colaboración le sigue la de **Juan Sitges**, director del Observatorio para la Dependencia de la Fundación Caser. Cierra este apartado una encuesta, elaborada por FUNCAS, sobre el desarrollo del SAAD. Las respuestas de los responsables de las instituciones autonómicas a cargo de la atención a la dependencia de siete comunidades autónomas (Andalucía, Castilla y León, Valencia, Extremadura, Madrid, Murcia y Navarra) se reproducen a continuación.

Con este nuevo número de PAPELES DE ECONOMÍA ESPAÑOLA, que, como se desprende de esta introducción, reúne las contribuciones de más de una treintena de analistas de políticas sociales y especialistas en las diversas dimensiones de los sistemas de protección a la dependencia en España y el extranjero, FUNCAS pretende realizar una aportación al mejor conocimiento de una cuestión tan relevante social y económicamente como compleja y difícil de organizar y gestionar, especialmente en circunstancias como las actuales de contención y estricto control del gasto público.

COLABORACIONES

I.
DIMENSIONES BÁSICAS

DEPENDENCIA Y ENVEJECIMIENTO. UN ENSAYO DE TIPOLOGÍA

Julio PÉREZ DÍAZ
Cecilia ESPARZA CATALÁN
Antonio ABELLÁN GARCÍA
Centro de Ciencias Humanas y Sociales, CSIC

Resumen

Este artículo propone una panorámica amplia de la dependencia desde un enfoque social y poblacional. Tras un repaso histórico del surgimiento de la dependencia como tema de política social, se dibuja su relevancia en el conjunto de la población española mediante la explotación de la *Encuesta sobre discapacidad, autonomía personal y situaciones de dependencia* (EDAD). Finalmente, se realiza un ensayo de síntesis de dicha información, con aplicación de métodos estadísticos de escalamiento, en el que, por una parte, planteamos la existencia de una estructura jerárquica de la discapacidad y, por otra, proponemos una tipología sencilla de dependencia a la que se adapta la mayoría de la población estudiada.

Palabras clave: discapacidad, dependencia, envejecimiento, tipología de dependencia, escala Guttman.

Abstract

Taking a social and demographic approach, this article presents a panoramic view of dependency in Spain. After examining the emergence of dependency as a topic of social policy, the article sketches its relevance among the Spanish population using the data provided by the poll administered by the National Statistic Institute called *Disability, Personal Autonomy and Dependency Situations*. The information is finally summed up applying scaling statistical methods. We posit, on the one hand, the existence of a hierarchical structure of disability and, on the other hand, we propose a simple dependence typology which we consider helpful to classify the majority of the researched population.

Key words: disability, dependency, ageing, dependency typology, Guttman scale.

JEL classification: I10, J14.

I. INTRODUCCIÓN

ESTE trabajo se ubica en el gran marco temático de la relación entre demografía y dependencia. Nuestro objetivo es operativizar la información disponible en las encuestas nacionales para mejorar el conocimiento de la dependencia en España y hacerlo más útil para los actores políticos y sociales que trabajan en este tema.

Para ello, hemos hecho un repaso al proceso histórico de conceptualización y clasificación de la discapacidad y la dependencia, y al modo en que se ha operativizado para conocer la situación de la dependencia en España. La situación está lejos de la necesaria consolidación metodológica y conceptual, y los propios datos estadísticos obtenidos en el proceso resultan generalmente demasiado precarios. Una explotación convencional de la EDAD evidencia la gran complejidad y la escasa operatividad de los resultados habituales.

En vista de tal situación, hemos pretendido averiguar si, entre la muy diversa casuística que deriva en situaciones de dependencia, subyace una vía «estándar» asociada al propio proceso de envejecimiento y, en ese caso, qué estadios y perfiles pueden distinguirse en la necesidad de cuidados. Nos hemos concentrado en las mayores dependencias, aquellas que cabe esperar requieran la actuación protectora. Buscamos saber si existe una tipología, a la vez jerárquica y temporal, que permita poner orden a la complejísima casuística de la dependencia y, por tanto, proporcionar una clave fundamental para la planificación de ayudas y servicios a la dependencia.

II. CONCEPTUALIZANDO LA DISCAPACIDAD Y LA DEPENDENCIA

Existe hoy un cierto consenso en definir la dependencia como la situación de una persona con discapacidad que requiere ayuda de otra para realizar actividades de la vida diaria porque no puede valerse por sí misma —Ley de Dependencia, 2006 (1). Pero el proceso hasta ahí no ha sido sencillo.

El propio concepto de discapacidad estuvo definido originalmente desde un modelo básicamente médico. La medicina tiene una larga tradición en construir definiciones y clasificaciones internacionales que operativicen su práctica profesional. Por tanto, el foco se encontró originalmente en las patologías del individuo, especialmente las anatómicas, en busca de «remedios» para revertir las dificultades o de métodos para paliar sus consecuencias. Lógicamente, cuando las exigencias sociales y políticas requirieron un marco conceptual para intervenir en este tema, el primero de los intentos se movía en esas coordenadas.

En 1980, la Organización Mundial de la Salud (OMS) publicó la

primera Clasificación Internacional de las Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDDM), que aparecía como un complemento de las clasificaciones médicas internacionales (como las de enfermedades o las de causas de muerte). Seguía un esquema «causal», partiendo de las patologías causantes de deficiencias, pasando por sus impactos en las capacidades y llegando a las minusvalías resultantes. Una de las principales aplicaciones sociales de este esquema en España fue la concesión de «certificaciones» de minusvalía, aplicadas a la protección social (2).

Sin embargo, el interés social y político por la dependencia sigue acentuándose, haciendo insuficiente este enfoque. ¿Por qué?

1. ¿Qué ha cambiado en el mundo para que la dependencia adquiera este protagonismo?

La dependencia se ha vuelto central en las ciencias sociales y las políticas públicas, e incluso en amplios sectores de la actividad privada relacionados con los servicios y cuidados. En apenas treinta años, ha pasado de la práctica marginalidad, relegada al anonimato de lo privado y doméstico, a ocupar un lugar central en las políticas públicas. Para ello ha sido necesario un cambio de gran calado en su propia conceptualización (cómo se la entiende, se clasifica, se explica en su relación con las discapacidades, se interpretan sus consecuencias) y en su relación con el resto de la sociedad (consecuencias en las relaciones familiares, intergeneracionales, requerimientos de bienes y servicios específicos, carga de cuidados e implicaciones para el cuidador). Dicho cambio es el resultado de transformaciones que abarcan prácticamente todas las dimensiones del proceso de modernización social.

— Modernización demográfica. Con la extensión de la supervivencia hasta una más avanzada vejez, deja de ser necesaria la elevada fecundidad tradicional, y las pirámides de población experimentan un proceso de cambio sin precedentes históricos. El llamado envejecimiento demográfico multiplica el peso de las personas en las etapas avanzadas de su ciclo vital y, por tanto, en mayor riesgo de dependencia.

— La última fase de dicho proceso demográfico, además, empieza a prolongar también la propia vejez. Los años ganados a la muerte, ahora en edades muy avanzadas, se viven con un mayor riesgo de mala salud y dependencia «de ciclo de vida» (Wilkin, 1987); aumenta igualmente la probabilidad de supervivencia de las propias personas con discapacidades sobrevenidas de forma temprana, ya sean congénitas, de desarrollo o accidentales.

— Cambio familiar y convivencial. El cambio demográfico, junto a otros de índole socioeconómica e incluso ideológica, modifica la estructura y las pautas de relación en los hogares y las familias. Los hogares son de menor tamaño y las familias se han verticalizado, aumentando el número de generaciones presentes, lo que remodela sus tradicionales potencialidades en el cuidado a los dependientes.

— Roles de género. La liberación consecuente de las ancestrales cargas reproductivas y familiares femeninas, y la creciente igualdad social, legal y laboral, están modificando el anterior papel cuidador de la mujer. Las crecientes formación académica y ocupación laboral femeninas aumentan los costes de oportunidad derivados de la función cuidadora.

— Creciente externalización y profesionalización de servicios que hasta ahora se prestaban en el ámbito familiar y a través de relaciones informales.

— Creciente poder del común de la ciudadanía para exigir mayor atención a sus necesidades y demandas (de salud, de seguridad, de calidad, etc.). La política social ya no responde sólo a la acción de las clases altas y los filántropos o reformadores sociales.

— Revisión de la función respectiva de Estado, mercado y familia ante la necesidad de cuidados, especialmente a partir de los años ochenta.

— Creciente multidimensionalidad para abordar la dependencia, más allá de su mera vinculación a la discapacidad. Mayor implicación de los científicos sociales en el tema, y creciente rechazo al modelo estrictamente biomédico dominante.

2. ¿Qué ha pasado en los conceptos y las fuentes?

Todos los factores anteriores hacen insuficiente el esquema médico de la CIDDM antes comentado. Empieza a notarse que, en realidad, la demanda de estadísticas se está haciendo desde instituciones gestoras de políticas sociales, para las cuales el marco eminentemente médico de la CIDDM resulta insuficiente. Por eso, el proceso de definición continúa hasta una nueva clasificación oficial de la OMS, la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF), publicada en 2001. Persigue un esquema más holista, menos médico y más social (Marks, 1997; Fujiura y Rutkowski-Kmitta, 2001). Abandona el modelo lineal-causal para basarse en un modelo

bio-psico-social que integre la complejidad y la multiplicidad de relaciones entre los distintos factores que intervienen. Es una clasificación de los «componentes de la salud» (término utilizado en el enunciado oficial de la clasificación), complementaria de las clasificaciones de la enfermedad, y deja de tener el enfoque de «consecuencias» de la enfermedad, que era el que tenía la clasificación de 1980, otorgando también relevancia a otros componentes.

En consecuencia, la CIF define la discapacidad como resultado de la interacción entre las condiciones de salud de la persona y su contexto. Discapacidad es ahora un paraguas que abarca, por separado o conjuntamente, los problemas en tres dimensiones de dicha interacción:

— la del cuerpo (funciones y estructuras corporales); los problemas o dificultades se llaman aquí «deficiencias»;

— la de la persona (ejecución de tareas, acciones y actividades de la persona, que la propia CIF define y clasifica); los problemas aquí se llaman «limitaciones en la actividad»;

— la societal (la persona en la sociedad); los problemas en este ámbito son considerados «restricciones en la participación».

La propia discapacidad interesa ahora por la pretensión de integrar a las personas en la sociedad. Ya no es un atributo individual como en el modelo anterior, sino un conjunto de condiciones que incluyen, en gran medida, el entorno físico y social. De hecho, la dependencia implica en sí misma una relación social, la que se establece entre el demandante de ayuda y quienes se la prestan. Discapacidad y dependencia afectan a los derechos y a las políticas sociales.

3. ¿Qué se hace en España, por parte del productor estadístico, para operativizar estos marcos conceptuales?

Por una vez, España no va con retraso. Los *tempos* del desarrollo estadístico y político son bastante similares a los de estos cambios internacionales, iniciados básicamente en los años ochenta. En 1986, el INE hizo una primera encuesta de ámbito nacional, la *Encuesta sobre discapacidades, deficiencias y minusvalías.* Se siguió en ella el primer modelo conceptual de la OMS de 1980, básicamente médico. Su esquema causal condiciona aquí el estudio de los fenómenos implicados, y determina la estructura de la encuesta y sus preguntas concretas sobre deficiencias, discapacidades y minusvalías. El centro de atención recae en la deficiencia, sobre cuyos tipos, naturaleza y orígenes la encuesta se explaya ampliamente.

En los años noventa el debate político y social sobre la discapacidad y la dependencia se intensifica en España (3), y con él la demanda de datos en que basar las actuaciones. En 1999, el INE realizó la segunda macroencuesta de estas características, la *Encuesta sobre discapacidades, deficiencias y estado de salud* (EDDES), que tuvo, además, la funcionalidad de servir de referencia para los textos oficiales sobre el tema (como el *Libro blanco* de atención a las personas con dependencia, de 2005) y, finalmente, para el diseño de la Ley de Dependencia de 2006. Esta nueva encuesta debía recoger el cambio de intereses y conceptos, de modo que introdujo modificaciones sustanciales como el abandono del concepto de minusvalía, un mayor énfasis en los grados de severidad y mucha mayor atención al entorno físico, social y familiar. En ello influyó la inminente aprobación de la nueva CIF por la OMS, y todos los debates y borradores previos (4).

Por último, en 2008, el INE realiza la tercera gran operación estadística en este ámbito, la *Encuesta sobre discapacidad, autonomía personal y situaciones de dependencia* (EDAD). Esta vez ya era plenamente operativa la CIF y, sobre todo, la fuente respondía directamente a los requerimientos de información de la Ley de Dependencia, por lo que entre sus objetivos se plantea «conocer las características de las personas con discapacidad y en situación de dependencia». Persigue también conocer la influencia de las ayudas externas sobre la actividad de las personas, un paso claro en la operativización de la fuente para el diseño de políticas sociales.

En definitiva, el esfuerzo conceptual, clasificatorio y estadístico realizado en las últimas tres décadas persigue la operatividad para las políticas sociales más allá del ámbito médico individual. No es que ahora sea una cuestión política y antes fuese sólo médica. Siempre fue política. Pero antes de los años setenta la política trataba a las poblaciones desde otros planteamientos y saberes, y el cuerpo era un punto de anclaje fundamental (Foucault, 1989; Williams, 2001). Ahora el foco de atención es el conjunto de relaciones y contextos implicados en la dependencia.

Aquí vamos a aprovechar las virtualidades estadísticas de la EDAD, también persiguiendo ese objetivo de mayor operatividad. A una descripción básica de sus principales resultados añadiremos la propuesta de un modelo clasificatorio

sintético y explicativo de la propia dependencia.

III. DISCAPACIDAD Y DEPENDENCIA EN LA ENCUESTA EDAD

Aunque esta operación estadística se desarrolla después de la aparición de la nueva clasificación de discapacidades, la EDAD trata de mantener similitudes con la encuesta anterior (EDDES, de 1999). Lo pretende en cuanto a preguntas y esquema conceptual causal, por lo que puede considerarse híbrida, a caballo entre los dos marcos conceptuales. Se adhiere formalmente a la nueva CIF, pero busca llegar a un compromiso entre su aplicación, las necesidades de información de la nueva Ley de Dependencia, y el mantenimiento de la serie de datos (5).

1. Características de la fuente (6)

El trabajo de campo se desarrolló entre noviembre de 2007 y febrero de 2008. Se recogió primeramente información de todas las personas de los hogares seleccionados (primera fase) y, en caso de existir alguna con discapacidad (en personas de 6 y más años) o limitación (niños de 0 a 5 años), se pasó un cuestionario específico de discapacidad (segunda fase); si la persona en cuestión recibía cuidados, se complementaba la entrevista con un pequeño módulo de cuidadores principales. La muestra fue de 96.075 viviendas familiares, en las que se tomó información de 258.187 personas (registros totales), de los que 22.795 correspondían a personas con discapacidad, y 381 a niños con limitaciones; en la segunda fase, 1.212 casos de personas con discapacidad no completaron el módulo correspondiente. Además, el 32 por 100 de los que respondieron a este módulo eran informantes y no la propia persona con discapacidad. También se realizó la encuesta a 10.567 personas en alojamientos colectivos, una novedad respecto de las dos encuestas anteriores (7).

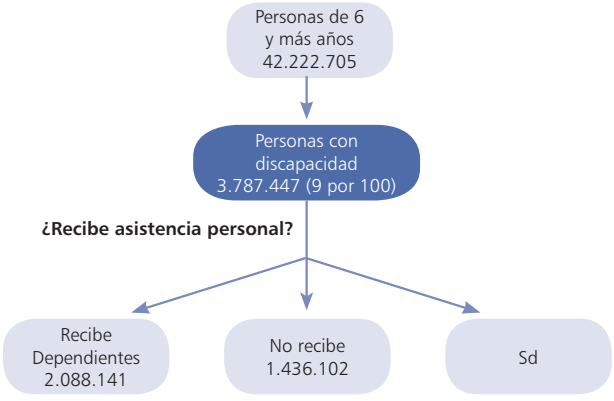
2. Las grandes cifras de la discapacidad y la dependencia

En España hay 3.787.447 personas de 6 y más años con discapacidad residiendo en viviendas familiares; de un conjunto de 42,2 millones, un 9,0 por 100. Son personas que han manifestado dificultad para realizar algunas de las 44 actividades por las que se pregunta en la EDAD. Otras 269.139 personas adicionales con discapacidad residen en alojamientos colectivos. También hay 60.400 niños entre 0 y 5 años con limitaciones, de un total de 2.809.037 niños (gráfico 1).

Las discapacidades más frecuentes son las relacionadas con la movilidad; 2,5 millones de personas declararon problemas de este tipo como levantarse, permanecer de pie, andar dentro o fuera de la casa, tomar medios de transporte, mover brazos y manos, etc. Les siguen en importancia los problemas en las actividades necesarias para el mantenimiento del hogar (vida doméstica) y las de autocuidado. A continuación, y a bastante distancia, vienen las dificultades sensoriales, cognitivas y de relaciones personales.

Las personas dependientes, aquellas que reciben asistencia personal para sus discapacidades, son 2.088.141; suponen un 55,1 por 100 de las personas con discapacidad y un 5 por 100 de toda la población de 6 y más años (8). En una rápida comparación con la EDDES de 1999, se observa un aumento de la cifra absoluta y relativa de personas dependientes. Este incre-

GRÁFICO 1
PERSONAS DE 6 Y MÁS AÑOS CON DISCAPACIDAD Y DEPENDENCIA. ESPAÑA, 2008



Nota: Personas en viviendas familiares. SD: sin datos (263.204).
Adicionalmente, los dependientes que residen en centros (residencias, hospitales, psiquiátricos, etc.) ascienden a 269.139 personas. Existen 60.400 niños entre 0 y 5 años con limitaciones.
Fuente: INE: EDAD 2008, microdatos.

mento puede explicarse, a falta de estudios de detalle, por cambios en la estructura por edad (proceso de envejecimiento, y un envejecimiento de los ya mayores), pues se continúa ganando esperanza de vida a edades elevadas y la edad es un factor primordial en la dependencia. También puede explicarse por cambios metodológicos entre una y otra encuesta, o por otros cambios habidos, como en la disposición de las personas a declarar discapacidad o en relación con las expectativas de ayudas a la dependencia.

Las principales características sociodemográficas de la población dependiente (de 6 y más años) están estrechamente relacionadas con la edad (gráfico 2). La prevalencia se incrementa notablemente a partir de los setenta años, y es aún mayor entre quienes viven en alojamientos colectivos. Entre los jóvenes, predominan los dependientes varones, mientras que entre los adultos existe equilibrio entre sexos, y a partir de los 50 años la prevalencia femenina supera a la masculina. Por ello, la dependencia tiene rasgos femeninos: dos de cada tres dependientes son mujeres. De hecho, entre 1999 y 2008 las mujeres dependientes ganan peso respecto a los varones.

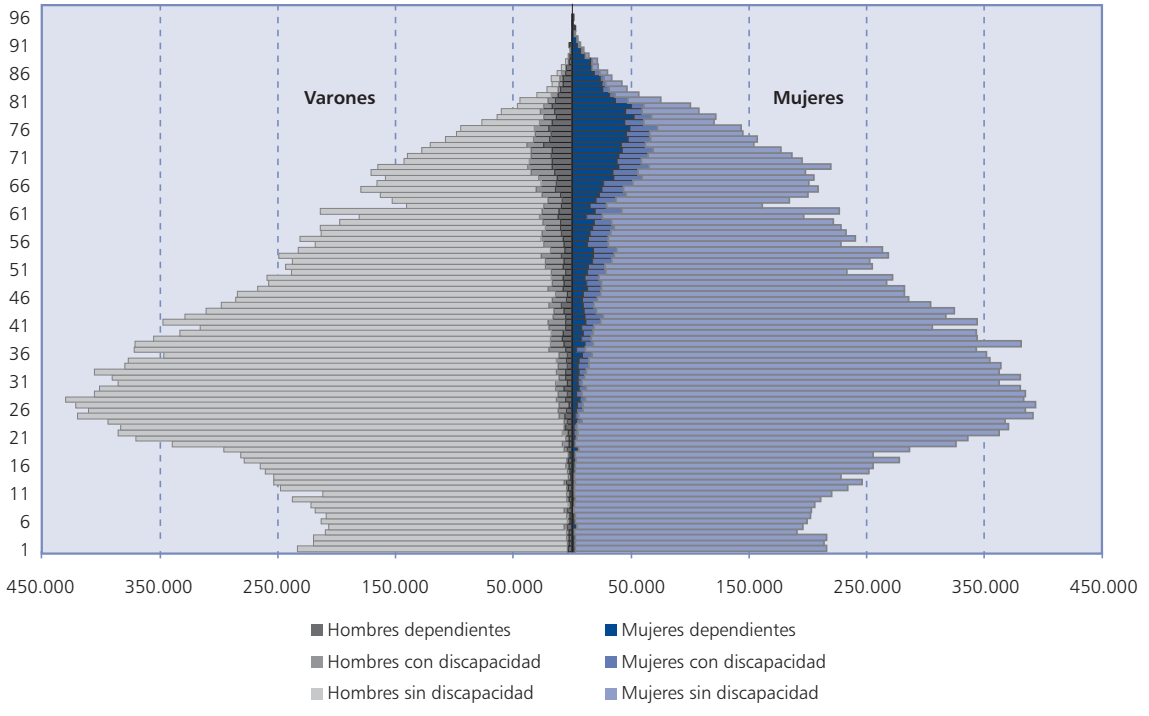
Estas grandes cifras no son demasiado útiles a la hora de planificar. Para que lo fuesen, se deberían discriminar y considerar tipologías y necesidades en función de:

— Las tres dimensiones de la interacción entre la salud y el contexto de la persona (corporal, personal y societal), consolidadas en el marco conceptual de la CIF antes comentado; todas ellas quedan amalgamadas en los datos que acabamos de presentar y, en general, en los que se derivan de las grandes encuestas nacionales como la EDAD.

— Las funciones y estructuras corporales implicadas en las discapacidades; incluyen, separadas o combinadas, las mentales y cognitivas, las sensoriales, las emocionales y las corporales, reflejando la gran complejidad y diversidad de casuísticas involucradas.

— Las actividades y participación implicadas; incluyen comunicación, movilidad, autocuidado, actividades cotidianas o relaciones interpersonales y funcionamiento

GRÁFICO 2
POBLACIÓN ESPAÑOLA DE 6 Y MÁS AÑOS, POR SEXO, EDAD Y SITUACIÓN DE DEPENDENCIA, 2008



Fuente: INE: EDAD 2008. Elaboración propia a partir de los microdatos.

social, de nuevo un abanico enorme y complejo.

— Incluso cuando se concreta una sola de tales casuísticas, encontramos todavía en el mismo saco los diferentes grados de severidad y efectos de la discapacidad en cuestión.

— Por último, en esta infinidad de situaciones posibles no se discierne todavía el orden temporal o estadio del proceso previo conducente a dicha situación, que puede ser muy diverso (desde el accidente hasta el proceso degenerativo prolongado durante décadas). En otras palabras, la fuente es transversal, no longitudinal, y por desgracia el proceso progresivo de conceptualización y clasificación hace que las tres grandes encuestas españolas no sean comparables ni permitan estudiar fácilmente el proceso de cambio.

Profundizar y desagregar la mera descripción de todas las casuísticas y combinaciones anteriores resulta en una multiplicación extraordinaria del detalle y el espacio necesario (9), y todo ello es sólo un paso previo, la descripción de la discapacidad, antes de entrar en la cuestión relevante aquí, la dependencia.

En definitiva, una vez presentados los grandes datos, hay dos maneras de plantearse la operativización de la información:

— La desagregación de la información general hasta donde permita la significación estadística de los datos, y la combinatoria más variada de categorías y características, que lleva a una multiplicación casi ilimitada de tipologías de discapacidad y dependencia (ésta es la vía más habitual al explotar este tipo de fuentes).

— La búsqueda de «inteligibilidad» global de esta información, especialmente teniendo en cuenta que aquí lo que interesa es la dependencia, no la discapacidad, y proporcionar herramientas de actuación, previsión y planificación.

Vamos a ensayar aquí el segundo camino, partiendo de la dependencia y la información que nos proporciona la EDAD sobre las personas en dicha situación, para buscar un modelo que ponga orden en tanta variedad tipológica y casuística, y que permita utilizar la información estadística disponible en un esquema simple, inteligible y útil para la planificación.

IV. UN ENSAYO DE TIPOLOGÍA DE LA DEPENDENCIA

Usaremos una hipótesis de partida: que existe un patrón jerárquico en las muy diversas situaciones de dependencia, tanto si se han generado de forma catastrófica (10) como si son resultado de un proceso acumulativo, proceso que probablemente es ya la vía más frecuente, dado el proceso de cambio social y demográfico descrito más arriba. Ello querría decir que la mayor parte de las situaciones de dependencia pueden ubicarse en una escala progresiva, en la que cada una de tales situaciones conlleva también todas las de rango previo (Katz y Akpom, 1976; Dunlop *et al*., 1997; Ferrucci *et al.*, 1998; Verbrugge, Yang y Juarez, 2004).

Partiendo de esta hipótesis, nos proponemos aquí concentrar el análisis en la población que más puede responder a dicho perfil, los más mayores, para primero, comprobar si se confirma esa preponderancia estadística y, segundo, averiguar también si existe efectivamente un patrón identificable en la gradación temporal y tipológica de su necesidad de ayuda.

La eventual existencia de dicho patrón jerárquico la comprobaremos aplicando una herramienta desarrollada en ámbitos especializados precisamente con dicha finalidad, y que todavía no ha sido ensayada en la gerontología de nuestro país. Se trata de un método de escalamiento, aplicado a las dependencias, que asume la existencia de estadios sucesivos y acumulativos asociados al normal transcurso del tiempo (que también se cumpliría en caso de un accidente, tipo cerebrovascular, que las hiciese aparecer todas a la vez). En este caso, presupone que el proceso de discapacidad y dependencia empieza con la pérdida de autonomía en las actividades más complejas y adquiridas más tarde en la vida, y progresa hasta afectar a las actividades más básicas y más tempranamente adquiridas en el ciclo vital. Ello implicaría la existencia de una relación jerárquica por la cual cierto tipo de discapacidades implica necesariamente la existencia de otras previas en el tiempo, de menor rango jerárquico y de menor impacto respecto a la ayuda requerida. Cuando existen circunstancias catastróficas, los sujetos que tienen problemas en un determinado punto los tienen también en todos los que están por debajo en la escala, aunque adquirieron todas a la vez y no progresivamente.

Si se verificase dicha hipótesis, se podría establecer cuál es esa escalación de actividades y cómo se pueden clasificar las personas según su estadio actual en ese hipotético proceso (calendario), pese a manejar una fuente no longitudinal.

1. La selección previa para aplicar el método de escalamiento

En el ensayo de tipología necesitamos cribar la amplia informa-

ción de la encuesta por diferentes criterios:

— *Por la edad.* Usaremos los mayores. Es donde mejor se estudian los procesos de discapacidad y dependencia (además de ser donde hay más). Estamos suponiendo la existencia de un proceso acumulativo, y se ha observado que la entrada en discapacidad y la acumulación se acelera a partir de los 65 años,

— *Por la dimensión de la discapacidad.* Nos centramos en la dimensión de la actividad afectada. La propia CIF afirma que en encuestas como la EDAD, de las tres dimensiones distinguidas más arriba (cuerpo, actividad de la persona, relación con la sociedad), es en la dimensión de la actividad donde las respuestas son más fiables; reconoce que el nivel 3 es difícilmente objetivable, y que es el nivel 2 el que mejor se puede discernir por los propios entrevistados.

— *Por las actividades afectadas.* Hemos elegido un grupo significativo y reducido entre las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria. Por una parte, es el procedimiento más empleado para evaluar el estatus funcional de las personas, y por otra, el método que emplearemos exige un número reducido de variables y es posible delimitar las más directamente relacionadas con las actividades diarias que permitirían una vida independiente, y que son la siguientes: compras, tareas domésticas, lavarse, vestirse, andar dentro de casa, levantarse/acostarse y comer. Diversos estudios han confirmado que las actividades que tratamos pueden combinarse en una sola escala (Travis y McAuley, 1990; LaPlante, 2010; Spector y Fleishman, 1998; Barberger-Gateau *et al.*, 2000).

— *Por la autovaloración del nivel de dificultad para realizar esas actividades.* Elegimos el nivel máximo, aquel en el que la discapacidad impide realizarlas por completo (11) y, por lo tanto, conlleva dependencia «por definición».

Tras la selección, el número de individuos que cumplen todos estos criterios es de 885.815. Son los que tienen limitaciones importantes al menos en una de las siete discapacidades seleccionadas. Aparecen entre ellos hasta 256 combinaciones de éstas. Es esta subpoblación la que usamos en la aplicación de la metodología elegida.

Método de escalamiento. Una vez hecha la selección, estamos en condiciones de aplicar un método de escalamiento, el método de Guttman. Se trata de un procedimiento ideado para ordenar ítems y sujetos con respecto a una dimensión acumulativa subyacente. En nuestro caso, la existencia de una escala Guttman significaría que los problemas en las distintas actividades de la vida diaria pueden ser ordenados de tal forma que los entrevistados con problemas en una actividad determinada también tienen dificultades para realizar las actividades que han quedado ordenadas por debajo en la escala. De esta manera quedan ordenadas jerárquica a la vez que temporalmente. De igual manera, los individuos quedan clasificados en función del momento y el grado de afección dentro de la escala (McIver y Carmines, 1981) (12).

La existencia de una escala introduciría orden y claridad en la infinitud de casuísticas, tipologías y combinatorias antes comentadas. Adicionalmente, permitiría la previsión de etapas de dependencia para un caso dado.

Ello significa, en nuestro caso, comprobar si es posible establecer una gradación jerárquica y temporal en las discapacidades que afectan a la actividad en la vida diaria y, en ese caso, si es posible construir un modelo que ordene a los sujetos en función del momento y grado de afección dentro de dicha escala; buscamos medir el grado de dependencia y el estadio de la secuencia de este proceso.

2. Resultados de la aplicación del método

Los tests a los que sometemos la adecuación de nuestros datos a una escala Gutman nos confirman que se cumple el modelo (13). La aplicación del método de escalamiento evidencia un orden «ideal» de las siete discapacidades consideradas, en una escala perfecta, orden que cumple nada menos que el 72,7 por 100 de los casos considerados. El orden es el reflejado en el cuadro n.º 1.

Quiere ello decir que pueden ordenarse las discapacidades en un teórico orden temporal y paralelamente jerárquico en la gravedad de las actividades afectadas. Aunque los datos no sean longitudinales, la escala sirve, por tanto, para anticipar una evolución en el tiempo. Ello no significa que todos los casos la vayan a cumplir hasta desembocar finalmente en la muerte, sino que todo el que ha llegado a un estadio en el que necesita ayuda para, por ejemplo, vestirse, ha debido pasar previamente por los estadios anteriores, dentro de un modelo de degradación progresiva, o incluso en el modelo catastrófico, en caso de episodios críticos o accidentales que perturben el proceso.

Aunque el cuadro refleja el conjunto de casos, existe una interesante diferencia de sexos en el grado de ajuste al modelo. Entre las mujeres es muy superior, y son nada menos que el 75,3 por 100, mientras sólo el 65,7 por 100 de

CUADRO N.º 1

RESULTADOS DE LA APLICACIÓN DE LA ESCALA GUTTMAN

	compra	*tareas casa*	*lavarse*	*vestirse*	*andar dentro*	*levantarse*	*comer*	*Casos*	*Peso (porcentaje)*
Escala perfecta	+	-	-	-	-	-	-	132.669	15,0
	+	+	-	-	-	-	-	219.083	24,7
	+	+	+	-	-	-	-	86.891	9,8
	+	+	+	+	-	-	-	59.648	6,7
	+	+	+	+	+	-	-	20.534	2,3
	+	+	+	+	+	+	-	58.978	6,7
	+	+	+	+	+	+	+	65.984	7,4
							Total escala perfecta	643.786	72,7
Otros patrones	-	+	-	-	-	-	-	57.832	6,5
	-	-	+	-	-	-	-	23.507	2,7
	+	+	+	+	-	+	-	17.534	2,0
	+	-	+	-	-	-	-	14.811	1,7
	+	+	-	+	-	-	-	13.158	1,5
	+	+	+	-	+	-	-	9.475	1,1
	+	+	+	+	-	-	+	8.998	1,0
	Etcétera							-	-
							Total otros patrones	242.029	27,3
	TOTAL							885.815	100

Fuente: INE: INEBASE: EDAD 2008. Elaboración propia a partir de los microdatos.

los hombres se ajusta al modelo ideal.

¿Qué puede explicar este mayor ajuste femenino al modelo de dependencia gradual y escalada? Probablemente existen diferencias conceptuales en la manera de entender las actividades impedidas o la ayuda necesitada, especialmente cuando se trata de las actividades más diferenciadas en función de los roles de género. Es posible que muchos hombres no hayan señalado tener dependencia en las dos primeras actividades precisamente porque se trata de tareas «domésticas» generalmente entendidas como «femeninas» que nunca asumieron como propias. Existen entonces al menos dos situaciones que llevan a una respuesta incoherente en la encuesta: hombres que creen poder realizar esas tareas (como las tareas del hogar) y hombres que consideran que su dependencia actual no cambia la situación anterior, cuando también eran otras personas las que se encargaban de tales tareas (y por lo tanto ahora no consideran estar recibiendo ayuda para hacer cosas en las que están impedidos). En uno u otro caso, tendríamos personas que no responden a la escala perfecta, pues señalan problemas en la posición tercera o cuarta, por ejemplo, y no en las dos primeras (véanse las posiciones que ocupan en el cuadro número 1). Son respuestas poco creíbles y que no confirman, lógicamente, nuestro modelo de escalación.

3. Los perfiles

La aplicación del modelo arroja, por tanto, siete estadios escalados de la discapacidad, cumpliendo así nuestro propósito inicial de «modelización» para una parte muy considerable de la población dependiente. Pero, incluso con el importante grado de síntesis que ello supone, se dibuja además en tal gradación, de forma natural, una agrupación todavía mayor por la naturaleza e idiosincrasia de las actividades afectadas, en sólo tres grandes perfiles (cuadro n.º 2).

En efecto, de las siete actividades progresivamente imposibilitadas del modelo, las imposibilidades de realizar compras y hacer las tareas de la casa (actividades instrumentales) se sitúan como las primeras en aparecer, y se distinguen claramente de los demás por impedir a las personas la independencia en el hogar. Las hemos englobado, por ello, en un primer perfil que llamaremos «doméstico».

Por otra parte, la imposibilidad absoluta de realizar dos de las siete actividades, comer y poder levantarse de la cama, supone un grado extremo de necesidad de ayuda, pues sin ellas es la propia supervivencia la que resulta imposible. De forma coherente con esto, el modelo sitúa ambas en el grado jerárquico máximo, y nos dice que su existencia implica también dificultades en todas las demás. Las hemos unido por tanto en otro único perfil que denominamos «supervivencia».

Las tres restantes (lavarse, vestirse y andar por la casa) resultan ser claramente un estadio intermedio entre los dos perfiles anteriores,

CUADRO N.º 2

LOS PERFILES DE LA DEPENDENCIA

	Perfil 1 Doméstico	*Perfil 2 Autonomía*	*Perfil 3 Supervivencia*
Edad media (años)	80	83	84
Frecuencia (*)	351.751	167.073	124.962
Distribución (porcentaje)	54,6	26	19,4
Sexo (porcentaje horizontal)			
Varones	53,3	26,4	20,3
Mujeres	55,1	25,8	19,1
Encamados (porcentaje vertical)	1,2	6,7	49
Principales deficiencias de origen (porcentaje vertical)			
Osteomusculares	44,1	38,6	24,1
Mentales	14,2	28,8	40
Nerviosas	10,3	16,9	36,6
Tipo de hogar (porcentaje vertical)			
Unipersonal	19,0	13,9	8,0
Pareja	24,3	18,8	15,6
Multigeneracional	43,7	50,5	51,3
Otro tipo	13,1	16,9	25,1
Quién cuida (ayuda formal) (porcentaje vertical)			
Empleados	7	10,5	13,7
Servicios sociales	3	1,2	1
Satisfacción insuficiente (porcentaje vertical)	25,8	32,5	41,2
Edad (porcentaje vertical)			
65 - 74 años	23,9	14,6	13,3
75 - 84 años	45,5	41,2	33,9
85 y más años	30,6	44,2	52,8

Nota: El total de los tres perfiles es de 643.786 personas que casan la escala perfecta, de un total de 885.815 dependientes seleccionados.
Fuente: INE: INEBASE: EDAD 2008. Elaboración propia a partir de los microdatos.

puesto que afectan a actividades básicas para el mantenimiento de la autonomía personal, y no sólo implican el perfil anterior (no poder mantener un hogar), sino que añaden la imposibilidad de realizar de forma autónoma tareas básicas de autocuidado. Las hemos etiquetado en el perfil «autonomía».

Estos resultados concuerdan con una de las principales bases teóricas de la jerarquización de las discapacidades: en un proceso temporal y acumulativo como el que aquí fundamentalmente se supone, se pierden habilidades en un orden muy similar, e inverso, al orden en que se adquirieron. Las más complejas, exigentes o «duras» (y, por lo tanto, con mayores requerimientos en habilidades, conocimientos y funcionalidades) se ven impedidas de forma más temprana. Las más básicas, elementales o «primarias» (como comer) se pierden de forma más tardía. La pérdida de las primeras tiene implicaciones más llevaderas, mientras que las últimas tienen efectos más graves para la propia persona y para quienes le prestan su ayuda.

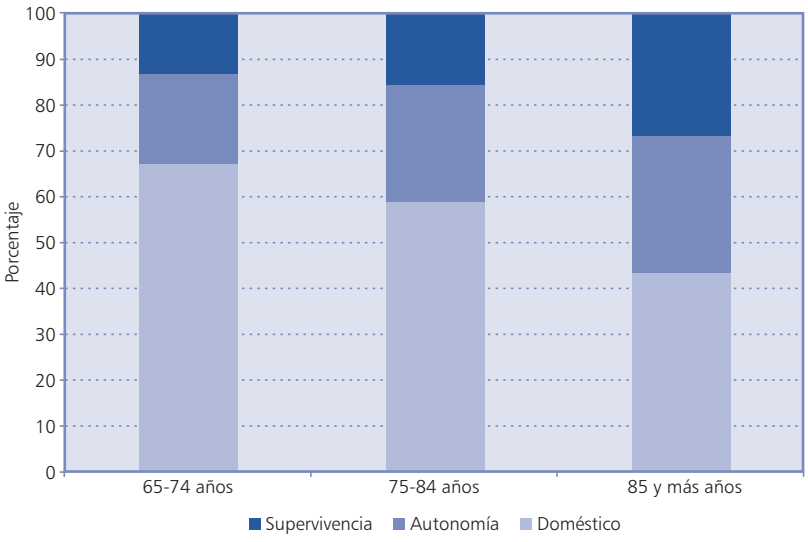
En general, hablamos de gente muy mayor. Es coherente la relación positiva con la edad (gráfico 3). Como el perfil 3 es el de mayor edad, pensábamos que podría estar subestimado por la salida selectiva de observación por su ingreso en residencias colectivas. Pero hemos encontrado que en tales residencias, aunque es cierto que los dependientes tienen más peso que en el resto de la población, no se cumple que entre ellos haya una mayor representación del perfil 3.

Las propias edades son ya una confirmación de la escala. Tenemos otra, estrechamente ligada: la proporción de cada perfil en el que el informante no es el sujeto sino un allegado *(proxy)*. La idea es que, si la escala funciona, debe crecer el número de *proxys*. Y en efecto ocurre así: en el perfil 1 son el 37 por 100, en el 2 el 63 por 100 y en el tres nada menos que el 84 por 100.

Uno de los resultados más interesantes de la aplicación del modelo de escalamiento, al analizar las características de las personas que lo cumplen, es que no existen diferencias significativas entre sexos. Como se vio más arriba, donde el sexo supone diferencias notables es en los perfiles que no se ajustan al modelo; los hombres son ahí más abundantes, y ya hemos comentado que probablemente existan diferencias conceptuales a la hora de responder sobre las actividades para las que necesitan ayudas. Es especialmente probable que muchos no declaren dependencia para las actividades instrumentales del hogar no porque puedan realizarlas, sino porque nunca las hicieron.

Sin embargo, una vez cribadas estas incoherencias (el 27,3 por 100 de los casos) respecto al modelo ideal, la distribución relativa de ambos sexos según el orden jerárquico arrojado por el modelo se muestra coincidente, es decir, no se ve afectado por el sexo. Lo que queda tras la criba (y es una amplia mayoría de los casos) son dependencias que siguen la lógica de la progresiva gravedad. Ahí hombres y mujeres se distribuyen de forma prácticamente idéntica. El sexo, una

GRÁFICO 3
PERFILES DE DEPENDENCIA POR EDAD



Fuente: INE: EDAD 2008. Elaboración propia a partir de los microdatos.

variable fundamental y discriminatoria en cualquier análisis de la salud (percibida o diagnosticada) o la discapacidad, parece tener escasa trascendencia cuando el análisis se focaliza en las personas más dependientes, afectadas en las tareas más básicas de la vida cotidiana y que encajan con un modelo perfecto de dependencia progresiva y jerarquizada.

Presentamos a continuación los rasgos principales de los tres perfiles de dependencia obtenidos (ver cuadro n.º 2).

— El perfil «doméstico». En consonancia con esta gradación, el primer perfil reúne al mayor número de dependientes de la escala perfecta (54,6 por 100). Por una parte, su dependencia tiene efectos más leves, y por otra, su edad media se encuentra en torno a los 80 años, inferior a la de los dos perfiles siguientes. El principal origen de las dificultades funcionales asociadas a este perfil de dependencia (44,1 por 100) son las deficiencias osteomusculares (14), problema señalado como habitual por su poder discapacitante, aunque no letal.

— El perfil «autonomía» (26,0 por 100), de nuevo cumpliendo las expectativas, es el siguiente estadio en severidad y calendario. La edad media es ya de 83 años. Siguen teniendo a las deficiencias osteomusculares (38,6 por 100) como principal factor asociado a la dependencia, pero ahora aparece ya una proporción sensible de deficiencias en funciones mentales, lo que parece apuntar la importancia de los procesos evolutivos y de deterioro cognitivo.

— El perfil «supervivencia» (19,4 por 100) es el menos abundante, y el que afecta actividades más básicas e imprescindibles. La edad media es de 84 años y conlleva el mayor grado de pérdida física y mental de los tres perfiles. A todas las dependencias de los perfiles anteriores acumulan la imposibilidad de levantarse y de comer de forma autónoma. En consecuencia, la mitad de ellos están encamados (sólo el 1 por 100 lo está en el perfil 1), de modo que alcanzan un nivel extremo de dependencia y precisan ayuda permanente. En este perfil, ya las deficiencias asociadas más frecuentes son las mentales (40,0 por 100) y nerviosas (36,3 por 100), relegando ahora a un tercer lugar los problemas osteoarticulares (24,1 por 100), los más frecuentes en los dos perfiles anteriores.

Este proceso, que se confirma «evolutivo» finalmente, afecta lógicamente a la forma de convivencia, a la necesidad de cuidados y también al grado de satisfacción con éstos.

En general, la dependencia suele ir asociada a formas de hogar multigeneracional, en consonancia con el patrón común de cuidados, en el que las hijas cuidadoras son predominantes. Cuanto mayor es la edad, más se inclina la forma de convivencia primero hacia hogares multigeneracionales, y finalmente, hacia «otros tipos», en los que no existe relación conyugal ni filial (en buena medida, se convive con «otros familiares» o empleados domésticos). Este último tipo de hogares supone un 13,1 por 100 en el perfil 1 y llega al 25,1 por 100 en el perfil 3. Lógicamente, la relación es inversa respecto a la proporción de los que viven solos, que es descendente y pasa del 19,1 por 100 en el perfil doméstico al 8 por 100 en el perfil 3.

El patrón de cuidados no cambia mucho en los tres perfiles, pero en el 3 hay mayor presencia de empleados de hogar o formas similares de atención formal (hasta un 13,7 por 100 de los cuidadores principales, frente al 7,0 en el perfil 1), y se ob-

serva una menor presencia de los servicios sociales como cuidadores principales (sólo el 1 por 100 en el perfil 3, cuando es el 3 por 100 en el perfil 1). Eso concuerda con la modalidad principal de servicios: la ayuda a domicilio (15).

El grado de satisfacción con la ayuda recibida va disminuyendo en nuestra escalación, quizá por los cambios convivenciales asociados (menor convivencia con familia directa, más intervención formal, más afección de la viudedad y el fallecimiento de otros familiares) tanto como por la mayor dependencia. Del 25,8 por 100 «no satisfechos» con la ayuda recibida en nuestro perfil 1, se pasa al 41,2 por 100 en el perfil 3.

V. CONCLUSIONES

Aunque hay consenso en definir dependencia como la situación de una persona con discapacidad que necesita ayuda de otra para realizar actividades de la vida diaria, los actuales conocimiento y atención a la dependencia en España distan mucho de estar consolidados. Se han realizado importantes avances, cuyas expresiones más recientes son la aplicación de la CIF, la EDAD y la Ley de Dependencia.

La discapacidad es un tema arrancado al campo médico hace escasas décadas para abrirlo, en sus múltiples dimensiones, a la posibilidad del análisis social. Sigue siendo el punto de partida en la operativización de los conceptos y dimensiones implicados en la dependencia, como en la encuesta EDAD. Pero el proceso de modernización demográfica y social, con el consecuente cambio de la pirámide poblacional, traslada el énfasis a las relaciones sociales, y en especial al requerimiento de ayudas, núcleo definitorio de la dependencia.

La información de la encuesta EDAD es abundante y compleja, sin que resulte evidente la manera de conectarla con las políticas de atención a quienes requieren ayudas. Hemos hecho una estimación de las grandes cifras respecto a la población afectada por discapacidad en España. Pero nos interesaba más proponer una manera sencilla de sintetizar en unas pocas categorías la innumerable casuística de las situaciones de dependencia contenidas en la encuesta.

Por ello, proponemos aquí una síntesis estadística que clasifique jerárquicamente los perfiles colectivos de demandas de ayuda. Lo hacemos después de ensayar un método estadístico de escalamiento con el que obtenemos resultados satisfactorios. Hemos encontrado tres perfiles de dependencia que responden a una jerarquía de demandas crecientes: uno *doméstico*, con demandas de ayuda para el mantenimiento del hogar; otro de *autonomía*, que precisa, además, ayudas para cuidados básicos personales, y por último, un perfil de *supervivencia*, donde las personas se encuentran en un estadio avanzado de dependencia y deterioro personal, requiriendo la máxima ayuda. Nuestra propuesta funciona para la dependencia asociada al envejecimiento; existen otras, pero la propia evolución demográfica la ha convertido ya en mayoritaria y no hará más que acentuar su relevancia.

NOTAS

(1) Ley 39/2006, de 14 de diciembre de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia, artículo 2.

(2) Véase el Real Decreto 1971/1999, procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación del grado de minusvalía; modificado por RD 1723/1981.

(3) Un hito en el creciente debate e interés público sobre el tema lo constituye la publicación de *La protección social de la dependencia*, monografía coordinada por G. RODRÍGUEZ CABRERO por encargo del IMSERSO.

(4) En el momento de elaboración de los trabajos de campo, ya circulaba la versión beta de la nueva clasificación de la OMS, llamada CIDDM-2 (ICIDH-2 en sus siglas en inglés, International Classification of Functioning and Disability), que finalmente se denominó CIF (ICF en inglés, International Classification of Functioning, Disability and Health).

(5) Por ejemplo, el Grupo de Trabajo del INE consideró que no debía exigirse a EDAD la aplicación de la CIF en el tema de las deficiencias (pág. 7 de la metodología de la encuesta, en la web del INE: http://www.ine.es/metodologia/t15/t1530418.pdf).

(6) Véase metodología: http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=%2Ft15/p418&file=inebase&L=0.

(7) Incluyen centros de personas mayores, de personas con discapacidad menores de 65 años, hospitales psiquiátricos y hospitales geriátricos.

(8) Sólo se preguntó por asistencia o cuidado personal en 24 de los 44 ítems de la encuesta.

(9) El número de combinaciones de discapacidades en los individuos es inabarcable. De hecho, y gracias al «limitado» número de personas entrevistadas, existen más de 2.400 tipos diferentes de combinaciones de personas con problemas para las actividades de la vida diaria (si consideramos sólo las 18 señaladas por el INE).

(10) Implica que varias incapacidades han sido adquiridas de golpe por un accidente o enfermedad gravemente discapacitante.

(11) La herramienta exige el uso de una variable dicotómica, y los distintos niveles de dificultad para realizar la actividad impiden su aplicación.

(12) Se siguió el método Guttman-Goodenough de desvío de la perfecta reproductibilidad, y no el de minimización de error.

(13) El coeficiente de reproductibilidad, (0,91), y el coeficiente de escalabilidad (0,65) están por encima de los límites mínimos requeridos, que son 0,90 y 0,60 (MCIVER y CARMINES, 1981:50).

(14) Para cada discapacidad sólo puede haber una deficiencia de origen; una persona puede tener hasta siete deficiencias de origen diferentes para un total de siete discapacidades consideradas.

(15) Éste es un indicio más, entre muchos otros, de que los servicios sociales han tendido a concentrarse en los dependientes que viven solos, más que en los dependientes con una afectación más grave en sus actividades (éstos, por necesidad, deben vivir con otras personas y, en tales casos, la ayuda recae en los convivientes); véase ABELLÁN y ESPARZA (2010).

BIBLIOGRAFÍA

ABELLÁN GARCÍA, A., y ESPARZA CATALÁN, C. (2010), «Envejecimiento y dependencia: la demanda de cuidados», *Panorama Social* (11): 197-212.

ALBRECHT, G. L.; SEELMAN, K. D., y BURY, M. (2001), *Handbook of Disability Studies,* Londres, Sage Publications, Inc.

BARBERGER-GATEAU, P. *et al.* (2000), «A hierarchical model of domains of disablement in the elderly: a longitudinal approach», *Disability & Rehabilitation,* 22(7): 308-317.

CABRERO, G. R. (coord.) (1999), *La protección social de la dependencia,* Madrid, IMSERSO/ Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

DUNLOP, D. D. (1997), *et al.,* "Disability in activities of daily living: Patterns of change and a hierarchy of disability", *Am. J. Public Health,* volumen 87, 3: 378-383.

FERRUCCI, L., *et al.* (1998), «Constant hierarchic patterns of physical functioning across seven populations in five countries», *The Gerontologist,* 38(3): 286.

FOUCAULT, M. (1989) , «Naissance de la biopolitique», en *Résumé des cours,* París, Julliard, 109-119.

FUJIURA, G., y RUTKOWSKI-KMITTA, V. (2001), «Counting disability», en ALBRECHT, G. L., SEELMAN, K.D. y BURY, M., *Handbook of Disability Studies,* Londres, Sage Publications, Inc.

INE (2002), *Encuesta sobre discapacidades, deficiencias y estado de salud* 1999, Madrid (http://www.ine.es/jaxi/menu.do? type=pcaxis &path=/t15/p418&file=inebase&L=0).

— (2008), *Encuesta sobre discapacidad, autonomía personal y situaciones de dependencia* (EDAD) (http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=/t15/p418&file=inebase&L=0).

IMSERSO (2005), *Libro blanco: Atención a las personas en situación de dependencia en España,* Madrid, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

KATZ, S. y AKPOM, C. A. (1976), «A measure of primary sociobiological functions», *International Journal of Health Services: Planning, Administration, Evaluation,* 6(3): 493.

LAPLANTE, M. P. (2010), «The classic measure of disability in activities of daily living is biased by age but an expanded IADL/ADL measure is not», *The Journals of Gerontology: Series B,* 10.1093/Geronb, 1:13.

MARKS, D. (1997), «Models of disability», *Disability & Rehabilitation* 19(3): 85-91.

MCIVER, J. P., y CARMINES, E. G. (1981), *Unidimensional Scaling*, Londres, Sage Publications, Inc.

OMS (1980), *Clasificación internacional de deficiencias, discapacidades y minusvalías,* Madrid, IMSERSO.

— (2001), *Clasificación internacional del funcionamiento, de la discapacidad y de la salud* (CIF), Madrid, IMSERSO.

SPECTOR, W. D., y FLEISHMAN, J. A. (1998), «Combining activities of daily living with instrumental activities of daily living to measure functional disability», *The Journals of Gerontology: Series B* 53(1): S46.

SPIJKER, J., y PÉREZ DÍAZ, J. (2010), «La ocupación laboral de los convivientes con afectados por discapacidades. Un análisis multivariable», *Revista Internacional de Sociología,* 68 (2): 311-332.

TRAVIS, S. S., y MCAULEY, W. J. (1990), «Simple counts of the number of basic ADL dependencies for long-term care research and practice», *Health Services Research,* 25(2): 349.

VERBRUGGE, L. M.; YANG, L., y JUAREZ, L. (2004), «Severity, timing and structure of disability», *Sozial-und Präventivmedizin/Social and Preventive Medicine,* 49(2): 110-121.

WILKIN, D. (1987), «Conceptual problems in dependency research», *Social Science & Medicine* 24(10): 867-873.

WILLIAMS, G. (2001), «Theorizing disability», en ALBRECHT, G. L., SEELMAN K.D. y BURY, M., *Handbook of Disability Studies,* Londres, Sage Publications, Inc.

POBREZA, DISCAPACIDAD Y DEPENDENCIA EN ESPAÑA

Francisco Javier BRAÑA PINO
José Ignacio ANTÓN PÉREZ
Universidad de Salamanca

Resumen

En este trabajo se analiza la relación entre pobreza, discapacidad y dependencia. En particular, se estiman los costes de la discapacidad para los hogares españoles a partir de la explotación de la *Encuesta de condiciones de vida 2007* y de la aplicación del método de los estándares de vida. Se encuentra que los costes de la discapacidad moderada y severa ascienden, respectivamente, a aproximadamente el 40 y el 72 por 100 de la renta de los hogares con personas con estas limitaciones. La consideración de estos costes tiene implicaciones importantes a la hora de llevar a cabo el estudio de la pobreza en nuestro país, elevándose sustantivamente las tasas de pobreza para la población total, para los hogares con personas con discapacidad moderada y, muy especialmente, para los hogares con personas con discapacidad severa. Estos costes se ubican por encima de los costes estimados por otros autores para países como Reino Unido, Irlanda o Australia, aunque por debajo de los existentes para otros como Estados Unidos.

Palabras clave: discapacidad, costes de la discapacidad, método del nivel de vida, pobreza, España.

Abstract

This article analyzes the relationship between poverty, disability and dependence. Using the data obtained through the *Survey of Life Conditions 2007* the authors apply the method of life standards and calculate the costs of disability for the Spanish households. They find out that the costs of moderate and severe disability amount to 40 and 72 percent of the total income of those households including persons with these limitations. The consideration of these costs when researching poverty in Spain has important implications, inasmuch as poverty rates for the whole population and for the households with moderate disability substantially increase, and even more intensely for households with members affected by severe disability. These costs exceed the costs estimated by other authors for countries like the United Kingdom, Ireland and Australia, despite being below the estimated costs for the USA.

Key words: disability, disability costs, life standard method, poverty, Spain.

JEL classification: I10, I32.

I. INTRODUCCIÓN

La atención a la población dependiente y con discapacidades ha formado parte de las prioridades de las políticas públicas durante los últimos tiempos en nuestro país. Buena prueba de ello fue la creación del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia en el año 2006, refrendada por los principales grupos políticos. Esta preocupación, muy posiblemente, no mermará en el futuro por cuanto, de acuerdo con las proyecciones demográficas del Instituto Nacional de Estadística, se prevé que en 2050 la población española contará con una estructura demográfica mucho más envejecida, en la cual la población de 65 y más años representará casi un tercio de la población total. Previsiblemente, y pese a mejoras generales en la calidad de vida, este fenómeno supondrá una mayor incidencia de la discapacidad y la dependencia sobre la población total.

El objetivo de este trabajo es profundizar en las relaciones entre las situaciones de discapacidad, dependencia y pobreza. En particular, se estiman los costes de la discapacidad en términos de renta, usando el llamado método de los estándares de vida, y se estudia cuál es la incidencia, intensidad y severidad de la pobreza entre la población con discapacidades severas y moderadas, antes y después de corregir los ingresos de los hogares considerando estos costes.

Para llevar a cabo esta tarea, conviene abordar con anterioridad la definición de los conceptos de discapacidad, dependencia y pobreza. La *discapacidad* se entiende como una limitación funcional, resultado no sólo de una condición médica, sino también de la relación con el entorno, que supone una pérdida de autonomía, física o psíquica, que impide la realización de alguna de las llamadas actividades de la vida diaria (AVD), aunque no todas las AVD sean iguales, pues las actividades domésticas tienen mayor dificultad y complejidad que las de autocuidados (1). Por *dependencia*, siguiendo la bien conocida definición del Consejo de Europa (1998), se entiende aquella situación que presentan las personas con discapacidades por la que, además, necesitan ayuda de una tercera persona o ayudas técnicas importantes (2). Por último, aunque se entrará en detalles en el tercer apartado del trabajo, el concepto de *pobreza* utilizado en este trabajo se basa en un enfoque relativo que considera únicamente la dimensión monetaria. De esta forma, se estima que una persona forma parte de la población pobre si sus ingresos son inferiores a una línea de pobreza que

depende de los niveles de ingresos de la población de la que forma parte.

El artículo se divide en cinco apartados que siguen a esta introducción. El apartado II presenta una breve revisión de los trabajos que versan acerca de posición socioeconómica y salud en España; en el III, se describe la metodología aplicada para estimar los costes de la discapacidad, mientras que en el IV se presentan las principales características de la base de datos utilizada. Los resultados se presentan en el apartado V, y el VI resume las principales conclusiones del trabajo.

II. LAS RELACIONES ENTRE SALUD Y POSICIÓN ECONÓMICA EN ESPAÑA

En el ámbito de la economía de la salud son numerosos los estudios que han tratado de determinar las relaciones entre la desigualdad, la posición socioeconómica y el estado de salud, en la medida en la que grupos socialmente desaventajados experimentan sistemáticamente mayores riesgos o un peor estado de salud; una diferencia respecto a otros grupos que podría solucionarse con medidas políticas. Las investigaciones disponibles muestran de manera consistente que hay desigualdades en salud entre la población, no sólo entre países, sino también dentro de un mismo país y, en particular, que existe una relación positiva entre el estatus socio-económico y la salud. Sin embargo, lo que no está tan claro es la naturaleza de la conexión, los mecanismos causales que hay detrás de esta asociación, aunque predomine entre los economistas la tesis de que la renta y la salud se determinan de manera simultánea, si bien «los estudios empíricos basados en datos individuales sugieren que la renta está positivamente asociada al estado de salud, con un perfil cóncavo» (García-Gómez *et al*., 2008: 73). Una evidencia que parece consistente con la hipótesis de la renta absoluta, de manera que el nivel medio de salud de una población estaría asociado no sólo con su renta media, sino también con la desigualdad con la que ésta se distribuye.

La revisión de Regidor (2008) apunta que en los países desarrollados de Europa se registran desigualdades socio-económicas, tanto en mortalidad como en morbilidad, así como en la percepción subjetiva de la salud. Si bien los argumentos utilizados (las conductas de riesgo, los factores psicosociales, las circunstancias materiales o la selección social, entre otros) no permiten explicar satisfactoriamente los porqués de esas desigualdades, «una gran cantidad de investigaciones muestran que, conforme aumenta el número de exposiciones socio-económicas adversas a lo largo de la vida, [se] incrementa gradualmente la mortalidad, la percepción subjetiva de mala salud, el riesgo de ocurrencia de enfermedades crónicas y la probabilidad de que aparezca algún tipo de discapacidad» (Regidor, 2008: 20).

Hay, pues, una evidencia creciente sobre el impacto de los factores socio-económicos en las desigualdades en salud, tanto en los adultos en edad de trabajar como en las personas mayores. No sólo la renta, también la vivienda en propiedad, la educación y la clase o posición social están asociados con la morbilidad de las personas mayores, aun cuando, en la mayoría de los casos, se trata de estudios de corte transversal, como ponen de relieve Matthews *et al.* (2005). El trabajo de Dalstra *et al.* (2006), que utiliza las encuestas de salud de diez países, incluyendo datos de España y de Cataluña, confirma la capacidad explicativa de la educación y el nivel de renta, pero no de la propiedad de vivienda, en la predicción del estado de mala salud entre las personas de 60 a 79 años.

Por lo que se refiere a España, las desigualdades en salud se hallan bien documentadas gracias a la información que han venido proporcionando las encuestas nacionales de salud desde 1987. Así, con datos de las encuestas de salud de 1993 a 2003, Rodríguez-Sanz *et al.* (2006) analizan las desigualdades socio-económicas en la salud, utilizando la clase social derivada de la ocupación y el estado de salud percibido, y muestran que las personas de clases menos privilegiadas presentan un peor estado de salud, una mayor limitación en la actividad habitual debido a problemas de salud, y padecen asimismo de trastornos crónicos con mayor frecuencia que las personas de clases más privilegiadas, sobre todo las mujeres (a excepción de la alergia, más prevalente en las personas de clases más privilegiadas), siendo estable a lo largo del tiempo la mayor prevalencia de la mala salud percibida en las personas pertenecientes a las clases manuales. Cantarero y Pascual (2005a) utilizan una fuente diferente, el *Panel de hogares de la Unión Europea* (PHOGUE), que abarca el periodo 1994-2001, llegando a la conclusión de que la renta tiene efectos positivos sobre la salud, lo que les lleva a afirmar que una política de redistribución de la renta hacia los grupos más pobres de la población elevaría el estatus de salud y disminuiría las desigualdades en ésta, si bien otras variables como el sexo, el nivel educativo y las relaciones sociales también tienen un impacto positivo sobre el estado subjetivo de salud.

Como parte del análisis del estado de salud, la discapacidad y la dependencia han sido y están siendo

estudiadas con mucho detalle, en particular en lo que se refiere a las personas mayores. En el caso de España, se dispone de tres encuestas sobre discapacidad y dependencia, de 1986, 1999 y 2008, así como de los numerosos estudios patrocinados por el IMSERSO, como son las encuestas sobre las condiciones de vida de las personas mayores de 2004, 2006 y 2010, siendo por ello abundantes los estudios sobre la prevalencia y los determinantes de la discapacidad y la dependencia. Asimismo, se cuenta con estudios de los costes asociados al cuidado de las personas dependientes (Braña, 2004). Se dispone también de la encuesta SHARE de la que se han publicado los resultados de las oleadas de 2004-2005 y 2006-2007, estando en curso los de 2008-09, ahora bajo el nombre de SHARELIFE, donde se recoge información sobre las formas de vida de las personas mayores de 49 años para once países en la tercera oleada. España se halla incluida en las tres encuestas, que contienen una información muy detallada sobre el estado de salud y sobre la situación socio-económica.

Utilizando la información de las encuestas sobre discapacidades de 1986 y 1999, se dispone de dos valiosos trabajos que han estudiado en particular la relación entre las desigualdades socioeconómicas y la discapacidad. En el primero de ellos (Regidor *et al.*, 1997), a partir de la *Encuesta sobre discapacidades, deficiencias y minusvalías* de 1986, que recoge información para personas mayores de 15 años, y considerando discapacitadas a las personas que presenten de manera permanente (más de un año) una o más limitaciones, calculan por regiones las ratios de probabilidades *(odds ratios)* de padecer una discapacidad asociada a una caída en la renta de 10.000 pesetas, así como la ratio de probabilidad de aquellos que se ubican en la decila más baja de renta con los que están en la decila más alta. Los resultados muestran que la desigualdad de la renta no está relacionada con la prevalencia de la discapacidad a largo plazo, si bien la asociación entre la renta de los hogares (renta neta en términos mensuales) y la discapacidad es mayor en aquellas regiones con menor desarrollo socio-económico. El segundo estudio (Regidor *et al.*, 2006) utiliza la *Encuesta sobre discapacidades, deficiencias y estado de salud* de 1999, comparando los resultados con los de la encuesta de 1986 para la población de 25 a 74 años. «En ambos periodos, la prevalencia más alta de la discapacidad se encuentra entre aquellos (hogares) del cuartil de renta más baja, y la menor prevalencia se observa entre los del cuartil más alto. Las ratios de probabilidad, las diferencias en la prevalencia y los índices relativos de desigualdad fueron más altos en 2000 que en 1985. En el caso de la mayoría de tipos de discapacidad analizados, las ratios de probabilidad de la prevalencia entre los cuartiles de renta de los más pobres y los más ricos fueron más altos en 2000 que en 1985» (Regidor *et al.* 2006: 104). Este aumento en la desigualdad de la discapacidad lo atribuyen los autores a las reducciones proporcionalmente más altas en la discapacidad en las provincias y los hogares más ricos.

Un segundo grupo de trabajos (Cantarero y Pascual, 2005b; Pascual y Cantarero, 2007) ha analizado los determinantes socio-demográficos de las personas discapacitadas, utilizando para ello el PHOGUE. De ambos trabajos se concluye que para los catorce países participantes en la encuesta, con la excepción de Dinamarca, las personas mayores presentan una menor probabilidad de no estar limitadas en sus actividades diarias. Además, aquellas personas con menor nivel educativo (y menos años de educación) y que han estado trabajando menos años es menos probable que contesten que no están limitadas en sus actividades diarias. Igualmente, la edad y la discapacidad están correlacionadas positivamente. «En este sentido, las personas con discapacidades, en media, tienen un menor nivel educativo que las no discapacitadas. Las personas con discapacidades también es más probable que estén desempleadas o inactivas respecto a las no discapacitadas, y tener mala salud reduce significativamente la probabilidad de tener un empleo remunerado» (Pascual y Cantarero, 2007). Asimismo, a partir de la explotación del PHOGUE, estos autores encuentran que las enfermedades crónicas, físicas o mentales, o el padecimiento de alguna discapacidad incide en el nivel de ingresos, ya que, *ceteris paribus* perciben unos menores ingresos (Pascual y Cantarero, 2007).

Hay que señalar que no se recogen aquí aquellos trabajos que han estudiado la integración de las personas discapacitadas en el mercado de trabajo, poniendo de manifiesto que tienen una tasa de actividad más baja, así como la discriminación salarial que padecen. Ello es importante, pues las tasas de empleo representan un factor crítico para comprender la pobreza de las personas discapacitadas.

Por lo que respecta a la pobreza, también son muy abundantes los estudios en España. Baste como referencia uno de los más recientes, contenido en el capítulo 2 del Informe de la Fundación FOESSA (2009), coordinado por Luis Ayala, así como los documentos de trabajo que le acompañan.

Ahora bien, la que está muy poco estudiada es la relación que puede existir entre discapacidad y pobreza. En una revisión de la bibliografía sobre pobreza y dis-

capacidad, realizada por Elwan (1999) para el *World Development Report* 2000-2001 del Banco Mundial, se señalaba que, a menudo, se destacan los vínculos entre pobreza y discapacidad, pero que no han sido estudiados sistemáticamente. Elwan concluye en su informe que las personas discapacitadas tienen un menor nivel educativo y menor renta que el resto de la población, siendo más probable que su renta esté por debajo de la línea de pobreza, y también menos probable que puedan ahorrar y poseer activos, resultados que se aplican tanto a los países en desarrollo como a los desarrollados. Elwan (1999: 24) identifica tres tipos de factores que explican que las personas discapacitadas o sus familias estén peor y sean más pobres: «(i) la pérdida de renta; (ii) los costes adicionales debidos a la discapacidad, y (iii) la marginación y exclusión de los servicios sociales y actividades comunitarias, etc.». Por lo que se refiere en particular a los costes de la discapacidad, reconoce no haber efectuado una revisión de la bibliografía, citando de países desarrollados algunos estudios para Alemania, los Estados Unidos y el Reino Unido.

En una revisión realizada también para el Banco Mundial —nueve años después de la de Elwan— Braithwaite y Mont (2008) insisten en que se ha realizado comparativamente poca investigación cuantitativa rigurosa sobre la relación entre discapacidad y pobreza. En la revisión de evaluaciones sobre la pobreza llevadas a cabo por el Banco Mundial, menos del 10 por 100 de los países que las realizaron ofrecen estadísticas sobre la pobreza desglosando la presencia de discapacidad, y todas ellas corresponden a las efectuadas en ocho países de Europa del Este y Asia Central. Salvo Rusia y Uzbekistán, en todos aquellos países la presencia de personas discapacitadas en el hogar está asociada a un mayor nivel de pobreza.

Para España, hasta donde conocemos, sólo hay un estudio que haya abordado las relaciones entre pobreza y discapacidad (Malo y Dávila, 2006): en él se analiza si tener una discapacidad está asociado tanto con estar en una situación de pobreza en un determinado momento como con permanecer en una situación de pobreza a lo largo del tiempo. El estudio, que se basa en los datos de las ocho olas del PHOGUE, ofrece en primer lugar un análisis descriptivo de los umbrales de pobreza, utilizando para ello una escala de equivalencia que ajusta el tamaño de los hogares en el caso de que haya una persona discapacitada. A continuación se hace una estimación de la evolución temporal de la pobreza teniendo en cuenta si las personas se convierten o no en discapacitadas. En tercer lugar, se ofrecen estimaciones de las probabilidades de ser pobre algún año o de ser pobre permanentemente, analizando la influencia de la discapacidad y de los cambios en ésta sobre dichas probabilidades. Sus resultados muestran que la presencia de discapacitados en el hogar incrementa la tasa de pobreza, que el año en que se produce la entrada en la discapacidad permanente (más de dos años consecutivos) se abre con claridad la brecha en la tasa de pobreza si se utiliza la escala ajustada por discapacidad, y que la probabilidad de estar bajo el umbral de pobreza es mayor para las personas con discapacidades severas. Igualmente se desprende de este estudio que la entrada en la discapacidad o su empeoramiento incrementan la probabilidad de ser pobre.

El excelente trabajo de Malo y Dávila representa el antecedente más inmediato del que aquí se presenta, con el que se pretende llenar una importante laguna de aquél. En efecto, Malo y Dávila no estiman el coste específico de la discapacidad para España, sino que recurren a la estimación de Kuklys (2005) para el Reino Unido, que otorga una ponderación de 1,45 a cada persona con discapacidad severa. Uno de los objetivos de este trabajo consiste en llenar esa laguna; para ello se utilizan los datos que proporciona la *Encuesta de condiciones de vida*, tratando además de distinguir entre discapacidad moderada y severa.

III. ASPECTOS METODOLÓGICOS

Parece claro, a partir de los estudios disponibles, que en todos los países la discapacidad es una de las causas de la pobreza. Como ya se ha señalado, por una parte las personas discapacitadas pierden renta por no conseguir empleo o por ser éste de peor calidad; la discapacidad puede afectar a la adquisición de capital humano (She y Livermore, 2009: 254), lo que Amartya Sen (2004) denomina «minusvalía de ganancia». Pero, por otra parte, dado que las personas con discapacidad tienen necesidades especiales, se enfrentan a mayores dificultades que las personas no discapacitadas para obtener bienestar de sus recursos, o pueden necesitar de mayores ingresos para realizar la misma actividad, lo que, en términos de Sen, recibe el nombre de «minusvalía de conversión». Este hecho queda reconocido en los sistemas de protección social de muchos países, que conceden beneficios, ya sean gastos directos o gastos fiscales, para compensar los mayores costes de consumo asociados a la discapacidad (3).

El punto de partida de nuestro trabajo es la concepción de justicia distributiva de Amartya Sen (1985, 1987), basada en igualar las capacidades básicas de las personas. Para Sen, la referencia final en la polí-

tica redistributiva es el *nivel de vida,* no la utilidad ni la simple posesión de bienes. El problema consiste en establecer unos estándares mínimos de carácter objetivo que representen una buena aproximación al nivel de renta real, teniendo en cuenta que el nivel de vida es, ante todo, un asunto que concierne a la forma de vida más que a los medios para su desarrollo. El nivel de vida es, para Sen, un asunto de *funcionamientos y capacidades*.

Se parte de la moderna teoría del consumidor, según la cual los bienes no son relevantes en sí mismos, sino en cuanto incorporan características y propiedades que los hacen deseables. Lo que importa es el aprovechamiento que cada persona puede obtener de esas características por el uso que hace de los bienes, lo que depende de su *capacidad* para desempeñar las *funciones* que permiten aprovecharse de las características de cada bien. De manera que, dado un conjunto de bienes, cada persona, de acuerdo con sus capacidades, puede transformar las características de aquéllos en diferentes combinaciones de funcionamiento, de las que obtiene un determinado nivel de bienestar.

En consecuencia, siguiendo a Kuklys (2005), en lo que conocemos la primera en aplicar empíricamente la concepción de Sen al análisis de la discapacidad: «Desde la perspectiva de la capacidad, las personas sufren si tienen una menor capacidad de generar renta y, sobre todo ello, si tienen una menor capacidad para convertir los recursos en funcionamientos. Esto implica que las personas discapacitadas tienen un conjunto menor de capacidades, tanto porque el nivel de funcionamientos que deberían ser capaces de alcanzar es más bajo como porque el rango de funcionamientos potenciales es reducido».

Pero si la discapacidad puede hacer a las personas más pobres, no debe olvidarse, aunque quizá resulte menos claro en los países desarrollados, que la pobreza también puede provocar la discapacidad, lo que, según Lustig y Strauser (2007: 199-200), sería el resultado de tres grupos de factores derivados de la discapacidad: 1.º) la reducción en la capacidad para afirmar los derechos de la persona y actuar con plenas facultades; 2.º) una dificultad creciente para hacer efectivas las decisiones sobre la carrera profesional y la obtención y mantenimiento del empleo, y 3.º) la dificultad de acceder a los recursos y moverse por los sistemas de servicios sociales.

Uno de los elementos centrales en la medición de la pobreza pasa por una apropiada definición de cuáles son las necesidades del hogar. La existencia de personas con distintas necesidades básicas, así como la existencia de bienes de naturaleza semipública que pueden ser compartidos dentro del hogar (techo, electrodomésticos, etc.), determina la necesidad de realizar ajustes a través del sistema de escalas de equivalencia (Lanjouw, Milanovic y Paternostro, 2004). Así, por ejemplo, en la escala de equivalencia más utilizada en Europa Occidental (la llamada escala de la OCDE modificada), a la hora de determinar el tamaño del hogar, el primer adulto recibe una valoración de uno, mientras que el resto de adultos suma 0,5 y los niños menores de 14 años, 0,3. De esta forma, se considera que un hogar conformado por una pareja y dos niños, que tendría un tamaño relativo de 2,1, presentaría unas necesidades muy similares a un hogar con 3 adultos, que tendría un tamaño relativo de 2. Las escalas de equivalencia, como es sabido, pueden tener importantes efectos en la medición de la pobreza y la desigualdad.

En el caso de las personas con discapacidad, y particularmente en el caso de la dependencia, parece razonable suponer que sus hogares requieren, *ceteris paribus*, un mayor nivel de renta para alcanzar unos niveles básicos de vida que la población que no sufre estas limitaciones. En la literatura se han propuesto básicamente tres estrategias para aproximarse al coste de la discapacidad: la aproximación basada en encuestas directas a discapacitados, la medición de los gastos diarios y la metodología basada en el nivel de vida. La primera de las estrategias consiste en entrevistar a las personas dependientes o discapacitadas para obtener, de forma directa, una estimación acerca de los costes adicionales de la dependencia. La segunda aproximación se basa en la obtención de información detallada acerca de los gastos diarios de personas dependientes y no dependientes, a fin de que la comparación de unos y otros permita estimar cuáles son los costes adicionales a los que deben enfrentarse los primeros. Por último, el enfoque basado en el nivel de vida propone comparar los niveles de vida y de renta de personas dependientes y no dependientes. En esta aproximación, se asume que el nivel de vida del hogar depende de la renta, y que para dos hogares con idéntico nivel de vida las diferencias en renta representan, precisamente, el coste de la dependencia (4).

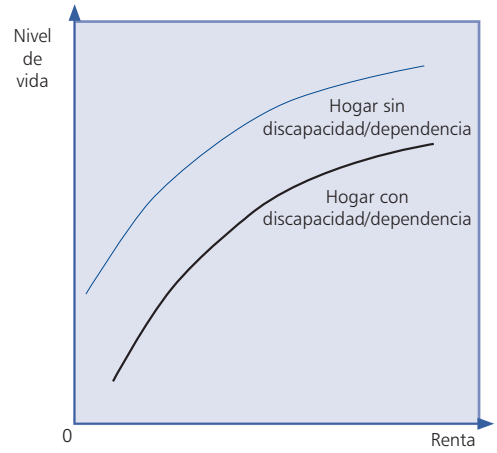
Ninguna de estas aproximaciones se encuentra libre de inconvenientes (5). Así, el método basado en encuestas directas presenta como principal desventaja la precisión con la cual los entrevistados son capaces de calcular los costes de la discapacidad. Por el contrario, el enfoque basado en el gasto diario resulta sumamente exigente en materia de información estadística, y asi-

mismo es posible que, en algunos casos, los precios a los que se enfrenten dependientes y no dependientes sean muy diferentes (INDECON, 2004). El tercer método, que toma como referencia el estándar de vida, también plantea una serie de problemas; por ejemplo, ignora la pérdida de oportunidades laborales u otras de índole económica vinculadas a la dependencia.

En este trabajo, debido a las limitaciones de las bases de datos existentes en nuestro país, que difícilmente permiten conjugar información detallada sobre discapacidad y sobre los ingresos del hogar, se estima el coste de la dependencia a partir del tercero de los enfoques, la aproximación basada en el nivel de vida. Siguiendo la metodología propuesta por Zaidi y Burchardt (2005), se asume que existe una relación creciente entre renta y nivel de vida, pero cuya tasa de crecimiento es decreciente. Los costes de la discapacidad vienen dados como la diferencia entre los ingresos de un hogar con presencia de discapacitados y un hogar donde ninguno de sus miembros presenta discapacidad alguna. Esta relación vendría ilustrada por el gráfico 1, en el que la distancia entre ambas curvas representaría el coste de la discapacidad.

Siguiendo a los autores mencionados anteriormente, la relación entre nivel de vida, renta y discapacidad vendría dada por la siguiente ecuación, que, a través de la inclusión de la renta (Y_i) en logaritmos, permitiría considerar la existencia de rendimientos decrecientes del nivel de vida respecto a la renta:

GRÁFICO 1
NIVEL DE VIDA, RENTA Y DEPENDENCIA



Fuente: Elaboración propia.

$$N_i = \alpha \ln(Y_i) + \beta D_i + \gamma X_i + \varepsilon_i \qquad [1]$$

donde N_i es una variable que representa el nivel de vida del hogar *i*, D_i es una variable que indica si alguna persona del hogar sufre algún nivel de discapacidad o dependencia, y X_i incluye una constante y un vector de variables sociodemográficas del hogar. De este modo, el coste de la discapacidad podría calcularse a través de la estimación de la expresión siguiente:

$$Coste_i = \frac{d \ln (Y_i)}{dD_i} = -\frac{\beta}{\alpha} \qquad [2]$$

Dicha expresión representaría el coste de la discapacidad para los hogares, que se podría expresar como una proporción fija de su renta.

Los trabajos previos consultados presentan distintas formas de aproximarse al nivel de vida de los hogares. Así, Zaidi y Burchardt (2005), para el caso inglés, emplean dos tipos de indicadores diferentes: un primer grupo de indicadores que recogen la fortaleza financiera del hogar (existencia de capacidad de ahorro y capacidad del hogar para llegar a fin de mes) y otra estrategia alternativa basada en los bienes duraderos del hogar. El trabajo de She y Livermore (2007) opta por una estimación basada en la primera de las opciones propuestas por estos autores. El estudio de Cullinan, Gannon y Lyons (2008) para Irlanda toma como referencia la segunda propuesta de Zaidi y Burchardt, aproximando el nivel de vida a partir de la posesión de bienes duraderos por parte del hogar, apuntando que la consideración de variables relativas a la salud financiera del hogar arroja similares resultados. Por su parte, Saunders (2007), cuyo trabajo se centra en Australia, combina indicadores de salud financiera del hogar con la posesión de bienes duraderos. En todos estos estudios, la aproximación habitual consiste en estimar modelos logísticos cuando la variable dependiente que pretende capturar el nivel de vida es dicotómica (por ejemplo, la existencia de capacidad de ahorro), y la utilización de modelos *logits* ordenados cuando dicha variable recoge un cierto número de ítems relacionados con los bienes duraderos del hogar. En este último caso, los autores mencionados optan por definir una serie de categorías de privación a partir de la agrupación de varios de los elementos considerados; en algunos casos, comprobando la robustez de los resultados frente a distintas agrupaciones.

En este trabajo optamos por una aproximación más pragmática y procedemos a estimar el coste de la discapacidad y la dependencia usando cuatro modelos distintos. En nuestro primer modelo, que estimamos por mínimos cuadrados ordinarios, la variable depen-

diente es el resultado de un análisis de componentes principales que considera la posesión de bienes duraderos en el hogar e indicadores que tienen que ver con el nivel de vida del hogar, y que van desde la capacidad para afrontar gastos imprevistos hasta la posibilidad de realizar viajes de ocio de forma anual, pasando por problemas que pueden afectar a la vivienda, como ruido, contaminación, etc. A través del método del análisis de componentes principales, obtenemos una variable continua (la primera componente) que recoge el mayor porcentaje de varianza posible de las dimensiones incluidas en el análisis, y cuya interpretación, en este caso, se asemejaría a la de una variable de nivel de vida o bienestar subyacente similar a la implícita en los modelos *logits* ordenados. El segundo modelo únicamente tiene en cuenta un indicador compuesto, construido igualmente a partir de la técnica del análisis de componentes principales, donde sólo se incluyen los bienes duraderos del hogar. En el tercer modelo, en lugar de agrupar los elementos de confort de la vivienda de forma discrecional, se considera como variable dependiente el número de bienes duraderos del hogar, que se analiza a través de una regresión binomial negativa. Por último, se emplea un *probit* ordenado al objeto de modelar la dificultad del hogar para llegar a fin de mes (codificada en seis categorías ordinales).

La medición de la pobreza sigue los pasos siguientes. En primer lugar, se considera una definición de renta disponible amplia, que incluye el alquiler imputado del hogar. En segundo término, siguiendo el trabajo de Zaidi y Burchardt (2005), se ajusta, se minora, la renta total del hogar a partir de los costes de la discapacidad y la dependencia previamente estimados. En tercer lugar, se obtiene una renta por adulto equivalente de los hogares como resultado de aplicar a la renta anterior la escala de equivalencia de la OCDE modificada (6). El cuarto paso consiste en fijar la línea de pobreza relativa en el 60 por 100 de la renta mediana. Adicionalmente, se define como situación de pobreza severa la de aquellos hogares cuya renta equivalente es inferior al 30 por 100 de la mediana. Por último, la medición de la pobreza se aborda utilizando los indicadores de incidencia, intensidad y severidad propuestos por Foster, Greer y Thorbecke (1984):

$$P(\alpha ; z) = \sum_{i=1}^{N} [g_i(y;z)]^{\alpha} \qquad [3]$$

$$donde \;\; g_i(y;z) = max\left\{ \frac{z - y_i}{z}, 0 \right\} \;\; y \;\; \alpha \geq 0$$

donde y_i representa la renta de la persona *i,* y *z* representa la línea de pobreza; g_i denota la línea de pobreza normalizada, es decir, la distancia del ingreso de la persona a la línea de pobreza, expresado como proporción de la línea de pobreza. El parámetro α toma el valor 0 para el caso del índice de recuento de la pobreza, que mide la *incidencia* de ésta, el valor 1 para el caso de la brecha de pobreza, cuya finalidad es aproximarse a la *intensidad* de la pobreza, y el valor 2 para la brecha de pobreza al cuadrado, relacionada con la *severidad* de la pobreza.

En resumen, se considera que existen unos costes extras asociados a la discapacidad por el hecho de que las personas discapacitadas necesitan gastar más en bienes que también consumen las personas no discapacitadas (como puede ser la calefacción), porque las discapacitadas han de gastar en bienes específicos relacionados con su discapacidad (como pueden ser los pañales) y porque la productividad de los bienes consumidos puede ser menor que en el caso de una persona plenamente capaz. Y estos costes, puesto que reducen el bienestar, han de reflejarse en la función de costes de los hogares.

IV. DATOS

La base de datos utilizada en este trabajo para el análisis de la relación entre dependencia y discapacidad es la *Encuesta de condiciones de vida* (ECV) correspondiente al año 2007. Como es sabido, esta encuesta, que cuenta con un muestreo estratificado y plurietápico, recoge información acerca de los niveles de ingreso del hogar, así como de las características sociales y demográficas de sus miembros, y ha sustituido al PHOGUE como principal encuesta de hogares en nuestro país (7). En este trabajo, en particular, utilizamos la ola correspondiente al año 2007 porque incluye un módulo especial con información acerca de las condiciones de la vivienda, que resulta de utilidad para aproximarnos al bienestar de los hogares españoles. A nuestro entender, la ECV es la base de datos más apropiada para realizar la tarea objeto de este trabajo, en la medida en que en otras fuentes estadísticas, como las encuestas nacionales de salud o las encuestas sobre discapacidades, la información sobre la renta de los hogares está sujeta a deficiencias relevantes, como una importante proporción de no respuesta e ingresos codificados en intervalos.

No obstante, la forma de aproximación a los costes de la dependencia y a su impacto sobre los niveles de pobreza de la población dependiente se encuentra condicionada por las preguntas que incorpora la en-

cuesta. En particular, se utilizan las preguntas PH020 y PH030 para abordar a esta cuestión. La primera de ellas trata acerca de la incidencia de enfermedades u otros problemas crónicos. Literalmente, la pregunta en cuestión, a la cual el entrevistado debe responder afirmativa o negativamente, se halla formulada como sigue: *¿Tiene alguna enfermedad crónica o alguna incapacidad o deficiencia crónicas?*

Por su parte, la pregunta PH030 hace referencia a las limitaciones de la actividad diaria que enfrentan los entrevistados, y se formula de la forma siguiente: *¿Se ha encontrado limitado en el desarrollo de su actividad diaria durante los últimos seis meses debido a un problema de salud?* Ante esta pregunta, los entrevistados tienen la posibilidad de responder: *Sí, intensamente, Sí, hasta cierto punto* y *No.*

Obviamente, estas preguntas, ya presentes en el cuestionario del PHOGUE, no permiten una caracterización ideal de la población dependiente residente en España (8). De ahí que en este trabajo se hayan tomado en cuenta dos definiciones distintas. Por un lado, se considera como discapacitados moderados a aquellas personas con una enfermedad o deficiencia crónica y que sufren una limitación de su actividad diaria hasta cierto punto. Por otra parte, se ha caracterizado como población con discapacidad severa a aquellos que, además de sufrir una enfermedad o dolencia crónica, se encuentran limitados intensamente en su actividad diaria. Esta segunda definición se aproximaría en mayor medida a la definición de dependencia, aunque sin corresponderse exactamente con ella. Estas dos variables, referentes a la discapacidad moderada y severa, son incluidas, simultáneamente, como variables ficticias en la ecuación presentada en páginas anteriores. De esta forma, la categoría de referencia en todos los modelos econométricos sería la formada por aquellas personas que no sufren discapacidad moderada ni severa.

La muestra de la ECV comprende más de 12.000 hogares, con información sobre cerca de 35.000 personas. Sin embargo, las variables acerca de enfermedades crónicas y las limitaciones de la actividad diaria sólo se encuentran disponibles para la muestra de población adulta, esto es, la que incluye a personas de más de 16 años. De esta forma, la muestra total utilizada para determinar el coste de la dependencia cuenta con más de 28.000 personas adultas, de las cuales aproximadamente 2.700 presentan, de acuerdo con la definición utilizada aquí, discapacidad, mientras que algo más de 2.100 pueden ser consideradas dependientes.

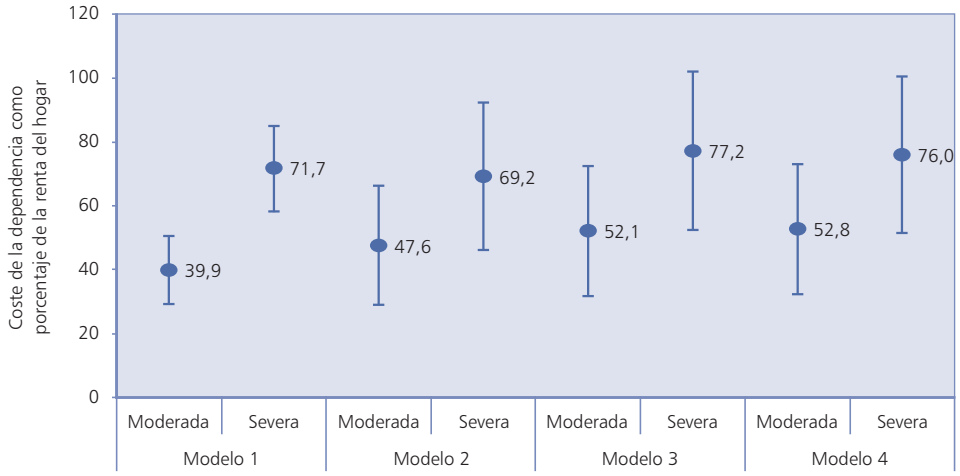
La encuesta contiene distinta información acerca de la calidad de vida de los hogares utilizados como base del análisis. Así, la ECV incluye información sobre el distinto equipamiento con el que cuenta el hogar (teléfono, televisión a color, inodoro apropiado, ducha apropiada, instalación eléctrica apropiada, luz natural apropiada, sistema de cañerías apropiado, calefacción, aire acondicionado, ausencia de goteras, ordenador personal y coche). Asimismo, se cuenta con detalles acerca de la capacidad de los hogares para permitirse unas vacaciones anualmente, una comida de carne cada dos días, la existencia de retrasos en el pago de alquileres o hipotecas, de recibos o de otros gastos similares, la capacidad para afrontar gastos imprevistos o información acerca de si los gastos de la vivienda suponen una carga pesada para el hogar. Adicionalmente, se ofrece información acerca de si la vivienda sufre ruidos o los efectos de algún tipo de contaminación. Por último, los hogares son encuestados sobre la dificultad para llegar a final de mes, pregunta cuya respuesta se codifica en seis categorías, desde mucha dificultad a mucha facilidad.

En las especificaciones econométricas planteadas, las variables de control son las siguientes: sexo, edad y edad al cuadrado del cabeza de familia, una variable ficticia que recoge si la persona está casada y otra que recoge si es o no pensionista, tamaño del hogar, número de niños menores de cinco años en éste, número de niños entre cinco y nueve años, número de niños entre diez y trece años, una variable ficticia que captura si el hogar tiene la vivienda en propiedad y una serie de variables ficticias *(dummies)* que hacen referencia a la región de residencia y al grado de urbanización del municipio.

V. RESULTADOS

Los resultados detallados de las estimaciones realizadas con los modelos econométricos descritos en páginas anteriores se presentan en el anexo (cuadro A1), mientras que estas páginas se limitan a comentar los principales resultados del análisis. En relación con el coste de la discapacidad y la dependencia (gráfico 2), los resultados obtenidos en todos los modelos resultan muy similares, lo cual, pese a las limitaciones inherentes a la base de datos, puede considerarse un indicador de robustez. Como puede constatarse, los costes de la discapacidad moderada van desde el 39,9 por 100 de la renta del hogar, de acuerdo con el primer modelo, a casi un 53 por 100, de acuerdo con el cuarto. En relación con la discapacidad severa, las estimaciones se encuentran comprendidas entre el 69,2 y el 77,2 por 100 de la renta del hogar, de acuerdo con el primer y cuarto modelos, respectivamente (9).

GRÁFICO 2
COSTES ESTIMADOS DE LA DISCAPACIDAD MODERADA Y SEVERA



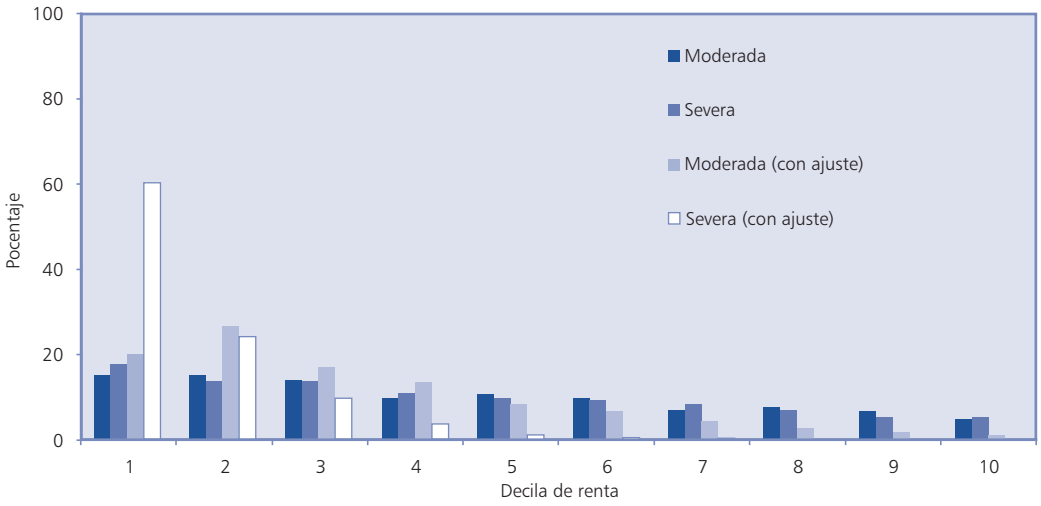
Nota: En el gráfico se muestran los intervalos de confianza calculados a un nivel del 95 por 100.
Fuente: Elaboración propia a partir de la *Encuesta de Condiciones de Vida 2007*.

Dado que las estimaciones del modelo 1 son más precisas (menores errores estándar) y el modelo posee una mayor capacidad explicativa, se seleccionan estas estimaciones a la hora de calcular cuál es el impacto que estos costes adicionales de la discapacidad tienen en la pobreza y en la posición de los hogares en la distribución del ingreso. De esta forma, el gráfico 3 muestra la distribución de los hogares con discapacidad moderada y severa en la distribución del ingreso. Como puede observarse, antes de realizar ningún tipo de ajuste las personas que padecen algún tipo de discapacidad se encuentran sobrerrepresentadas en la parte baja de la distribución de la renta. Sin embargo, tras realizar los ajustes por discapacidad de acuerdo con las estimaciones del modelo 1 presentadas en el gráfico 2, la proporción de personas con discapacidad moderada y, muy especialmente, con discapacidad severa situada en las dos primeras decilas de la distribución del ingreso se eleva de manera muy considerable.

En relación con la medición de la pobreza, la consideración de los costes adicionales de la discapacidad tiene también efectos muy relevantes en el caso español (cuadro n.º 1). El primer elemento que debe constatarse es que, sin tener en cuenta ajuste alguno, la población con discapacidades severas y moderadas presenta una incidencia, intensidad y severidad de la pobreza sustancialmente mayores que la media nacional. El ajuste de la renta de los hogares españoles de acuerdo con los costes de la discapacidad afectaría especialmente a los hogares con presencia de personas que tienen discapacidad severa. Así, la pobreza extrema y moderada en este colectivo se elevaría hasta más del 56 y el 90 por 100, respectivamente. El efecto sobre la situación de las personas con discapacidades moderadas sería mucho más reducido: así, por ejemplo, su tasa de pobreza extrema pasaría de un 3,5 por 100 (sin ajuste) a un 17 por 100 (con ajuste), o su tasa de pobreza moderada se elevaría desde alrededor de un 29 por 100 (sin ajuste) hasta un aproximadamente un 59 por 100 (con ajuste). La consideración de los costes de la discapacidad también afectaría a los indicadores de pobreza para el total de la población: de esta forma, por ejemplo, el indicador de recuento de la pobreza moderada pasaría de menos de un 20 por 100 a un 27 por 100 tras considerar el ajuste.

A fin de realizar una comparación con los resultados de otros estudios para otros países, se ha procedido a reestimar el modelo 1 usando, en primer lugar, una única categoría que recoja en una sola variable la presencia en el hogar de personas con discapacidad moderada o severa, y en segundo término, empleando una definición más laxa de discapacidad, a saber, tener una enfermedad o dolencia crónica. Los resultados de estas estimaciones apuntan a que el coste de la discapacidad, según estos modelos, sería respectivamente del 63 y el 52 por 100 de la renta del hogar, aproximadamente.

GRÁFICO 3
DISTRIBUCIÓN DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD MODERADA Y SEVERA POR DECILAS DE RENTA



Fuente: Elaboración propia a partir de la *Encuesta de Condiciones de Vida 2007*.

Los costes estimados en este trabajo, pese a las diferencias en las bases de datos utilizadas y en la definición exacta de discapacidad, resultan superiores a los obtenidos para la mayor parte de los países sobre los que existen estudios disponibles (10). Así, Saunders (2007) cifraba los costes de la discapacidad en Australia entre el 29 y el 37 por 100, dependiendo de la definición utilizada. En Irlanda, de acuerdo con el trabajo de Cullinan, Gannon y Lyons (2008), el coste de la discapacidad (concebida como, simplemente, sufrir una enfermedad o dolencia crónica) oscilaba entre el 19,4 por 100 para 1995 y el 29,6 por 100 para 2001. Zaidi y Burchardt (2005), cuyo trabajo se centra en el Reino Unido, utilizan varias bases de datos, con más detalles y con mayores muestras que la que sirve de base a este trabajo, y obtienen estimaciones que varían de forma importante en función del tipo de hogar y de la gravedad de la discapacidad. Así, para una persona no pensionista con un nivel medio de discapacidad, y utilizando un indicador de bienestar del hogar construido a partir del equipamiento del hogar, el coste equivaldría a cerca del 40 por 100 de su renta. No obstante, nuestras estimaciones de

CUADRO N.º 1

POBREZA Y POBREZA EXTREMA EN ESPAÑA (*)

	SIN AJUSTE			*CON AJUSTE*		
	FGT (0)	*FGT (1)*	*FGT (2)*	*FGT (0)*	*FGT (1)*	*FGT (2)*
Pobreza extrema						
Población total	0,027	0,009	0,006	0,090	0,030	0,015
Discapacidad moderada	0,035	0,009	0,004	0,173	0,047	0,020
Discapacidad severa	0,028	0,008	0,005	0,564	0,197	0,091
Pobreza						
Población total	0,198	0,056	0,024	0,273	0,105	0,056
Discapacidad moderada	0,296	0,079	0,031	0,593	0,223	0,110
Discapacidad severa	0,303	0,084	0,033	0,930	0,493	0,304

Nota: (*) FGT(α) representa los indicadores de incidencia, intensidad y severidad de la pobreza (α=0, 1, 2, respectivamente) propuestos por Foster, Greer y Thorbecke (1984).
Fuente: Elaboración propia a partir de la *Encuesta de Condiciones de Vida 2007*.

los costes de la discapacidad se sitúan por debajo de las presentadas por She y Livermore (2007) para Estados Unidos, según los cuales la línea de pobreza para hogares unipersonales que sufren discapacidad se triplicaría en relación con aquellos libres de limitaciones. Nuestros resultados tampoco se alejan mucho de los costes estimados por Kuklys (2005) para hogares pequeños, de cuya investigación se desprende que una persona con discapacidad que vive sola necesita una renta un 45 por 100 superior a la de un individuo sin limitaciones para alcanzar el mismo nivel de vida.

VI. CONCLUSIONES

La finalidad de este trabajo ha consistido en explorar las relaciones entre discapacidad, dependencia y pobreza en España considerando explícitamente los costes de la discapacidad a partir del llamado método del nivel de vida. Los resultados apuntan a que el coste de la discapacidad moderada se encontraría en torno al 40 por 100 de la renta del hogar, mientras que en el caso de la presencia de personas con discapacidad severa este coste se elevaría hasta el entorno del 70 por 100. La población que presenta discapacidades, sin realizar ajuste alguno, tiende a estar sobrerrepresentada en la parte baja de la distribución de la renta. Cuando la renta total de los hogares se ajusta para tener en cuenta dichos costes, se encuentra que la incidencia, intensidad y severidad de la pobreza experimenta un incremento muy importante entre estos colectivos, lo cual contribuye también a la elevación de la pobreza total en España. En general, nuestras estimaciones sitúan los costes de la discapacidad en España por encima de los observados en otros países de nuestro entorno o similar nivel de desarrollo.

NOTAS

(1) Se trata de entender la discapacidad dentro del llamado «modelo social», según el cual la discapacidad es el resultado de la interacción del estatus funcional de una persona con su entorno, tal como se recoge en la *Clasificación internacional del funcionamiento, la discapacidad y la salud,* aprobada en la Asamblea de la Organización Mundial de la Salud de mayo de 2001. Las actividades de la vida diaria (AVD) se desglosan, a su vez, en actividades básicas, que incluyen las relacionadas con los autocuidados y la movilidad dentro de la casa, y en actividades instrumentales, que incluyen las relacionadas con las actividades domésticas y la movilidad exterior. Por otra parte, a efectos fiscales, en España se considera a una persona discapacitada cuando tiene un grado de minusvalía igual o superior al 33 por 100, de acuerdo con la evaluación objetiva, realizada por los servicios médicos, a partir de un baremo técnico que se recoge en el Real Decreto 1971/1999, de 23 de diciembre.

(2) La ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia, define ésta en su artículo 2 como: «el estado de carácter permanente en que se encuentran las personas que, por razones derivadas de la edad, la enfermedad o la discapacidad, y ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, precisan de la atención de otra u otras personas o ayudas importantes para realizar actividades básicas de la vida diaria o, en el caso de las personas con discapacidad intelectual o enfermedad mental, de otros apoyos para su autonomía personal».

(3) Para un amplio análisis del sistema de protección social de las personas discapacitadas en España, puede consultarse VERDUGO *et al.* (2010), y para el tratamiento fiscal, Fundación ONCE (2007).

(4) ZAIDI Y BURCHARDT (2005) sugieren que otras posibles aproximaciones al coste de la discapacidad pueden pasar por los juicios de comités de expertos, o incluso por la observación de la legislación de cada país.

(5) Véase CULLINAN, GANNON y LYONS (2008) para una discusión sobre las ventajas e inconvenientes de cada una de ellas.

(6) Esto es, se otorga al primer adulto un valor de 1; a los siguientes, un valor de 0,5, y a los niños menores de 14 años, un valor de 0,3. ZAIDI y BURCHARDT (2005), por su parte, utilizan una línea de pobreza absoluta y una escala de equivalencia específica para el Reino Unido.

(7) Véase INE (2005) para una descripción detallada de la metodología de la Encuesta de condiciones de vida.

(8) BRAITHWAITE y MONT (2008) llaman la atención sobre el hecho de que preguntar a las personas sobre si tienen una discapacidad pueda dar lugar a un porcentaje menor de respuestas positivas, entre otras razones por las connotaciones negativas y el «estigma» asociado al término discapacidad. Pero, por otro lado, también habría que distinguir entre discapacidad a corto y a largo plazo, como hacen SHE y LIVERMORE (2009), pero la pregunta PH030 de la encuesta sólo se refiere a un periodo previo de seis meses.

(9) Éste debe ser considerado un elemento positivo, ya que en otros trabajos, como el de ZAIDI y BURCHARDT (2005) o el de SAUNDERS (2007), los costes de la discapacidad varían en gran medida dependiendo de cuáles son las variables utilizadas para aproximar el nivel de vida de los hogares.

(10) En INDECON (2004) se puede encontrar una amplia revisión de estudios hasta 2003, pero la mayoría de ellos no ponen en relación la discapacidad con la pobreza. Con posterioridad, están el trabajo de KUKLYS (2005) para el Reino Unido, el de HERNÁNDEZ-JARAMILLO y HERNÁNDEZ-UMAÑA (2005) para Colombia, el de SAUNDERS (2007) para Australia, el de PALMER (2008) para el Reino Unido, el de CULLINAN, GANNON y LYONS (2008) para Irlanda, los de SHE y LIVERMORE (2007 y 2009) para los Estados Unidos, el de GANNON y NOLAN (2009) para Irlanda, y el de PANDEY (2009) para la India, aunque sólo para las personas mayores de 60 años. De todos ellos, los que específicamente ponen en relación la discapacidad con la pobreza son los de KUKLYS (2005), ZAIDI y BUCHARDT (2005), SAUNDERS (2007), PALMER (2008), SHE y LIVERMORE (2007 y 2009), GANNON y NOLAN (2009) y PANDEY (2009). A estos hay que añadir la revisión de estudios del Banco Mundial realizada por BRAITHWAITE y MONT (2008).

BIBLIOGRAFÍA

ADAMS, P.; HURD, M. D.; MCFADDEN, D.; MERRILL, A., y RIBEIRO, T. (2003), «Healthy, wealthy, and wise? Tests for direct causal paths between health and socioeconomic status», *Journal of Econometrics*, 112(1): 3-56.

BRAITHWAITE, J., y MONT, D. (2008), «Disability and poverty: A survey of World Bank poverty assessments and implications», *Social Protection Discussion Paper*, 805, World Bank.

BRAÑA, F. J. (2004), «Una estimación de los costes de un seguro público de dependencia de los mayores en España», *Estudios de Economía Aplicada,* 22(3): 723-757.

CANTARERO, D., y PASCUAL, M. (2005a), «Socio-economic status and health: Evidence from the ECHP», *Economics Bulletin*, 9(9): 1-17.

— (2005b), «Economía y discapacidad en España: un nuevo reto ante la globalización», trabajo presentado en las *VII Jornadas de Política Económica*, Vigo, 3 y 4 de noviembre de 2005.

CONSEJO DE EUROPA (1998), *Recomendación nº 98 (9) del Comité de Ministros a los Estados Miembros relativa a la dependencia.* Disponible en: http://sid.usal.es/idocs/F3/LYN10476/3-10476.pdf.

CULLINAN, J.; GANNON, B., y LYONS, S. (2008), «New estimates of the cost of disability in Ireland using the standars of living approach», *Working Paper 134,* National University of Ireland, Galway.

DALSTRA, J. A. A.; KUNST, A. E., MACKENBACH, J. P., y EU Working Group on Socioeconomic Inequalities in Health (2006), «A comparative appraisal of the relationship of education, income and housing tenure with less than good health among the elderly in Europe», *Social Science & Medicine*, 62(8): 2046-2060.

DEMAKAKOS, P.; NAZROO, J.; BREEZE, E., y MARMOT, M. (2008), «Socioeconomic status and health: the role of subjective social status», *Social Science & Medicine*, 67(2): 330-340.

ELWAN, A. (1999), «Poverty and disability. A survey of the literature», *Social Protection Discussion Paper*, 9932, World Bank.

FOSTER, J.; GREER, J., y THORBECKE, E. (1984), «A class of decomposable poverty measures», *Econometrica*, 52(3): 761-766.

FUNDACIÓN FOESSA (2009), *VI Informe sobre exclusión y desarrollo social en España*, Fundación FOESSA, Madrid.

FUNDACIÓN ONCE (2007*), Guía del tratamiento fiscal de las personas con discapacidad en el ámbito del trabajo: las personas y las empresas*, Fundación ONCE, Madrid.

GANNON, B., y NOLAN, B. (2009), *Disability and Social Inclusion in Ireland*. National Disability Authority, Dublín.

GARCÍA-GÓMEZ, P.; HERNÁNDEZ-QUEVEDO, C., y LÓPEZ-NICOLÁS, Á. (2008), «Renta absoluta y renta relativa: ¿cuál es su papel en la determinación de las desigualdades en salud?», en RODRÍGUEZ, M. y URBANOS, R. (eds.), *Desigualdades sociales en salud. Factores determinantes y elementos para la acción*, Elsevier Masson, Madrid.

HERNÁNDEZ-JARAMILLO, J., y HERNÁNDEZ-UMAÑA, I. (2005), «Una aproximación a los costos indirectos de la discapacidad en Colombia», *Revista de Salud Pública*, 7(2): 130-144.

INDECON (2004), «Cost of disability research project», informe realizado para la National Disability Authority, Irlanda. Disponible en: http://www.nda.ie/cntmgmtnew.nsf/0/EF734FD9D0C04B3880256E690055CFFB/$File/DisabilityCost.pdf.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA —INE (2005), *Encuesta de condiciones de vida. Metodología*, Instituto Nacional de Estadística, Madrid. Disponible en: http://www.ine.es/daco/daco42/condivi/ecv_metodo.pdf.

JÜRGES, H. (2010), «Health inequalities by education, income and wealth: a comparison of 11 European countries and the US», *Applied Economic Letters,* 17(1): 87-91.

KUKLYS, W. (2005), *Amartya Sen's Capability Approach. Theoretical Insights and Empirical Applications*, Springer, Heidelberg.

LANJOUW, J.; MILANOVIC, B., y PATERNOSTRO, S. (2004), «Relative price shifts, economies of scale and poverty during economic transition», *Economics of Transition*, 12(3): 509-536.

LUSTIG, D. C., y STRAUSER, D. R. (2007), «Causal relationships between poverty and disability», *Rehabilitation Counselling Bulletin*, 50(4): 194-202.

MALO, M. Á., y DÁVILA, D. (2006), «La protección social de las personas con discapacidad: ayudas técnicas, ayudas personales y pobreza», estudio financiado por el Fondo de la Investigación de la Protección Social, Ministerio de Trabajo e Inmigración. Disponible en: http://www.seg-social.es/prdi00/groups/public/documents/binario/51593.pdf.

MATTHEWS, R. J.; SMITH, L. K.; HANCOCK, R. M.; JAGGER, C., y SPIERS, N. A. (2005), «Socioeconomic factors associated with the onset of disability in older age: a longitudinal study of people aged 75 years and over», *Social Science & Medicine*, 61(7): 1567-1575.

MEER, J.; MILLER, D., y ROSEN, H. S. (2003), «Exploring the health-wealth nexus», *Journal of Health Economics*, 22(5): 713-730.

PALMER, G. (2008), «Disabled people, poverty and the labour market», informe preparado para la Joseph Rowntree Foundation. Disponible en: http://www.poverty.org.uk/reports/disability.pdf

PANDEY, M. K. (2009), «Poverty and disability among Indian Elderly: Evidence from household survey», *Australia South Asia Research Centre Working Paper 9*.

PASCUAL, M., y CANTARERO, D. (2007), «Socio-demographic determinants of disabled people: An empirical approach based on the European Community household panel», *Journal of Socioeconomics*, 36(2): 275-287.

REGIDOR, E. (2008), «Desigualdades socioeconómicas en la exposición al riesgo y en salud», en RODRÍGUEZ, M., y URBANOS, R. (eds.), *Desigualdades sociales en salud. Factores determinantes y elementos para la acción*, Elsevier Masson, Madrid.

REGIDOR, E.; NAVARRO, P.; DOMÍNGUEZ, V., y RODRÍGUEZ, C. (1997), «Inequalities in income and long term disability in Spain: Analysis of recent hypotheses using cross-sectional study based on individual data», *British Medical Journal*, 315 (7116): 1130-1135.

REGIDOR, E.; RONDA, E.; PASCUAL, C.; MARTÍNEZ, D.; CALLE, M. E., y DOMÍNGUEZ, V. (2006), «Decreasing socioeconomic inequalities and increasing health inequalities in Spain: A case study», *American Journal of Public Health,* 96(1): 102-108.

RODRÍGUEZ-SANZ, M.; CARRILLO, P., y BORRELL, C. (2006), *Desigualdades sociales en la salud, los estilos de vida y la utilización de servicios sanitarios en las CC. AA., 1993-2003,* Observatorio de Salud de la Mujer, Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid. Disponible en: http://www.msps.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/Desigualdades_sociales_salud_y_SS.pdf

SAUNDERS, P. (2007), «The costs of disability and the incidence of poverty», *Australian Journal of Social Issues*, 42(4): 461-480.

SEN, A. (1985), *Commodities and Capabilities*, North Holland, Amsterdam.

— (1987), *On Ethics and Economics*, Basil Blackwell, Oxford.

— (2004), «Disability and justice», conferencia impartida dentro de la *Disability and Inclusive Development Conference*, Banco Mundial, Washington, D.C., 1 de diciembre de 2004.

SHE, P., y LIVERMORE, G. A. (2007), «Material hardship, poverty, and disability among working-age adults», *Social Science Quarterly*, 88(4): 970-989.

— (2009), «Long-term poverty and disability among working-age adults», *Journal of Disability Policy Studies*, 19(2): 244-256.

VERDUGO, M. Á.; JORDÁN DE URRIES, F. B.; SÁNCHEZ, M. C., y BENITO, M. C. (2010), *Influencia de la protección social y el sistema de pensiones en la actividad y el acceso al empleo de las personas con discapacidad*, Instituto Universitario de Integración en la Comunidad, Salamanca.

ZAIDI, A., y BURCHARDT, T. (2005), «Comparing incomes when needs differ: equivalization for the extra costs of disability in the U.K.», *Review of Income and Wealth*, 51(1): 89-114.

ANEXO

CUADRO N.º A1

RESULTADOS ECONOMÉTRICOS DE LOS MODELOS PARA ESTIMAR EL COSTE DE LA DISCAPACIDAD

	MODELO 1 (MCO)	*MODELO 2 (MCO)*	*MODELO 3 (REGRESIÓN BINOMIAL NEGATIVA)*	*MODELO 4 (*PROBIT *ORDENADO)*
Hogar con persona con discapacidad moderada	-0,385***	-0,266***	-0,018***	-0,176***
	(0,051)	(0,054)	(0,003)	(0,031)
Hogar con persona con discapacidad severa	-0,691***	-0,386***	-0,027***	-0,254***
	(0,058)	(0,065)	(0,004)	(0,036)
Ln(renta total)	0,963***	0,558***	0,035***	0,334***
	(0,048)	(0,044)	(0,003)	(0,028)
Cabeza de familia mujer	-0,119***	-0,008	-0,008**	-0,078**
	(0,043)	(0,045)	(0,003)	(0,031)
Edad del cabeza de familia	0,032***	0,037***	0,004***	0,037***
	(0,009)	(0,010)	(0,001)	(0,007)
Edad del cabeza de familia al cuadrado	0,000***	0,000***	0,000***	0,000***
	(0,000)	(0,000)	(0,000)	(0,000)
Cabeza de familia casado	0,594***	0,482***	0,029***	0,269***
	(0,049)	(0,050)	(0,004)	(0,034)
Cabeza de familia pensionista	0,040	0,045	0,004	0,014
	(0,051)	(0,053)	(0,004)	(0,036)
Tamaño del hogar	-0,200***	-0,050**	0,004**	0,038**
	(0,023)	(0,024)	(0,002)	(0,016)
Niños menores de 5 años en el hogar	0,011	-0,078*	-0,015***	-0,145***
	(0,045)	(0,041)	(0,003)	(0,035)
Niños entre 5 y 9 años en el hogar	0,073	0,066	-0,006*	-0,052
	(0,046)	(0,041)	(0,003)	(0,034)
Niños entre 10 y 13 años en el hogar	0,029	-0,030	-0,007**	-0,061*
	(0,062)	(0,079)	(0,003)	(0,036)
Vivienda en propiedad	0,558***	0,570***	0,033***	0,312***
	(0,056)	(0,060)	(0,004)	(0,038)
Observaciones	12.191	12.233	12.233	12.256
R^2/pseudo R^2	0,305	0,208	0,009	0,067

Notas: *** significativo al 1 por 100; ** significativo al 5 por 100; * significativo al 10 por 100. Los errores estándar se muestran entre paréntesis. En cada modelo se incluye una constante y variables ficticias de región y grado de urbanización del municipio de residencia.
Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta de Condiciones de Vida 2007.

DISTRIBUCIÓN TERRITORIAL DE LA DEPENDENCIA EN ESPAÑA Y EUROPA

Antonio RODRÍGUEZ SAMPAYO

Universidad de Santiago de Compostela

Eva RODRÍGUEZ MÍGUEZ

Begoña ÁLVAREZ GARCÍA

Universidad de Vigo (*)

Resumen

Este trabajo muestra una panorámica de la situación de la dependencia en España y en algunos países europeos. El análisis europeo explora la información contenida en la base de datos SHARE respecto a la prevalencia de limitaciones en las actividades diarias en la población adulta. Los resultados para España se complementan con la información de la encuesta EDAD-2008, que permite analizar con detalle la distribución de la dependencia por comunidades autónomas y por grado de severidad (según la metodología de la Ley de Dependencia), así como el nivel de institucionalización y el tipo de cuidados que reciben las personas dependientes.

Palabras clave: dependencia, cuidados de larga duración, EDAD-2008, SHARE.

Abstract

This study presents an overview of the dependency situation in Spain and in some other European countries. The European analysis examines the information contained in the SHARE database with regard to the prevalence of limitations in everyday activities in the adult population. The results for Spain are complemented with the information of the EDAD-2008 survey, which allows us to examine in detail the distribution of dependency by autonomous communities and by degree of severity (according to the Dependency Act methodology), as well as the level of institutionalization and type of care being received by the dependent persons.

Key words: dependency, long-term care, EDAD-2008, SHARE.

JEL classification: I38.

I. INTRODUCCIÓN (1)

La atención a las personas en situación de dependencia se ha convertido en uno de los ejes de política social más relevantes en España. Si bien desde los años ochenta se han venido articulando diferentes dispositivos protectores de situaciones específicas de envejecimiento y de discapacidad, a través de prestaciones específicas de la Seguridad Social o mediante los servicios sociales asistenciales de las comunidades autónomas y las entidades locales (2), es la promulgación de la Ley 39/2006 de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia (en adelante, Ley de Dependencia) la que introduce un derecho universal para las personas dependientes. A partir de su entrada en vigor en 2007, la atención a la dependencia se configura como derecho subjetivo de la ciudadanía, y para hacerlo efectivo se crea el Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD), se homogeniza el procedimiento y las técnicas de evaluación y se implanta un catálogo de servicios y prestaciones con el que se pretende dotar de cohesión y equidad territorial al sistema.

Sin duda, la Ley de Dependencia ha introducido una mejora considerable en las expectativas tanto de las personas dependientes como de las personas cuidadoras, que ahora disponen de nuevos apoyos para conciliar su vida familiar y laboral. Pero el despliegue del SAAD conlleva, también, un desafío importante para las administraciones públicas, puesto que deben incorporar en su planificación unas previsiones demográficas que apuntan hacia un aumento significativo en la demanda y, al mismo tiempo, deben actuar con restricciones presupuestarias importantes derivadas del proceso de consolidación fiscal que España debe acometer en los próximos años.

Según las proyecciones del INE, el 32 por 100 de la población española tendrá 65 años o más en 2050. El porcentaje de mayores de 80 años pasará de representar el 4,8 por 100 de la población en 2010 a suponer cerca de un 12 por 100 en 2050. En general, las proyecciones para el resto de países europeos muestran tendencias similares, aunque menos acentuadas que en España. Tal y como apuntan Conde-Ruiz y González (2010), el proceso de envejecimiento de la población constituye una buena noticia, ya que es resultado de la mejora espectacular de la esperanza de vida en los países desarrollados conseguida gracias al progreso social y económico de las últimas décadas. La preocupación se deriva de la presión que estas tendencias demográficas imponen en la sostenibilidad de los sistemas de protección social. Concretamen-

te, en el ámbito de la atención a la dependencia, la evidencia muestra que las necesidades de cuidados aumentan exponencialmente entre los 75 y los 85 años de edad (OECD, 2005). Por tanto, la perspectiva de una población cada vez más envejecida supone un reto especialmente importante en aquellos países que tratan de orientarse hacia modelos más centrados en el cuidado formal de las personas dependientes, como es el caso de España.

Las proyecciones para la Unión Europea presentadas en «The Ageing Report 2009» (European Commision y The Economic Policy Committee, 2009) aportan cifras elocuentes a este respecto. En las próximas cinco décadas, el gasto público en cuidados de dependencia de la población mayor de 65 años de la UE-27 duplicará su peso en términos de PIB, pasando del 1,2 por 100 en 2007 al 2,4 por 100 en 2060. El crecimiento de esta ratio será más intenso en España, con unas previsiones de gasto en dependencia que pasarán de representar el 0,5 por 100 del PIB en 2007, al 0,9 por 100 en 2020, y alcanzarán el 1,4 por 100 en 2060.

Desde el punto de vista de la toma de decisiones y la planificación de los recursos destinados a la atención a la dependencia, y con el fin de evitar tensiones imprevistas en la financiación del sistema, es fundamental disponer de previsiones actualizadas sobre el número de potenciales beneficiarios de las ayudas y prestaciones. De hecho, en España, las estimaciones del número de personas con dependencia severa, y por tanto con derecho a las prestaciones de mayor cuantía, presentadas en el *Libro Blanco* de la dependencia (IMSERSO, 2004) se han visto considerablemente sobrepasadas. Esta circunstancia ha motivado la recomendación presentada en diversos estudios de actualizar las previsiones sobre la población objetivo de la Ley de Dependencia (e.g. Cervera *et al.*, 2009).

El objetivo de este trabajo es analizar, desde un punto de vista descriptivo, la prevalencia de la dependencia en España y en Europa con los datos disponibles más recientes. En el apartado II, se introducen algunos conceptos sobre la definición y medición de la dependencia. En el apartado III, se realiza un análisis comparado de la población dependiente en varios países europeos a partir de los datos de la *Encuesta de salud, envejecimiento y jubilación en Europa* (SHARE 2006/2007). En el apartado IV, se lleva a cabo un análisis más detallado del mapa territorial de la dependencia en España, poniendo un especial énfasis tanto en la medición de la severidad de la dependencia como en el tipo de ayuda (formal o informal) que reciben las personas dependientes. Para ello, utilizamos la información de la última *Encuesta sobre discapacidades, autonomía personal y situaciones de dependencia,* elaborada por el INE en el año 2008. En el apartado V, se presentan las principales conclusiones del estudio.

II. LA MEDICIÓN DE LA DEPENDENCIA

Antes de entrar en el análisis detallado de los datos, es necesario introducir una serie de precisiones sobre la definición y la medición de los conceptos que van a ser objeto de estudio.

El Consejo de Europa definió en 1998 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». Por tanto, cualquier análisis que trate de caracterizar las situaciones de dependencia pasa siempre por el estudio de las diferentes actividades en las que el dependiente puede necesitar ayuda para su realización. Existen diferentes clasificaciones de estas actividades, aunque lo más habitual es clasificarlas en dos grupos: las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) y las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD). Las ABVD son el conjunto de actividades primarias de la persona, encaminadas a su autocuidado y movilidad, que le dotan de independencia básica y le permiten vivir sin necesitar ayuda continua de otros (comer, vestirse, bañarse, trasladarse, etc.). Las AIVD son las que permiten a la persona adaptarse a su entorno y mantener una independencia en la comunidad (usar el teléfono, comprar, cuidar la casa, utilizar transportes, etcétera). Se suele considerar que existe una situación de dependencia cuando la persona necesita ayuda en al menos una de esas actividades.

La medición de la severidad de la dependencia requiere un análisis más minucioso no sólo del número y relevancia de las actividades para las que se requiere ayuda, sino también de la intensidad de esa ayuda. Los primeros estudios que trataron de abordar esta tarea datan de los años sesenta del siglo XX, aunque siguen utilizándose con frecuencia para caracterizar a los dependientes. Los indicadores pioneros en la medición de la dependencia en las ABVD son los de Katz *et al.* (1963) y Mahoney y Barthel (1965). Lawton y Brody (1969), con el propósito de complementar los indicadores anteriores, propusieron una escala que trataba de cuantificar la dependencia en las AIVD. A partir de estos primeros estudios, se han de-

sarrollado multitud de indicadores, haciendo difícil su clasificación y las comparaciones de niveles de dependencia entre diferentes estudios (Kane y Kane, 2000, y Querejeta, 2004, ofrecen una extensa revisión de los instrumentos existentes para medir la dependencia). Algunos de estos indicadores han sido diseñados en un ámbito exclusivamente nacional, como una herramienta complementaria a la hora de diseñar una política pública destinada a proveer ayuda a las personas en situación de dependencia. En esta categoría estaría el actual Baremo de valoración de la dependencia (BVD) aprobado con la Ley de Dependencia. Este indicador será el utilizado en el apartado IV para analizar la severidad de la dependencia en España, así como su distribución territorial.

Sin embargo, no siempre disponemos de la información necesaria para poder aplicar alguno de los indicadores de dependencia previamente mencionados. Cuando esto ocurre, una forma de aproximarse a la severidad de la dependencia es tener en cuenta número de actividades en las que se tienen limitacionzes, o analizar si dicha dependencia se produce en las ABVD. Éste será el enfoque adoptado para analizar la situación de la dependencia en Europa a partir de la información contenida en SHARE.

III. PANORÁMICA GENERAL DE LA DEPENDENCIA EN ALGUNOS PAÍSES EUROPEOS

1. Las limitaciones en las actividades de la vida diaria (AVD) de los ciudadanos europeos

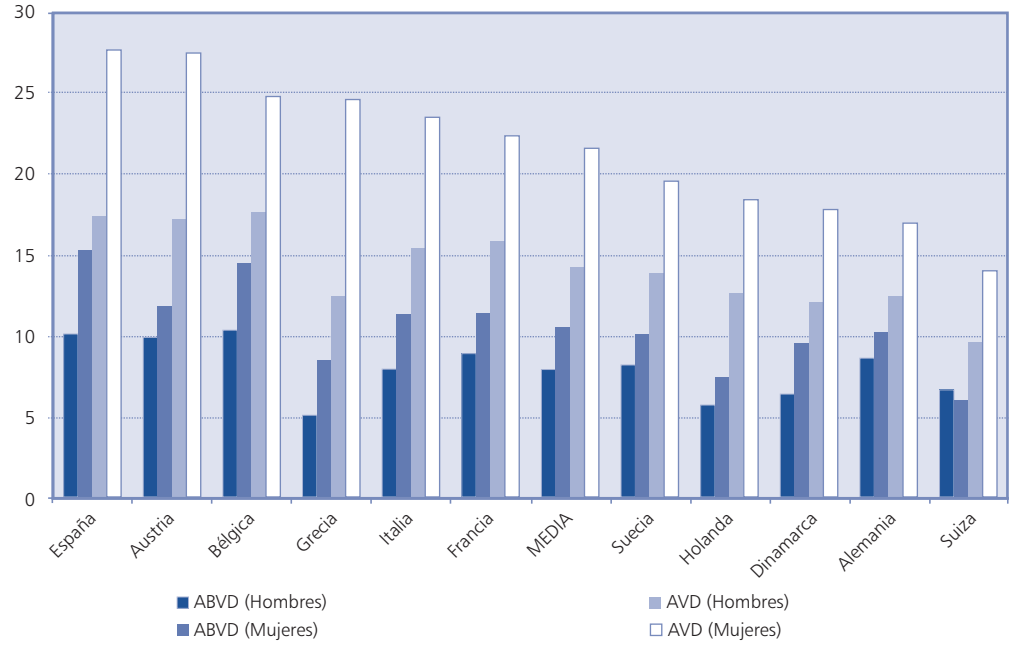
Para analizar el grado de limitaciones en las AVD que presentan los ciudadanos europeos, se ha utilizado SHARE. Esta encuesta proporciona una amplia información sobre la salud, y otras muchas variables socioeconómicas, de las personas de 50 años o más (menores si son cónyuges de un encuestado de esa edad) que viven en hogares. Aunque no todos los países europeos han participado en esta encuesta, tenemos una amplia representación de ellos. Los países que han participado en las tres olas que se llevan realizado hasta ahora fueron: Austria, Alemania, Suecia, Holanda, España, Italia, Francia, Dinamarca, Grecia, Suiza y Bélgica. En este epígrafe, se analizará, para los países previamente mencionados, la información correspondiente a la segunda ola, porque la tercera recoge básicamente información retrospectiva sobre la vida del encuestado. En la segunda ola, publicada en 2007, se entrevistó a 33.281 individuos en total y a 2.228 en España.

Se analizarán aquí las limitaciones, y no la dependencia, porque en SHARE se pregunta si se tienen limitaciones en cada una de las actividades consideradas, pero no si se necesita ayuda. La información sobre si se necesita ayuda es genérica, y no permite identificar en qué actividades, ni en cuántas, el entrevistado necesita ayuda. Además, incluye algunas actividades en las cuales necesitar ayuda no implica necesariamente una situación de dependencia (por ejemplo, mover un sillón pesado). Como ya ha sido mencionado anteriormente, cuando se analizan las limitaciones en las AVD es habitual distinguir si el individuo tiene limitaciones en las ABVD o en las AIVD. En general, es razonable pensar que las situaciones de dependencia evolucionan de forma gradual, apareciendo primero las limitaciones en las AIVD, seguidas de limitaciones en ABVD. Ésta es una distinción relevante porque la necesidad de ayuda de terceras personas es muy diferente dependiendo del tipo de limitaciones. SHARE nos permite saber si el individuo tiene limitaciones para realizar las siguientes actividades: vestirse, andar dentro del hogar, bañarse o ducharse, comer, levantarse o acostarse, actividades relacionas con la micción/defecación, usar un mapa, preparar una comida, comprar alimentos, hacer una llamada telefónica, tomar la medicación, trabajar en la casa/jardín y administrar el dinero. Siguiendo la clasificación tradicional, hemos incluido en limitaciones de las ABVD las seis primeras actividades y en limitaciones AIVD las restantes.

En el gráfico 1 se muestra el porcentaje de personas que tienen limitaciones en al menos una de las trece AVD previamente mencionadas. Para aproximar las situaciones más severas, también se presenta el porcentaje de personas que tienen limitaciones en al menos una de las ABVD. Dado que es difícil encontrar individuos que tengan limitaciones en las ABVD y no en las AIVD, la diferencia entre ambas se puede interpretar como una aproximación de aquellos individuos que únicamente experimentan limitaciones en las AIVD.

Un rasgo común en todos los países considerados es que existe un mayor volumen de mujeres que tienen dificultades para realizar tanto las AVD, en general, como las ABVD en particular. El principal motivo de esta regularidad es que las mujeres tienen una esperanza de vida mayor, lo que está provocando en parte esta situación. Por ejemplo, de las personas mayores de 80 años entrevistadas en SHARE, un 58 por 100 son mujeres. No obstante, también se ha constatado en otros estudios que, incluso controlando por edad, las mujeres presentan un mayor nivel de de-

GRÁFICO 1
PERSONAS DE 50 O MÁS AÑOS CON LIMITACIONES EN ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA Y ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA (Porcentajes)



Fuente: Elaboración propia a partir de SHARE-2007.

pendencia en edades avanzadas (Vilaplana, 2010; Casado, 2007; Albarrán y Alonso, 2009; Schoeni, Freedman y Martin, 2009).

Centrándonos en los datos por países, se observan fuertes diferencias. España es el país con un mayor porcentaje de mujeres que manifiesta tener limitaciones, tanto en las AVD en general como en las ABVD, y ocupa el segundo lugar en lo que respecta a los varones. En general, los países mediterráneos presentan un porcentaje de personas con limitaciones por encima de la media (aunque compartida con Austria y Bélgica).

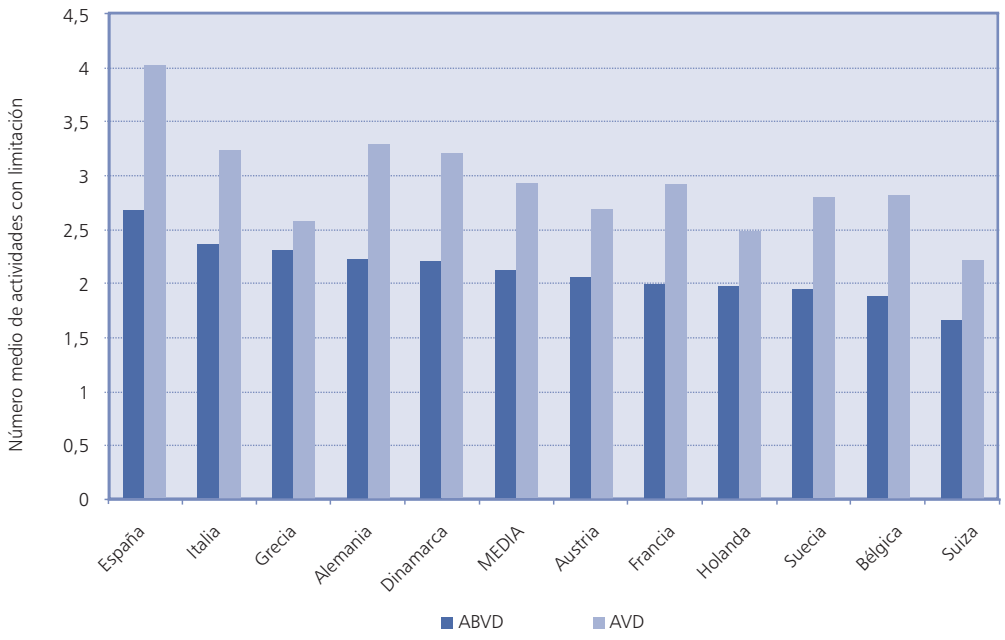
Una forma de identificar la intensidad de las limitaciones a partir de la información contenida en SHARE es tener en cuenta el número de actividades en las cuales se tienen limitaciones. El gráfico 2 muestra el número medio de AVD y ABVD en las que se tienen limitaciones para aquellas personas que manifiestan tener al menos una limitación. España es el país en el que las personas mayores no institucionalizadas (es decir, viven en el hogar) experimentan un mayor número de limitaciones. Los mayores con limitaciones en AVD experimentan, por término medio, limitaciones en cuatro de las trece actividades mencionadas, frente a las tres de media de los países europeos considerados. Si aceptamos el número de limitaciones en las ABVD como una variable *proxy* de la severidad de las limitaciones, de nuevo los tres países mediterráneos encabezan el *ranking*.

Obviamente, el aumento de las limitaciones es un fenómeno asociado a la edad. Como se puede observar en el gráfico 3, a medida que aumenta la edad aumenta de forma exponencial el porcentaje de personas con limitaciones, tanto en España como en la media de los países considerados. En todo caso, excepto para las AIVD en el tramo de edad entre 50 y 59 años, España siempre muestra un porcentaje de personas con limitaciones por encima de la media del resto de países europeos considerados.

Un factor clave para explicar las diferencias encontradas entre países, tanto en el porcentaje de personas con limitaciones como en la intensidad de éstas, es el distinto nivel de institucionalización de las personas mayores. Tenien-

GRÁFICO 2

NÚMERO DE ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA Y ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA EN LAS QUE SE TIENEN LIMITACIONES. POBLACIÓN CON LIMITACIONES DE 50 AÑOS O MÁS

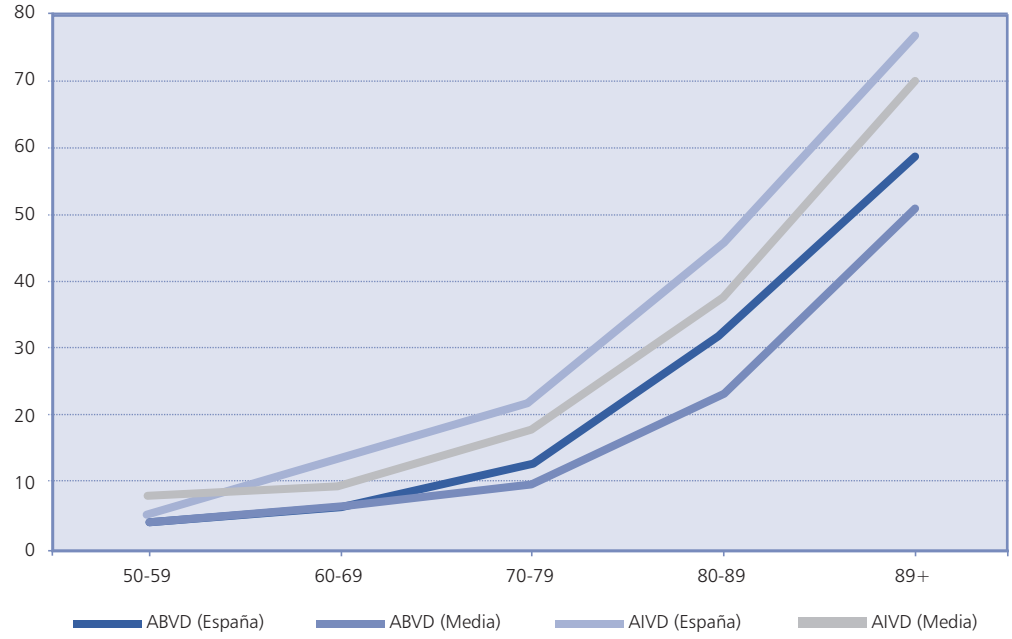


Fuente: Elaboración propia a partir de SHARE-2007.

do en cuenta que únicamente se están analizando las personas que viven en hogares, y que la institucionalización se suele producir cuando el nivel de limitaciones es mayor, es más probable que aquellos países con un nivel de institucionalización menor, como es el caso de los países mediterráneos, tenga un mayor número de personas con limitaciones, así como mayor nivel de severidad de las mismas. Así, por ejemplo, la información publicada por la OECD (2009) muestra que en el año 2006 el porcentaje de personas mayores de 64 años institucionalizadas era elevado en los países nórdicos (6,9 por 100 en Holanda y 6,8 en Suecia) y en Francia (6,3 por 100), frente a Alemania y España, que presentan un nivel de institucionalización menor: 3,7 por 100 y 2,1 por 100, respectivamente.

Dada la importancia que puede tener este fenómeno, hemos querido obtener, a partir de la información contenida en la encuesta, alguna evidencia de la existencia de este menor nivel de institucionalización de España respecto al resto de países considerados. Para ello, hemos calculado los siguientes indicadores: *a)* porcentaje de personas que vive con sus hijos una vez que estos están casados (como una aproximación a la probabilidad de que las personas mayores se integren en el hogar de sus hijos en cuanto surge una situación de dependencia); *b)* porcentaje de personas de 80 años o más (consideramos que aquellos países con un mayor nivel de institucionalización tendrán un menor porcentaje de mayores en SHARE), y *c)* porcentaje de personas que han fallecido en una residencia (a los familiares de las personas que fueron entrevistadas en la primera ola de SHARE y figuran como fallecidas en la segunda ola se les pregunta el lugar en el cual han fallecido). Los resultados de todos estos indicadores muestran indicios de un menor nivel de institucionalización en los países del Sur de Europa en general, y en España en particular. En cuanto al porcentaje de personas que vive con sus hijos una vez que estos están casados, España se sitúa en primer lugar (2,3 por 100), casi triplicando la media de los países considerados (0,8 por 100). Respecto al porcentaje de personas mayores de 79 años que figuran en SHARE, España aparece de nuevo en primer lugar (18

GRÁFICO 3
PERSONAS DE 50 O MÁS AÑOS CON LIMITACIONES EN LAS ACTIVIDADES BÁSICAS E INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA POR EDAD
(Porcentajes)



Fuente: Elaboración propia a partir de SHARE-2007.

por 100 frente al 14 por 100 de la media). Aunque España es uno de los países con mayor esperanza de vida de los considerados, no parece razonable pensar que estas pequeñas diferencias en la esperanza de vida (3) sean suficientes para explicar la gran diferencia en el porcentaje de personas mayores. Finalmente, en el conjunto de países considerados, un 13,2 por 100 de los individuos identificados como fallecidos en la segunda ola, murieron en instituciones, sin embargo, en España este porcentaje se reduce al 6,9 por 100.

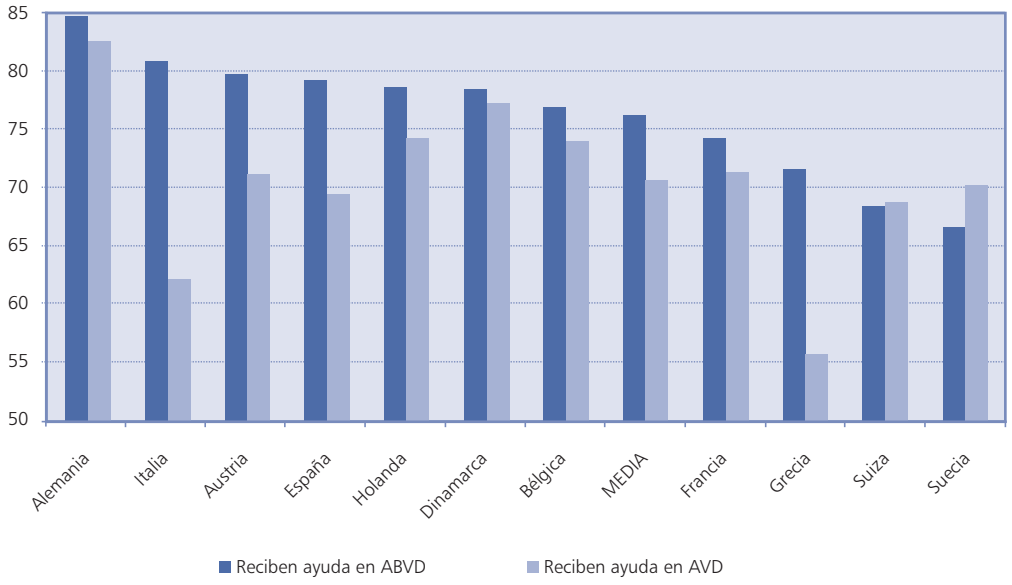
2. La atención a la dependencia en Europa

Como ya se ha mencionado, SHARE proporciona información sobre las personas mayores no institucionalizadas, por lo que el análisis de la atención a la dependencia se centrará en describir la ayuda que recibe este colectivo. Para analizar el tipo de cuidados que recibe la población dependiente, distinguiremos entre cuidados informales (ayuda no remunerada proporcionada por el entorno familiar o por amigos) y cuidados formales (adquiridos en el mercado).

En el gráfico 4 se muestra el porcentaje de personas que, habiendo manifestado algún tipo de limitación en las AVD en general (o en las ABVD, en particular), han recibido ayuda de otras personas para superarlas. Como era de esperar, el porcentaje es mayor cuando las personas tienen limitaciones en las ABVD, aunque existen importantes diferencias a escala europea. España se encuentra por debajo de la media (en el noveno puesto) si tenemos en cuenta el porcentaje de personas con limitaciones en las AVD que reciben ayuda. Sin embargo, ocupa el cuarto puesto si sólo tenemos en cuenta las limitaciones en las ABVD. Si a este dato le añadimos que España es el país que tiene un mayor número de limitaciones por persona, podemos concluir que el nivel de ayuda en España en el año 2007 era deficitario si lo comparamos con el nivel de ayuda de los países de nuestro entorno.

Estas diferencias son todavía más evidentes si distinguimos entre el tipo de ayuda. A partir de la información contenida en SHARE, hemos distinguido entre tres tipos

GRÁFICO 4
PERSONAS DE 50 O MÁS AÑOS CON LIMITACIONES EN ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA Y ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA QUE RECIBEN AYUDA (Porcentajes)



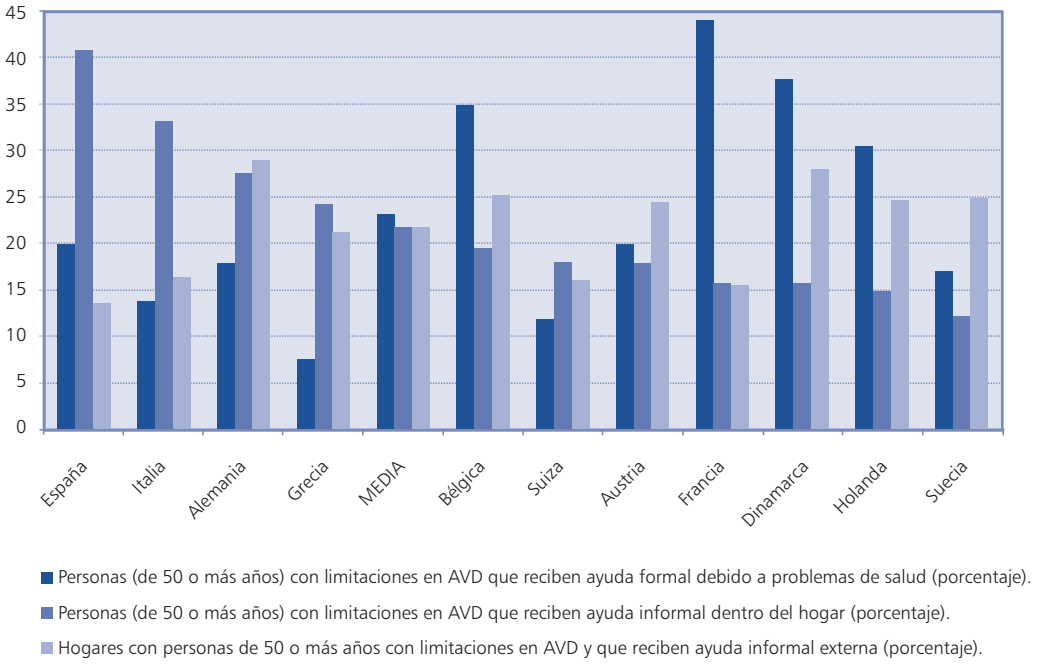
Fuente: Elaboración propia a partir de SHARE-2007.

de ayuda: ayuda formal, ayuda informal realizada por otros miembros del hogar y ayuda informal externa. Dentro de la *ayuda formal,* hemos incluido aquella ayuda remunerada que reciben las personas con limitaciones en las AVD, tanto para el cuidado personal como para las tareas del hogar, siempre y cuando hayan manifestado que reciben esta ayuda debido a problemas de salud. Para analizar la ayuda informal, hemos distinguido entre ayuda externa (ayuda recibida para cuidado personal en las ABVD, ayuda doméstica o tareas administrativas, por amigos, familiares, etc.) y la ayuda dentro del hogar para la realización de las AVD. El motivo de esta distinción es que SHARE no proporciona esta información de manera homogénea. Así, mientras que para la ayuda informal, dentro del hogar tenemos la información a escala individual, para la ayuda informal externa la tenemos por hogar, desconociendo la persona que recibe esa ayuda.

Para simplificar el análisis, se ha integrado la información sobre los tres tipos de ayuda en el gráfico 5. En líneas generales, se observa que aquellos países en los que se recibe más ayuda de otros miembros del hogar son aquellos en los que se recibe menos ayuda externa, tanto informal como formal. Respecto a la *ayuda formal*, España está por debajo de la media en cuanto al porcentaje de personas que reciben este tipo de ayuda (20 por 100 frente al 23 por 100 de media en los países considerados). No obstante, si consideramos la intensidad de la ayuda, medida por el número de horas semanales de ayuda (no mostrada en el gráfico), España ocupa el tercer puesto (once horas frente a una media de siete horas y media). En general, países con niveles de institucionalización bajos, como son Grecia e Italia, suelen presentar estos patrones: poca ayuda externa profesional, evidenciando un mayor apoyo familiar, pero intensa cuando ésta se recibe, cubriendo en parte la labor que en otros países realizan los servicios residenciales.

La *ayuda informal externa* es recibida por un 22 por 100 del total de hogares de SHARE, para la mitad de los cuales tiene una periodicidad semanal o diaria. Sin embargo, se sitúa en menos del 3 por

GRÁFICO 5
LA AYUDA A LA DEPENDENCIA EN EUROPA



Fuente: Elaboración propia a partir de SHARE-2007.

100 si sólo tenemos en cuenta las ABVD. Por tanto, a nivel agregado, aunque la ayuda informal externa la reciben un número importante de hogares, tiene carácter esporádico, es de menor intensidad y está ligada a actividades de ayuda doméstica o trámites administrativos. En todo caso, este comportamiento agregado responde a patrones muy diferentes por países. España es el país que recibe menos ayuda externa no profesional (14 por 100), patrón que es común con los países mediterráneos, y opuesto al de países del Norte como Holanda, Suecia o Dinamarca. En estos países, la ayuda externa es mucho más frecuente, aunque de menor intensidad debido, en parte, a una menor integración de los ancianos en los hogares de sus hijos.

Finalmente, respecto a la *ayuda informal dentro del hogar*, en media, un 22 por 100 de personas que han manifestado tener limitaciones en las AVD reciben ayuda para la realización de estas actividades por otros miembros del hogar. De nuevo existen notables diferencias entre países. España encabeza el *ranking* con un 41 por 100 de personas con limitaciones que recibe este tipo de ayuda, seguida de Italia, Alemania y Grecia. Los países con un porcentaje menor (inferior al 15 por 100) son Holanda y Suecia. Si sólo consideramos las ABVD (datos no mostrados en el gráfico), de nuevo España encabezaría el *ranking* con un 73 por 100 de personas con limitaciones en las ABVD que recibe este tipo de ayuda, situándose la media de los países considerados en un 43 por 100. Obviamente las diferencias en el nivel de institucionalización, anteriormente mencionadas, explicarían en parte estos resultados.

IV. LA SITUACIÓN DE LA DEPENDENCIA EN ESPAÑA

El objetivo de este apartado es mostrar información detallada sobre la situación de la dependencia en España. Para ello se utilizará la *Encuesta sobre discapacidades, autonomía personal y situaciones de dependencia* realizada por el Instituto Nacional de Estadística en 2008 (en adelante EDAD-2008). Esta encuesta es la continuación de las dos ediciones de la *Encuesta sobre discapacidades, deficiencias y esta-*

do de salud (EDDES), realizadas en 1986 y 1999. La encuesta de 1999 sirvió como fuente de información para realizar un diagnóstico de la situación de las personas dependientes en España, que se plasmó en el *Libro Blanco* sobre atención a las personas dependientes en España, publicado por el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (IMSERSO, 2004). Los resultados de dicha publicación se erigieron como el elemento fundamental de debate en la elaboración de la posterior Ley de Dependencia. La elaboración de EDAD-2008 es un intento de actualizar la información sobre la situación de discapacitados y dependientes, y es la base estadística sobre la que fundamentaremos nuestro análisis. Uno de los aspectos más novedosos de esta encuesta, respecto a las anteriores ediciones, consiste en que, además de entrevistar a personas que viven en domicilios particulares (se entrevistó a 258.187 individuos, de los cuales 22.795 manifestaron tener algún tipo de discapacidad), también se ha entrevistado a aquellos que viven en residencias e instituciones tanto públicas como privadas (10.567 personas).

1. Identificación del número de dependientes y su nivel de severidad

Para identificar la población dependiente, así como la severidad de la dependencia, se ha aplicado el BVD —Real Decreto 504/2007 (4)— a los microdatos resultantes del *Cuestionario de discapacidades* (para personas que viven en hogares) y del *Cuestionario de personas* (para personas que viven en residencias e instituciones), ambos de EDAD-2008. Estos cuestionarios se aplican a personas de 6 años y más, las cuales suponen el 98,5 por 100 del total de dependientes (5). En el anexo se describe el BVD, la información, contenida en los cuestionarios de discapacidades y de personas, utilizada para analizar la dependencia, así como los ajustes que hemos realizado para suplir la falta de información en algunos de los ítems.

Hemos identificado como «dependientes» a aquellas personas que cumplen dos requisitos: *a)* manifiestan tener dificultades para realizar, sin ayuda ni supervisión, al menos una de las actividades que figuran en el BVD, y *b)* reciben asistencia personal para realizarla (6). Tal y como se describe en el anexo, la puntuación que resulta de aplicar el BVD a las personas dependientes de la encuesta está entre cero y cien puntos. Siguiendo la metodología presentada en el Real Decreto, hemos clasificado a los dependientes en tres grados de dependencia: Grado III-gran dependencia (75-100 puntos); Grado II-dependencia severa (50-74 puntos), y Grado I-dependencia moderada (25-49 puntos). A su vez, cada grado de dependencia se subdivide en dos niveles. Hasta el año 2010, los dependientes con derecho a prestación eran los clasificados como de grados III y II. Desde enero de 2011 también se reconoce el derecho a prestaciones por dependencia a las personas con dependencia de Grado I (nivel 2), que se corresponde con una puntuación de 40-49 puntos, posponiendo hasta enero de 2013 la incorporación del nivel 1 de Grado I.

Aunque el Real Decreto 504/2007 exige tener 25 puntos o más para ser clasificado como dependiente, lo cierto es que si la puntuación es positiva existe ya algún nivel de dependencia, aunque no acredite a la persona para ser perceptora de ayudas. Siguiendo este criterio, y con base en los cálculos que hemos realizado a partir de la información de la EDAD-2008, existen en torno a 2.322.000 dependientes en España (2.069.563 en hogares y 252.423 en residencias), lo que supone un 5 por 100 de la población total (datos referidos a 2008) y un 57 por 100 de la población que padece algún tipo de discapacidad.

Respecto a la severidad de la dependencia, se ha obtenido que a medida que incrementamos los niveles severidad va disminuyendo de forma acusada el número de dependientes. Así, mientras la mitad de las personas dependientes tienen una valoración inferior a 25 puntos, las de Grado I, Grado II y Grado III suponen un 21 por 100, 16 por 100 y 12 por 100, respectivamente.

Como ya se ha mostrado en el epígrafe anterior, el fenómeno de la dependencia está estrechamente relacionado con el envejecimiento y, en menor medida, con el género. Aunque no es el objetivo de este trabajo profundizar en dicho análisis, sí mostraremos una pequeña descripción de la dependencia en función de esas variables. La tasa de prevalencia de la dependencia en las personas mayores de 64 años es del 21 por 100 (12 por 100 si sólo consideramos las de Grado I-III), frente al 1,9 por 100 de la población menor de 65 años (0,7 por 100 si sólo consideramos los de Grado I-III). Paralelamente, también se produce una mayor severidad de la dependencia en ese colectivo. Mientras del total de personas dependientes mayores de 64 años un 15 por 100 lo son de Grado III, para el resto de dependientes este porcentaje es del 7 por 100. Las mujeres representan un 66 por 100 del total de personas dependientes. La tasa de prevalencia de la dependencia entre la población femenina casi duplica la de la población masculina (6,7 y 3,5 por 100 respectivamente).

2. Comparación de los niveles de severidad con otros estudios similares

Antes de proseguir con el análisis territorial de la dependencia, consideramos de especial interés la comparación de nuestros resultados con los obtenidos por Albarrán y Alonso (2009) y Vilaplana (2010), por la similitud de la metodología aplicada. En el primer trabajo, los autores aplican el BVD a la EDDES-1999. Comparando sus resultados con los obtenidos a partir de EDAD-2008, podemos identificar los cambios producidos en la prevalencia de la dependencia a lo largo de estos nueve años. Aunque el número de dependientes no institucionalizados, respecto a la población, es mayor en EDAD-2008 que el obtenido por Albarrán y Alonso para el año 1999 (4,6 por 100 frente a 3,8 por 100), el número de dependientes de Grado I-III no ha variado (2,1 por 100), mostrando un estancamiento de la dependencia susceptible de ser financiada por la Ley de Dependencia. Respecto a la distribución de los dependientes por grados de severidad, se produce una reducción de los extremos de la distribución (el peso de los dependientes de Grado III pasa de un 26 por 100 en 1999 a un 24 por 100 en 2008, mientras que los de Grado I pasan de un 49 por 100 a un 45 por 100). Por tanto, el peso de los dependientes de grado II se incrementa en seis puntos porcentuales respecto al año 1999.

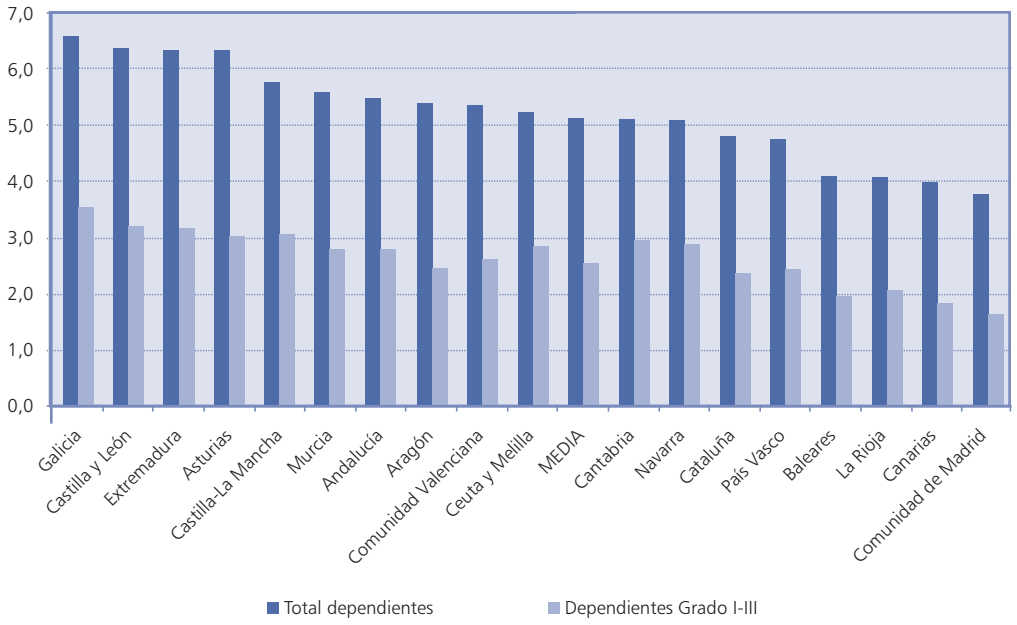
Vilaplana (2010) aplica el BVD a EDAD-2008 utilizando una metodología muy similar a la utilizada en el presente trabajo. Como era de esperar, el número de dependientes mayores de 5 años de Grado I-III es muy similar para los residentes en hogares (967.598 en nuestro estudio frente a 959.272 en el trabajo de Vilaplana). Sin embargo, nuestro trabajo estima un número significativamente superior de dependientes de Grado I-III viviendo en residencias e instituciones (181.709 *vs.* 139.470). También se observan diferencias en la distribución del total de dependientes de Grado I-III. Mientras el número estimado de dependientes de Grado I es muy similar en ambos estudios (en torno al 43 por 100), Vilaplana obtiene un mayor número de dependientes de Grado III que de Grado II (32 por 100 y 26 por 100, respectivamente, frente a un 25 por 100 y 32 por 100 en nuestro estudio). Consideramos que los principales determinantes de estas diferencias provienen del coeficiente de apoyo utilizado (7): 1) Para aplicar el coeficiente de apoyo, Vilaplana utiliza el nivel de dificultad que tiene la persona dependiente cuando recibe ayuda o asistencia personal, y nosotros el nivel de dificultad antes de recibir ayuda o asistencia personal (8), y 2) Vilaplana asigna asistencia física máxima (coeficiente de apoyo de 0,95) si el dependiente tiene dificultad severa o no puede realizar la actividad (salvo que tenga enfermedad mental o discapacidad intelectual y no colabore con la ayuda), mientras que nosotros solo asignamos asistencia física máxima si el dependiente no puede realizar la actividad, asignándole un coeficiente de apoyo de 0,9 cuando su dificultad es severa. La primera diferencia incide en una mayor estimación del número de dependientes en nuestro estudio, mientras que la segunda incide en una reducción del nivel de severidad.

Finalmente, hemos comparado nuestros resultados con las estimaciones derivadas de *Libro Blanco* de la Dependencia (IMSERSO, 2004) realizadas a partir de la información contenida en EDDES-1999. Aunque para obtener los niveles de severidad el *Libro Blanco* no aplica el BVD (inexistente en dicha fecha), los resultados de dicho estudio fueron utilizados como elemento clave en la elaboración de la Ley de Dependencia. Por ese motivo, la comparación con dicho estudio permite analizar en qué medida las previsiones de la evolución de la dependencia que manejaban los responsables de la elaboración de la Ley de Dependencia se alejaban o no de los resultados obtenidos en 2008. Si tenemos en cuenta las previsiones que el *Libro Blanco* realizaba para el año 2010 (las previsiones publicadas más próximas a la evidencia analizada en este trabajo), vemos que se estimaba que un 41 por 100 total de dependientes serían considerados de Grado I-III (frente a un 50 por 100 en nuestro estudio). Por otra parte, la distribución por grados estimada era de 48 por 100 de Grado I, 34 por 100 de Grado II y 18 por 100 de Grado III. Con respecto a nuestros resultados (43 por 100, 32 por 100 y 25 por 100, respectivamente), se mantiene la reducción del peso de los dependientes a medida que se incrementa la severidad, con un ligero incremento de los dependientes de Grado III, en detrimento de los de Grado I.

3. Análisis territorial de la dependencia

La atención a la dependencia en España se rige, principalmente, por la normativa derivada de la Ley de Dependencia, común para todas las comunidades autónomas (CC.AA.). Sin embargo, la gestión del SAAD es competencia de los gobiernos autonómicos, los cuales, además, cofinancian las ayudas, conjuntamente con el Gobierno central y los usuarios. Por ello, creemos que resulta informativo un análisis de la situación de la dependencia a escala autonómica.

GRÁFICO 6
PREVALENCIA DE LA DEPENDENCIA ENTRE LA POBLACIÓN (Porcentajes)



Fuente: Elaboración propia a partir de EDAD-2008 y Estimaciones de población actual del INE.

El gráfico 6 muestra el porcentaje de población dependiente (residentes en hogares e instituciones) por CC.AA. Como se puede observar, la prevalencia territorial de la dependencia dista mucho de ser homogénea, llegando a diferencias de más del doble entre CC.AA. Galicia es la que presenta un mayor número de dependientes respecto a su población (6,6 por 100), seguida de Castilla y León, Extremadura y Asturias, todas ellas con porcentajes superiores al 6 por 100. Por el contrario, la Comunidad de Madrid es la que tiene un menor número de dependientes respecto a su población (3,8 por 100). Le siguen Canarias, La Rioja y Baleares, con porcentajes inferiores al 4,5 por 100. El patrón es similar si sólo consideramos los dependientes susceptibles de ser beneficiarios de las ayudas establecidas por la Ley de Dependencia, aunque se agudizan las diferencias relativas entre las CC.AA. de mayor y menor prevalencia.

Las ayudas derivadas de la Ley de Dependencia son diferentes dependiendo, entre otros factores, del grado de severidad de la dependencia. Por ese motivo, se debe complementar la información anterior con la distribución de la dependencia por niveles de severidad, para obtener una idea más precisa del nivel de esfuerzo financiero que la implementación de la Ley de Dependencia supone para cada comunidad autónoma. El cuadro n.º 1 muestra la distribución de los dependientes por CC.AA. y niveles de severidad. La distribución de la dependencia es también diferente entre comunidades, aunque su variabilidad es menor. El porcentaje de dependientes de Grado I-III oscila entre el 43 por 100 de Madrid y el 58 por 100 de Cantabria. A su vez, existe cierta dispersión en la importancia relativa de cada grado. El porcentaje de dependientes de Grado I sobre el total de Grado I-III varía entre el 31 por 100 de Navarra y el 48 por 100 de Murcia, mientras que para el Grado III el rango de variación se sitúa entre el 20 por 100 de Aragón y el 34 por 100 de Navarra. En general, se observa un ligero incremento del peso de los dependientes de Grado III y una reducción de los de Grado II en aquellas comunidades que presentan una mayor prevalencia de la dependencia.

4. La institucionalización de la población dependiente

Respecto al grado de institucionalización, un 11 por 100 de los dependientes está institucionaliza-

CUADRO N.º 1

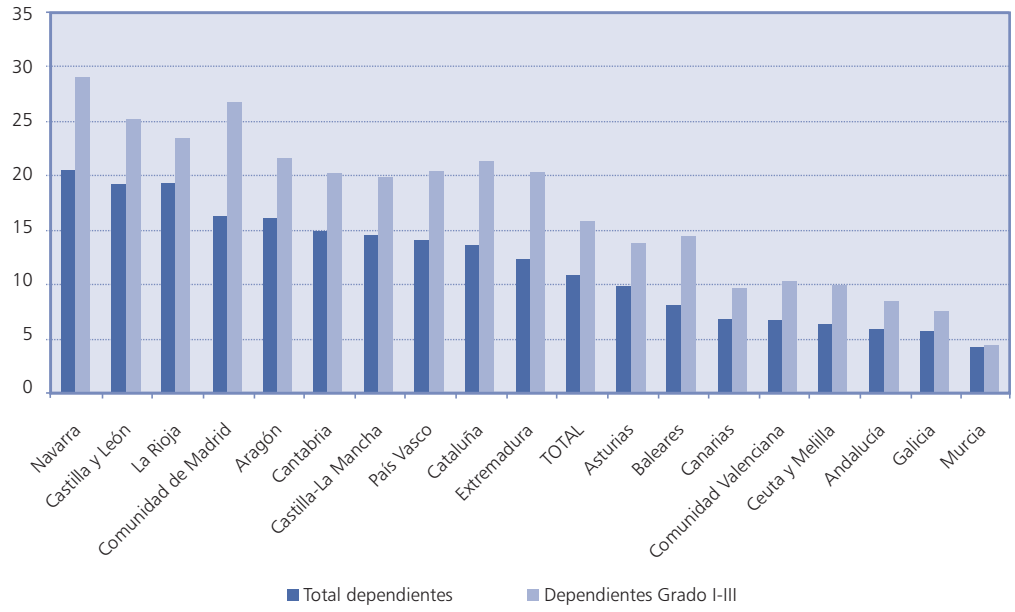
DISTRIBUCIÓN DE LOS DEPENDIENTES MAYORES DE 5 AÑOS POR COMUNIDADES AUTÓNOMAS Y NIVEL DE GRAVEDAD

	Totales	*GRADO I-III Porcentaje*	*GI/GI-III Porcentaje*	*GII/GI-III Porcentaje*	*GIII/GI-III Porcentaje*
Andalucía	438.583	50,96	42,18	32,20	25,62
Aragón	70.028	45,40	42,52	37,60	19,89
Asturias	66.825	47,72	39,08	34,09	26,83
Baleares	42.720	47,83	39,83	32,14	28,02
Canarias	81.776	45,59	41,89	33,60	24,51
Cantabria	29.103	57,64	47,61	27,65	24,74
Castilla y León	159.013	50,12	47,11	28,39	24,49
Castilla - La Mancha	113.870	53,08	46,55	29,00	24,45
Cataluña	347.469	48,90	41,40	33,65	24,94
Comunidad Valenciana	261.615	48,53	46,59	31,46	21,95
Extremadura	68.111	50,33	36,09	32,10	31,81
Galicia	179.470	53,89	41,30	30,68	28,02
Madrid	232.638	43,12	42,25	33,10	24,65
Murcia	78.683	50,10	47,68	30,78	21,54
Navarra	30.705	56,96	30,81	34,72	34,47
País Vasco	101.358	51,26	42,63	33,00	24,37
Rioja (La)	12.628	50,77	46,94	27,37	25,69
Ceuta y Melilla	7.382	54,27	33,54	36,40	30,06
TOTAL	2.321.977	49,50	42,86	32,04	25,10

Fuente: Elaboración propia a partir de EDAD-2008.

GRÁFICO 7

NIVEL DE INSTITUCIONALIZACIÓN DE POBLACIÓN DEPENDIENTE (Porcentajes)



Fuente: Elaboración propia a partir de EDAD-2008.

do, porcentaje que se eleva al 16 por 100 para los dependientes de Grado I-III. Como era de esperar, el porcentaje de institucionalización va creciendo a medida que se incrementa la severidad de la dependencia, siendo el 12 por 100, 18 por 100 y 19 por 100 para los dependientes de Grado I, II y III, respectivamente.

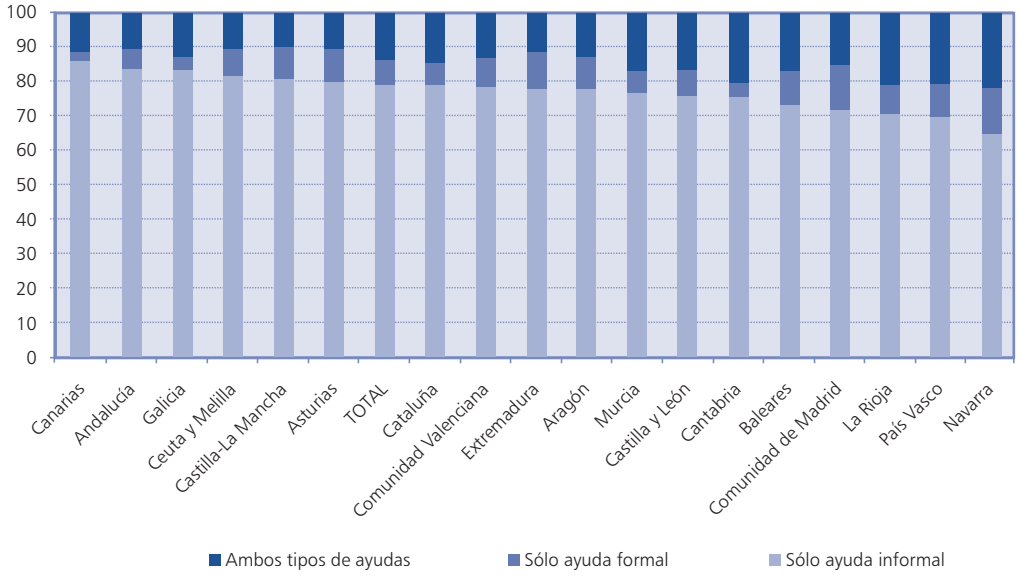
Si realizamos este análisis por CC.AA. (ver gráfico 7), podemos apreciar importantes disparidades en el nivel de institucionalización de las personas dependientes. Así, mientras en Navarra, Castilla y León, La Rioja, Madrid y Aragón la institucionalización está por encima del 15 por 100, en Andalucía, Galicia y Murcia no llega al 6 por 100. Si nos centramos en los dependientes susceptibles de acogerse a la Ley de Dependencia, de nuevo vemos cómo se incrementa el porcentaje de dependientes institucionalizados en todas las CC.AA. Esta variación es especialmente relevante en las comunidades de Madrid, Navarra, Extremadura y Cataluña, con diferencias superiores a ocho puntos porcentuales.

5. La atención a la población dependiente

La EDAD-2008 proporciona una amplia información sobre el tipo de cuidados que reciben los dependientes. Para facilitar el análisis, hemos agrupado la ayuda en tres modalidades: sólo cuidado informal (ayuda no remunerada), sólo cuidado formal (ayuda remunerada) y ambos tipos de ayuda. La inmensa mayoría de los dependientes reciben cuidados informales, bien en exclusividad (70 por 100) o combinados con ayuda formal (12 por 100). Un 18 por 100 recibe sólo ayuda formal, de los cuales un 62 por 100 son dependientes institucionalizados (9). Dado que los dependientes institucionalizados ya han sido analizados, en este epígrafe centraremos nuestro análisis en los dependientes no institucionalizados, de los cuales un 79 por 100 recibe ayuda solo informal, mientras que un 14 por 100 combinan ambos tipos de ayuda. Por otra parte, a medida que aumenta la severidad de la dependencia se reduce el porcentaje de dependientes que sólo recibe cuidados informales (83 por 100, 76 por 100 y 68 por 100 de los dependientes de Grado I, II y III, respectivamente), incrementándose principalmente el porcentaje de dependientes que combinan ambos tipos de ayuda (12 por 100, 19 por 100 y 26 por 100, respectivamente).

El gráfico 8 muestra la distribución de las tres modalidades por CC.AA. La situación más frecuente en todas ellas es que los dependientes reciban sólo ayuda informal. Sin embargo, el porcentaje

GRÁFICO 8
TIPO DE AYUDA RECIBIDA POR LA POBLACIÓN DEPENDIENTE NO INSTITUCIONALIZADA (Porcentajes)



Fuente: Elaboración propia a partir de EDAD-2008.

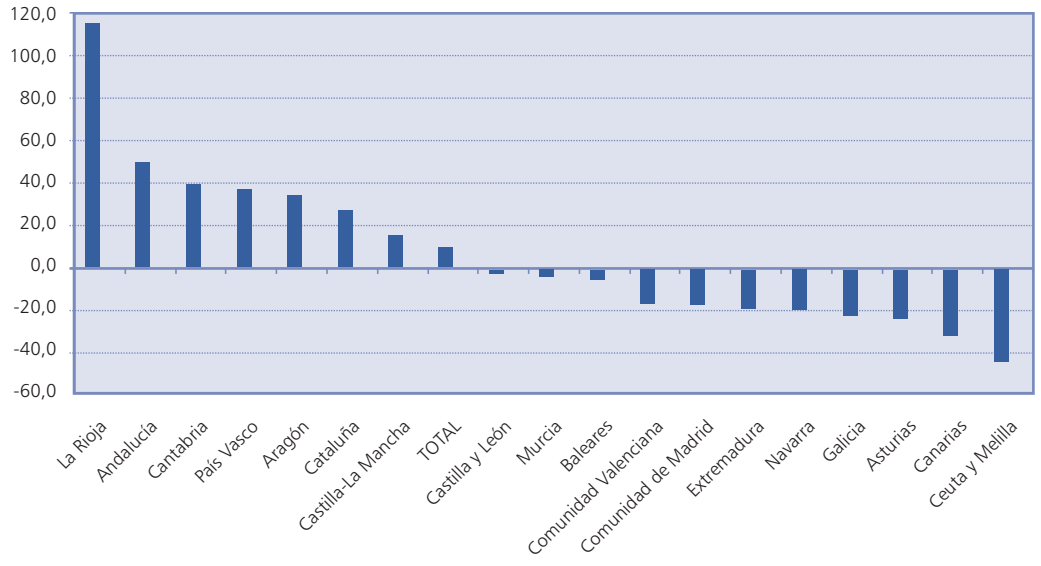
de dependientes no institucionalizados que recibe sólo este tipo de ayuda difiere significativamente entre CC.AA., oscilando entre el 86 por 100 de Canarias y el 65 por 100 de Navarra. En líneas generales, se observa que aquellas comunidades que presentaban un porcentaje de dependientes institucionalizados elevado son las que presentan también un mayor nivel de cuidados formales en el hogar. Por tanto, si incluimos los institucionalizados en el análisis (incorporándolo en la modalidad de cuidados sólo formales) las diferencias entre comunidades se agudizan: el porcentaje de personas que recibe sólo cuidado informal oscila entre el 80 por 100 de Canarias y el 51 por 100 de Navarra, y el que recibe sólo cuidado formal entre el 9 por 100 de Galicia y el 31 por 100 de Navarra.

6. Comparación del número real de beneficiarios que tienen derecho a prestación con el resultante de aplicar el BVD a EDAD-2008

El número de dependientes derivado de la encuesta se puede comparar con el registro de beneficiarios reales con derecho a prestación publicados por el IMSERSO. Con esa finalidad, hemos proyectado la tasa de prevalencia de la dependencia de Grado II y III en el año 2008 sobre la población de 2009 para compararla con el registro de dependientes de Grado II y III a 1 de enero de 2010. Hemos elegido el año 2010 por considerar que en dicha fecha ya se había producido un amplio desarrollo del SAAD, apenas incipiente en el año de realización de la encuesta. Los grados de dependencia seleccionados son los que otorgaban derecho a las prestaciones derivadas de la Ley de Dependencia en dicha fecha.

El gráfico 9 muestra la tasa de variación del número de beneficiarios con derecho a prestación derivado de las estadísticas oficiales respecto al predicho con base en la información contenida en EDAD-2008. En principio, cabría esperar un resultado ligeramente negativo, es decir, una estimación del número de beneficiarios potenciales mayor que los datos de beneficiarios reales, dado que puede haber candidatos a una valoración positiva que no hayan presentado su solicitud. Sin embargo, a nivel agregado, el número de beneficiarios reales supera al número estimado en un 10 por 100, observándose fuertes diferencias entre CC.AA.

GRÁFICO 9
DESVIACIÓN ENTRE EL NÚMERO REGISTRADO DE DEPENDIENTES DE GRADO II Y III EN ENERO DE 2010 RESPECTO AL ESTIMADO A PARTIR DE EDAD-2008 (Porcentajes)



Fuente: Elaboración propia a partir de EDAD-2008 y SAAD-IMSERSO.

Así, mientras en seis de las dieciocho CC.AA. se obtiene una desviación positiva superior al 20 por 100, en otras cinco se produce una desviación negativa superior al 20 por 100, que podría estar indicando un despliegue más lento de la Ley de Dependencia en esas comunidades. Obviamente, puede haber algún sesgo derivado del envejecimiento de la población que se haya podido producir en estos dos años, pero difícilmente explicaría la magnitud de la desviación encontrada en algunas CC.AA., como por ejemplo La Rioja o Andalucía. Por otra parte, el posible sesgo derivado de la encuesta, homogénea para todas las CC.AA., tampoco explicaría las fuertes diferencias encontradas entre ellas.

Aunque analizar las causas que explican estos desfases se aleja de los objetivos de este trabajo, dicho análisis sería de gran relevancia de cara a una adecuada evaluación del grado de desarrollo de la Ley de Dependencia en las diferentes CC.AA. En todo caso, varios estudios apuntan hacia comportamientos que podrían explicar, en parte, las desviaciones positivas observadas. En concreto, Rodríguez y Jiménez (2010), la Agencia Estatal de Evaluación de Políticas Públicas (2008) o Cervera y otros (2009) sugieren (aunque no documentan) que se han realizado reconocimientos de grado muy permisivos y, en ocasiones, sin aplicación expresa y adecuada del baremo.

Las conclusiones que se derivan del gráfico 9 deben tomarse con toda la cautela que exige el hecho de que estamos comparando los beneficiarios de prestaciones de dependencia registrados con estimaciones calculadas a partir de una encuesta que, además, ofrece información incompleta sobre algunos de los ítems que se valoran en el baremo oficial. No obstante, una vez hechas estas salvedades, es importante subrayar que uno de los resultados centrales de nuestro estudio es que la distribución territorial de la dependencia no es uniforme. Es decir, el peso de la población dependiente de una comunidad autónoma respecto al total de personas dependientes de España, no se corresponde con el peso relativo de la población de dicha comunidad. Por ese motivo, cualquier conclusión sobre el grado de aplicación de la Ley de Dependencia en las CC.AA., basado en el peso que representan los beneficiarios con derecho a prestación reconocido respecto a la población de esa comunidad, puede conducir a evaluaciones erróneas.

V. CONCLUSIONES

Este trabajo ha mostrado una panorámica general sobre la situación actual de la dependencia en España y en algunos países europeos. Los principales resultados han sido obtenidos a partir de la *Encuesta sobre discapacidades, autonomía personal y situaciones de dependencia* realizada por el INE en 2008 y *The Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe,* correspondiente al año 2007.

Las conclusiones más destacadas son las siguientes:

1. Existe una amplia heterogeneidad respecto al nivel de limitaciones y al tipo de ayuda que recibe la población mayor de 50 años, no institucionalizada, en los países europeos que han participado en SHARE (Austria, Alemania, Suecia, Holanda, España, Italia, Francia, Dinamarca, Grecia, Suiza y Bélgica). Estos países se podrían clasificar en tres grupos: Sur (España, Italia y Grecia), Norte (Dinamarca, Suecia y Holanda) y el resto de países, en los que se combinan características de ambos. Los países del Sur se caracterizan por un mayor porcentaje de personas con limitaciones, pero sobre todo, por una mayor intensidad de éstas. España es el país donde la prevalencia de personas con limitaciones y el número medio de limitaciones entre ellas es mayor. El menor nivel de institucionalización de los países del Sur, podría explicar en parte estas diferencias.

2. Respecto al tipo de ayuda, también se observan grandes diferencias entre países. Los países del Sur, encabezados por España, en relación con los países del Norte, duplican el porcentaje de personas mayores con limitaciones que reciben ayuda informal dentro del hogar. Por el contrario, los países del Sur presentan un porcentaje menor de ayuda externa profesional, pero intensa cuando ésta se recibe, cubriendo en parte la labor que en otros países realizan los servicios residenciales. Mientras Francia presenta una situación muy similar a los países del Norte, la situación de Alemania es más semejante a la de los países del Sur.

3. En España existen en torno a dos millones de dependientes, los cuales suponen un 5 por 100 de la población. La tasa de prevalencia de la dependencia en las personas mayores de 64 años es del 21 por 100. La tasa de prevalencia de la dependencia entre la población femenina casi duplica la de la población masculina (6,7 y 3,5 por 100 respectivamente).

4. Aplicando el Baremo de valoración de la dependencia (derivado de la Ley de Dependencia) a la información contenida en EDAD-2008, se observa que el número de dependientes se reduce a medida que se incrementa el nivel de severidad. Así, mientras la mitad de los dependientes españoles tienen una va-

loración inferior a 25 puntos, los de Grado I, Grado II y Grado III suponen un 21 por 100, 16 por 100 y 12 por 100, respectivamente.

5. La prevalencia territorial de la dependencia dista mucho de ser homogénea, llegando a diferencias de más del doble entre CC.AA. Galicia es la comunidad que presenta un mayor número de dependientes respecto a su población, seguida de Castilla y León, Extremadura y Asturias, todas ellas con porcentajes superiores al 6 por 100. Por el contrario, Madrid, Canarias, La Rioja y Baleares son las comunidades que presentan porcentajes inferiores al 4,5 por 100. La distribución de la dependencia de Grado I-III es también diferente entre comunidades. Se observa un ligero incremento del peso de los dependientes de Grado III y una reducción del Grado II en aquellas comunidades con mayor prevalencia de la dependencia.

6. En España, un 11 por 100 de los dependientes está institucionalizado. El nivel de institucionalización va creciendo conforme se incrementa la severidad de dependencia, llegando al 19 por 100 para los dependientes de Grado III. Existen fuertes diferencias entre CC.AA. respecto al nivel de institucionalización de los dependientes, oscilando entre 4 por 100 de Murcia y el 21 por 100 de Navarra.

7. La inmensa mayoría de los dependientes españoles recibe cuidados informales, bien en exclusividad (70 por 100) o combinados con ayuda formal (12 por 100). Del 18 por 100 de dependientes que sólo recibe ayuda formal, un 62 por 100 están institucionalizados. A medida que aumenta la severidad de la dependencia, se reduce el porcentaje de dependientes no institucionalizados que sólo reciben cuidados informales, incrementándose principalmente el porcentaje de dependientes que combinan ambos tipos de ayuda.

8. Aunque en todas las CC.AA. la situación más frecuente es que los dependientes reciban sólo ayuda informal, existen fuertes diferencias entre ellas. El porcentaje de dependientes que recibe sólo cuidado informal oscila entre el 80 por 100 de Canarias y el 51 por 100 de Navarra, y el que sólo recibe cuidado formal varía entre el 9 por 100 de Galicia y el 31 por 100 de Navarra.

9. El número de beneficiarios con derecho a prestación (grados II y III), publicado por el IMSERSO en enero del 2010, es un 10 por 100 superior al número estimado a partir de la información contenida en EDAD-2008. Son especialmente llamativas las grandes diferencias encontradas entre CC.AA., alcanzando seis de ellas desviaciones superiores al 20 por 100. Por el contrario, en otras cinco comunidades el número oficial de beneficiarios con derecho a prestación es un 20 por 100 inferior al estimado.

NOTAS

(*) Los autores agradecen la ayuda económica recibida del Centro de Investigación Económica y Financiera (CIEF) de la Fundación Caixa Galicia, de la Consellería de Innovación e Industria de la Xunta de Galicia (PGIDITO-6PXIB300217PR), y del Ministerio de Ciencia e Innovación (ECO 2008-05771). Los dos primeros autores desean agradecer a la *Personal and Social Services Research Unit* (PSSRU), de la *London School of Economics,* su invitación para realizar una estancia de investigación, durante la cual se realizó parte de este estudio. La visita del primero de los autores ha recibido financiación procedente del programa de movilidad de investigadores «José Castillejo» del Ministerio de Educación y Ciencia.

(1) Este artículo utiliza datos de la segunda ola de SHARE (versión 1.0.1). La recogida de datos en SHARE (2004-2007) ha sido financiada principalmente por la Comisión Europea a través del V y VI Programas Marco (proyecto QLK6-CT-2001-00360; RII-CT-2006-062193, CIT5-CT-2005-028857). También se quiere agradecer financiación adicional recibida del U.S. National Institute on Aging (U01 AG09740-13S2; P01 AG005842; P01 AG08291; P30AG12815; Y1-AG-4553-01; OGHA 04-064; R21 AG025169), así como de varias fuentes de financiación nacionales (ver www.share-project.org para una lista completa de las instituciones financiadoras).

(2) En Marbán (2009) se puede consultar una revisión del mapa de prestaciones y reformas en la política de atención a la dependencia.

(3) Según los datos de la OCDE, en el año 2007 España tenía una esperanza de vida de 81 años, frente a una esperanza de vida de 80,1 años que, en media, tienen los países participantes en SHARE.

(4) En febrero de 2011 se ha aprobado un nuevo BVD que entrará en vigor en febrero de 2012 (Real Decreto 174/2011).

(5) A los niños menores de 6 años se les aplica otro cuestionario que no proporciona información sobre el grado de apoyo de cada tarea, con lo cual no podemos aplicar el coeficiente de apoyo que utiliza el BVD para niños entre 3 y 5 años. Para los niños menores de 3 años existe, además, un BVD distinto, que no ha sido analizado en este estudio.

(6) Se identifica, por tanto, dependencia con necesidad de ayuda de terceras personas, y no con dependencia en sentido amplio, que podría incluir dependencia de asistencia técnica exclusivamente.

(7) Siguiendo el BVD, la puntuación de un dependiente está en función de las tareas en las que necesita ayuda y de la intensidad de la ayuda (ver anexo). Dependiendo de la intensidad de la ayuda, se aplica un coeficiente de apoyo distinto, el cual oscilará entre 0,9 (sólo necesita supervisión o ayuda parcial) y 1 (necesita asistencia especial).

(8) Para ser estrictos en la aplicación del manual del Ministerio de Trabajo y Asuntos sociales (2007), se debería considerar el nivel de dificultad que tiene el dependiente después de la ayuda técnica y antes de la ayuda personal. Como no disponemos de esa información, hemos preferido analizar la dependencia usando el nivel de dificultad antes de cualquier tipo de ayuda y no después, optando por un potencial sesgo al alza en la evaluación frente a un sesgo a la baja.

(9) Los resultados de este epígrafe deben ser tomados con cautela debido a que no tenemos información sobre el tipo de cuidados que reciben un 20 por 100 de los dependientes.

BIBLIOGRAFÍA

Albarrán, I., y P. J. Alonso (2009), «La población dependiente en España: estimación del número y coste global asociado a su cuidado», *Estudios de Economía,* volumen 36 (2): 127-163.

Agencia Estatal de Evaluación de Políticas Públicas y la Calidad de los Servicios (2008), *La participación de la Administración General del Estado en el Sistema para la Auto-*

nomía y Atención a la Dependencia, Ministerio de la Presidencia, Madrid.

CASADO, D. (2007), *Efectos y abordajes de la dependencia: un análisis económico*, Elsevier Masson, Barcelona.

CERVERA MACIÀ, M.; J. A. HERCE SAN MIGUEL; G. LÓPEZ CASASNOVAS; G. RODRÍGUEZ CABRERO, y S. SOSVILLA RIVERO (2009), «Informe final del grupo de expertos para la evaluación del desarrollo y efectiva aplicación de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia», Madrid. Disponible en: http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/comisionexpertos-informe-01.pdf.

CONDE-RUIZ, J.I., y C.I. GONZÁLEZ (2010), «Envejecimiento: pesimistas, optimistas, realistas», *Panorama Social,* 11: 112-233.

EUROPEAN COMMISSION (DG ECFIN), y THE ECONOMIC POLICY COMMITTEE (AWG) (2009), «The Ageing Report 2009: Economic and budgetary projections for the EU-27 Member States (2008-2060)», *European Economy,* 2.

IMSERSO (2004), *Atención a las personas en situación de dependencia en España, Libro Blanco,* Madrid.

KANE, R., y R. KANE (2000), *Assessing Older Persons Measures, Meaning, and Practical Applications,* Oxford University Press, Nueva York.

KATZ, S.; A.B. FORD; R.W. MOSKOWITZ; B.A. JACKSON, y M.W. JAFFE (1963), «Studies of illness in the aged. The Index of ADL: A standardised measure of biological and psychosocial function», *Journal of the American Medical Association,* 185: 914-919.

LAWTON, M.P., y E.M. BRODY (1969), «Assessment of older people: Self-maintaining and instrumental Activities of Daily Living», *Gerontologist*, 9: 179-186.

MAHONEY F.I., y D. BARTHEL (1965), «Functional evaluation: The Barthel Index», *Maryland State Medical Journal,* 14: 56-61.

MARBÁN, V. (2009), «Atención a la dependencia», en MORENO, L. (ed.), *Reformas de las políticas de bienestar en España,* Siglo XXI, Madrid.

MINISTERIO DE TRABAJO Y ASUNTOS SOCIALES (2007), *Manual de uso para el empleo del baremo de valoración de la dependencia.* Dirigido a profesionales valoradores, disponible en http://www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/manualbvd.pdf.

OECD (2005), «The OECD Health Project: Long-term care of older people», *Social Issues,* volumen 5 (11): 1-140.

— (2009), *Society at a Glance 2009 - OECD social indicators,* disponible en http://www.oecd.org/document/24/0,3746, en_2649_34637_2671576_1_1_1_1,00 html.

QUEREJETA, M. (2004), *Discapacidad/dependencia: unificación de criterios de valoración y clasificación*, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Madrid.

RODRÍGUEZ, A., y A. JIMÉNEZ (2010), «La atención a la dependencia y el empleo», *Documento de trabajo 159,* Fundación Alternativas.

SCHOENI, R. F.; V. A. FREEDMAN, y L. G. MARTIN (2009), «Socioeconomic and demographic disparities in trends in old-age disability», en CUTLER, D. M., y D. A. WISE (eds.), *Health at Older Ages: The Causes and Consequences of Declining Disability Among the Elderly*, University of Chicago Press, Chicago.

VILAPLANA, C. (2010), «Estimación de la dependencia en España a partir de EDAD 2008», *Hacienda Pública Española/Revista de Economía Pública,* 194 (3): 125-175.

ANEXO

BAREMO DE VALORACIÓN DE LA DEPENDENCIA (BVD)

En el Real Decreto 504/2007 (*BOE* 21 de abril de 2007) se proponen dos tipos de baremos en función de si la persona es menor de 3 años o no. A todas las personas de 3 ó más años se le aplica el BVD que figura en el anexo A del Real Decreto (que denominaremos BVD-A). Además, si la persona evaluada presenta discapacidad intelectual, enfermedad mental o cualquier limitación perceptivo-cognitiva se le aplicará también el BVD que figura en el anexo B del citado Real Decreto (BVD-B), asignándole los puntos resultantes del BVD que le otorgue mayor puntuación. El cuadro A.1 describe el peso asignado por el BVD-A y el BVD-B a cada una de las actividades, así como la puntuación de cada una de las tareas en que se subdividen las diferentes actividades. Estas tareas deberán ponderarse en función del grado de apoyo que la persona necesite para realizarlas. Los valores que puede tomar el grado de apoyo se muestran al final del cuadro A.1. A partir de la información contenida en dicho cuadro, se puede calcular la severidad de la dependencia de un individuo en cada una de las diez actividades (once en el BVD-B), agregando el peso de cada una de las tareas que la componen ponderado por el grado de apoyo que necesita para su realización. Una vez obtenida la puntuación parcial en cada una de las tareas, la puntuación total que recibe el dependiente es la que resulta de sumar las puntuaciones parciales obtenidas en cada una de las diez actividades (u once para el anexo B), ponderadas por el peso que tiene esa actividad en el BVD (por ejemplo, para mayores de 17 años el peso de comer y beber es 17,8). Por construcción, la puntuación de este baremo oscila entre 0 y 100 puntos.

Aplicación del BVD a EDAD-2008

La información contenida en EDAD-2008 no permite una aplicación directa del BVD por diferentes motivos, entre los que destacan los siguientes. En primer lugar, en EDAD-2008 no tenemos información para muchas de las tareas mostradas en el BVD (aunque sí para las actividades). En segundo lugar, para poder aplicar el BVD-B necesitamos información sobre la capacidad de la persona para tomar decisiones; sin embargo, en EDAD-2008 no disponemos de esa información de manera directa. En tercer lugar, para aplicar la ponderación de 1 (asistencia especial) a una determinada tarea, necesitamos conocer si la persona tiene problemas perceptivos-cognitivos que dificultan la ayuda. En EDAD-2008 sabemos si la persona presenta ese tipo de problemas, pero no en qué medida dichos problemas dificultan la ayuda. Creemos que la variable referente a si el dependiente colabora o se resiste, en combinación con tener problemas mentales, sería un buen criterio para asignar asistencia especial, pero, debido a que en el nivel de colaboración/resistencia hay una tasa de no respuesta del 20 por 100 entre los entrevistados dependientes, la hemos usado como motivo de inclusión, pero no de exclusión. Por todo lo anteriormente mencionado, hemos establecido algunos supuestos que nos permiten diseñar un sistema de equivalencias para poder aplicar el BVD a EDAD-2008. Dichas equivalencias se muestran en el cuadro A.1, siguiendo una presentación similar a Vilaplana (2010) para facilitar las comparaciones.

ANEXO (*continuación*)

CUADRO A.1

ADAPTACIÓN DEL BAREMO DE VALORACIÓN DE LA DEPENDENCIA A LA INFORMACIÓN CONTENIDA EN LA ENCUESTA SOBRE DISCAPACIDADES, AUTONOMÍA PERSONAL Y SITUACIONES DE DEPENDENCIA (EDAD-2008)

*BVD (RD504/2007) - ANEXO A (ANEXO B)**					*EDAD-2008*				
Edad del dependiente	*3-6*	*7-10*	*11-17*	*+17*	*Edad del dependiente*	*3-6*	*7-10*	*11-17*	*+17*
1. Comer y beber	**29,1 (18,3)**	**19,3 (10,9)**	**19,3 (10,9)**	**17,8 (10)**	**1. Comer y beber**	**29,1 (18,3)**	**19,3 (10,9)**	**19,3 (10,9)**	**17,8 (10)**
Abrir botellas y latas	NA	0,10	0,10	0,10	Comer y beber	0,99	1	1	1
Cortar o partir la carne en trozos	NA	0,25	0,25	0,25					
Usar cubiertos para llevar la comida a la boca	0,38	0,25	0,25	0,25					
Sujetar el recipiente de la bebida	0,23	0,15	0,15	0,15					
Acercarse el recipiente de la bebida a la boca	0,23	0,15	0,15	0,15					
Sorber las bebidas	0,15	0,10	0,10	0,10					
2. Regulación de la micción/defecación	**24,2 (12,8)**	**16,1 (7,6)**	**16,1 (7,6)**	**14,8 (7)**	**2. Regulación de la micción/defecación**	**24,2 (12,8)**	**16,1 (7,6)**	**16,1 (7,6)**	**14,8 (7)**
Acudir a un lugar adecuado	0,25	0,20	0,20	0,20	Controlar las necesidades o realizar actividades relacionadas con la micción	0,4	0,4	0,4	0,4
Manipular la ropa	0,19	0,15	0,15	0,15					
Adoptar y abandonar la postura adecuada	0,25	0,20	0,20	0,20					
Limpiarse	NA	0,20	0,20	0,20	Controlar las necesidades o realizar actividades relacionadas con la defecación	0,6	0,6	0,6	0,6
Continencia micción	0,13	0,10	0,10	0,10					
Continencia defecación	0,19	0,15	0,15	0,15					
3. Lavarse	**14,5 (14,7)**	**9,6 (8,7)**	**9,6 (8,7)**	**8,8 (8)**	**3. Lavarse**	**14,5 (14,7)**	**9,6 (8,7)**	**9,6 (8,7)**	**8,8 (8)**
Lavarse las manos	0,50	0,15	0,15	0,15	Lavarse o secarse las diferentes partes del cuerpo	1	1	1	1
Lavarse la cara	0,50	0,15	0,15	0,15					
Lavarse la parte inferior del cuerpo	NA	0,35	0,35	0,35					
Lavarse la parte superior del cuerpo	NA	0,35	0,35	0,35					
4. Otros cuidados corporales	**NA (NA)**	**3,2 (2,2)**	**3,2 (2,2)**	**2,9 (2)**	**4. Otros cuidados corporales**	**NA (NA)**	**3,2 (2,2)**	**3,2 (2,2)**	**2,9 (2)**
Peinarse	NA	0,33	0,30	0,30	Realizar los cuidados básicos del cuerpo	NA	0,99	1	1
Cortarse las uñas	NA	NA	0,15	0,15					
Lavarse el pelo	NA	0,33	0,25	0,25					
Lavarse los dientes	NA	0,33	0,30	0,30					
5. Vestirse	**NA (NA)**	**12,9 (12,6)**	**12,9 (12,6)**	**11,9 (11,6)**	**5. Vestirse**	**NA (NA)**	**12,9 (12,6)**	**12,9 (12,6)**	**11,9 (11,6)**
Calzarse	NA	0,15	0,15	0,15	Vestirse o desvestirse	NA	1	1	1
Abrocharse botones	NA	0,15	0,15	0,15					
Vestirse prendas de la parte inferior del cuerpo	NA	0,35	0,35	0,35					
Vestirse prendas de la parte superior del cuerpo	NA	0,35	0,35	0,35					
6. Mantenimiento de la salud	**NA (NA)**	**3,2 (12)**	**3,2 (12)**	**2,9 (11)**	**6. Mantenimiento de la salud**	**NA (NA)**	**3,2 (12)**	**3,2 (12)**	**2,9 (11)**
Aplicarse medidas terapéuticas recomendadas	NA	0,50	0,25	0,25	Cumplir prescripciones médicas	NA	0,5	0,25	0,25
Evitar riesgos dentro del domicilio	NA	0,50	0,25	0,25	Evitar situaciones de peligro en la vida diaria	NA	0,5	0,5	0,5
Evitar riesgos fuera del domicilio	NA	NA	0,25	0,25					
Pedir ayuda ante una urgencia	NA	NA	0,25	0,25	Usar el teléfono	NA	NA	0,25	0,25

ANEXO (*continuación*)

CUADRO A.1 (*continuación*)

ADAPTACIÓN DEL BAREMO DE VALORACIÓN DE LA DEPENDENCIA A LA INFORMACIÓN CONTENIDA EN LA ENCUESTA SOBRE DISCAPACIDADES, AUTONOMÍA PERSONAL Y SITUACIONES DE DEPENDENCIA (EDAD-2008)

*BVD (RD504/2007) - ANEXO A (ANEXO B)**					*EDAD-2008*				
Edad del dependiente	*3-6*	*7-10*	*11-17*	*+17*	*Edad del dependiente*	*3-6*	*7-10*	*11-17*	*+17*
7. Transferencias corporales	**12 (3,7)**	**8 (2,2)**	**8 (2,2)**	**7,4 (2)**	**7. Transferencias corporales**	**12 (3,7)**	**8 (2,2)**	**8 (2,2)**	**7,4 (2)**
Sentarse	0,15	0,15	0,15	0,15	Cambiar el cuerpo de postura	0,45	0,45	0,45	0,45
Tumbarse	0,10	0,10	0,10	0,10					
Ponerse de pie	0,20	0,20	0,20	0,20					
Transferir mientras está sentado	0,25	0,25	0,25	0,25	Mantener el cuerpo en la misma postura	0,55	0,55	0,55	0,55
Transferir mientras está acostado	0,30	0,30	0,30	0,30					
8. Desplazarse dentro del hogar	**20,2 (22,2)**	**13,4 (13,2)**	**13,4 (13,2)**	**12,3 (12,1)**	**8. Desplazarse dentro del hogar**	**20,2 (22,2)**	**13,4 (13,2)**	**13,4 (13,2)**	**12,3 (12,1)**
Realizar desplazamientos vinculados al autocuidado	0,50	0,50	0,50	0,50	Moverse dentro de la vivienda	1	1	1	1
Realizar desplazamientos no vinculados al autocuidado	0,25	0,25	0,25	0,25					
Acceder a los elementos comunes de las habitaciones	0,10	0,10	0,10	0,10					
Acceder a las estancias comunes de la vivienda habitual	0,15	0,15	0,15	0,15					
9. Desplazarse fuera del hogar	**NA (NA)**	**14,3 (14)**	**14,3 (14)**	**13,2 (12,9)**	**9. Desplazarse fuera del hogar**	**NA (NA)**	**14,3 (14)**	**14,3 (14)**	**13,2 (12,9)**
Acceder al exterior del edificio	NA	0,42	0,25	0,25	Andar y moverse fuera de la vivienda	NA	1	0,75	0,75
Desplazarse alrededor del edificio	NA	0,42	0,25	0,25					
Realizar desplazamientos cercanos	NA	0,17	0,10	0,10					
Realizar desplazamientos lejanos	NA	NA	0,15	0,15					
Utilizar medios de transporte	NA	NA	0,25	0,25	Usar medios de transporte como pasajero	NA	NA	0,25	0,25
10. Tareas domésticas	**NA (NA)**	**NA (NA)**	**NA (NA)**	**8 (8)**	**10. Tareas domésticas**	**NA (NA)**	**NA (NA)**	**NA (NA)**	**8 (8)**
Preparar comidas	NA	NA	NA	0,45	Preparar comida	NA	NA	NA	0,45
Hacer la compra	NA	NA	NA	0,25	Organizar, hacer y trasladar la compra	NA	NA	NA	0,25
Limpiar y cuidar la vivienda	NA	NA	NA	0,20	Ocuparse de las tareas domésticas	NA	NA	NA	0,30
Lavar y cuidar la ropa	NA	NA	NA	0,10					
11. Tomar decisiones	**0 (28,3)**	**0 (16,7)**	**0 (16,7)**	**0 (15,4)**	**11. Tomar decisiones**	**0 (28,3)**	**0 (16,7)**	**0 (16,7)**	**0 (15,4)**
Actividades de autocuidado	0,42	0,38	0,33	0,30	Llevar a cabo tareas sencillas	0,71	0,62	0,55	0,55
Actividades de movilidad	0,29	0,25	0,22	0,20					
Tareas domésticas	NA	NA	NA	0,10					
Relaciones interpersonales	0,29	0,25	0,22	0,20	Mostar afecto/respeto por otras personas	0,29	0,25	0,22	0,20
Gestión del dinero	NA	0,12	0,11	0,10	Llevar a cabo tareas complejas	NA	0,13	0,22	0,25
Uso de servicios a disposición del público	NA	NA	0,11	0,10					

ANEXO (*continuación*)

CUADRO A.1 (continuación)

ADAPTACIÓN DEL BAREMO DE VALORACIÓN DE LA DEPENDENCIA A LA INFORMACIÓN CONTENIDA EN LA ENCUESTA SOBRE DISCAPACIDADES, AUTONOMÍA PERSONAL Y SITUACIONES DE DEPENDENCIA (EDAD-2008)

COEFICIENTE DE APOYO (RD504/2007)		*EDAD-2008*	
0,9	**Supervisión/preparación o asistencia física parcial**: necesita que otra persona supervise la actividad o colabore físicamente en la realización de la misma.	Tiene dificultad para realizar la tarea, recibe asistencia personal y:	Dificultad moderada o severa, excepto si padece alguna enfermedad mental o deficiencias perceptivo-cognitivas, o se resiste a la ayuda.
0,95	**Asistencia física máxima**: necesita que otra persona le sustituya en la realización física de la actividad.		No puede realizar la actividad, excepto si padece alguna enfermedad mental o deficiencias perceptivo-cognitivas, o se resiste a la ayuda.
1	**Asistencia especial**: la persona presenta trastornos de comportamiento y/o problemas perceptivos-cognitivos que dificultan la prestación del apoyo		Padece alguna enfermedad mental o deficiencias perceptivo-cognitivas, o se resiste a la ayuda, o es sordo-ciega.

NA: No Aplica

* El anexo B del BVD se aplica cuando la persona presenta discapacidad intelectual, enfermedad mental o cualquier limitación perceptivo-cognitiva. Sólo se muestra la información sobre este baremo (entre paréntesis) cuando difiere de la puntuación asignada en el anexo A.

LAS PERSONAS MAYORES CON DEPENDENCIA EN LA ESPAÑA DEL SIGLO XXI

Juan Manuel GARCÍA GONZÁLEZ

Universidad Nacional de Educación a Distancia

Resumen

La inclusión en la agenda política de acciones respecto a la situación de personas con discapacidad o con necesidad de ayuda es un fenómeno relativamente nuevo en la sociedad española, que se ha dado, además, en un contexto de progresivo envejecimiento demográfico de la población. Con el presente artículo, se pretenden tres objetivos. El primero, construir el perfil de la población española mayor de 65 años que se encuentra en situación de dependencia. El segundo, estudiar los principales aspectos que influyen en la prevalencia de la dependencia. Y el tercero, establecer las relaciones entre el estado de salud autopercibido y la prevalencia de la dependencia. Para ello se han explotado los datos de la *Encuesta de condiciones de vida de las personas mayores* en España, llevada a cabo por el Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS) en 2006. Los resultados indican que ser mujer, tener una mayor edad y tener un menor nivel de instrucción incrementan tanto la probabilidad de padecer dependencia, y su gravedad, como la percepción negativa del estado de salud.

Palabras clave: dependencia, discapacidad, salud, vejez, envejecimiento.

Abstract

The inclusion in the political agenda of policies towards disabled people or people in need of help is a quite new phenomenon in Spanish society which furthermore takes place in a context of progressive population ageing. This article pursues three purposes: first, to outline the contours of the Spanish population older than 65 in situation of dependence; second, to explore the main aspects explaining the prevalence of dependence; and third to figure out the relationships between the self-perceived health situation and the prevalence of dependence. To achieve these purposes the author makes use of the Survey on Life Conditions of Elderly People administered by the Social Research Center (CIS) in 2006. The research results show that being a woman, being older and having a lower education level increases the likelihood of dependence and its seriousneess as well as the negative perception of the own health status.

Key words: dependency, disability, health, old age, ageing.

JEL classification: I10, J14.

I. INTRODUCCIÓN

AL igual que el resto de sociedades demográficamente avanzadas, la población española ha estado y sigue inmersa en un acelerado proceso de transición demográfica que ha provocado, en los últimos cuarenta años, un cambio importante de la pirámide poblacional. Ha sido este un proceso de envejecimiento que se ha desarrollado a un ritmo vertiginoso, en unos plazos considerablemente más cortos que en otros países. Mientras que en el resto de Europa Occidental el envejecimiento empezaba a hacerse patente tras la Segunda Guerra Mundial, en España no surgieron indicios evidentes hasta la década de los setenta (Gómez Redondo, 1995). Paralelamente a esta modificación de la estructura poblacional, han ocurrido otros cambios: por una parte, la esperanza de vida al nacimiento ha aumentado considerablemente (Gómez Redondo, 2005; Gómez Redondo y Boe, 2004), hasta superar los ochenta años en 2008; por otra parte, la morbilidad en la tercera y cuarta edad ha experimentado notables variaciones (Robles, 2009), entre las que destacan una caída de la mortalidad por enfermedades cardiovasculares —la llamada *revolución cardiovascular* de finales de siglo XX (Meslé y Vallin, 2002)— y un aumento de la mortalidad provocada por tumores malignos, enfermedades del sistema nervioso y trastornos mentales (Gómez Redondo, 2005); asimismo, el sistema sanitario español se ha transformado con la universalización de la asistencia sanitaria pública, potenciándose la asistencia primaria, mientras se creaba una compleja red descentralizada de servicios de salud y se elaboran programas dirigidos a colectivos específicos (Rico *et al.*, 2007).

Este marco se empezó a dibujar en la incipiente España democrática, cuando el porcentaje de personas mayores de 65 años no alcanzaba el 10 por 100. En cambio, el año 2008 vio transitar por la vejez a más del 16 por 100 de la población, lo que suponía más de siete millones y medio de personas (1). Cada una de estas biografías alcanza la vejez de un modo diferente, con un recorrido particular y con unas condiciones de vida singulares. El conocimiento de sus necesidades y de sus percepciones como grupo con unas necesidades específicas, como colectivo que es cada vez más heterogéneo, es de vital importancia.

En este contexto se aprobó en España, a finales de 2005, la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de Dependencia, más conocida como Ley de la Dependencia (2). En su exposición de motivos se alude a que, ya en octubre de 2003, la renovación del Pacto de Toledo recomendaba que se configurara «un sistema integrado que aborde desde la perspectiva de globalidad el fenómeno de la dependencia», siendo necesario para ello una «pronta regulación en la que se recoja la definición de dependencia, la situación actual de su

cobertura, los retos previstos y las posibles alternativas para su protección». Por lo tanto, años antes de la aprobación de la Ley de la Dependencia, los políticos ya se planteaban que se regulara de algún modo esta importante cuestión para la población española, sobre todo para los mayores de 65 años, cuyo número «se ha duplicado en los últimos 30 años, para pasar de 3,3 millones de personas en 1970 (un 9,7 por 100 de la población total) a más de 6,6 millones en 2000 (16,6 por 100). A ello hay que añadir el fenómeno demográfico denominado "envejecimiento del envejecimiento", es decir, el aumento del colectivo de población con edad superior a 80 años, que se ha duplicado en sólo veinte años» (Ley de la Dependencia, 2005: 44142-3). Esta Ley supone, además, la inclusión en la agenda política de la situación de personas con discapacidad y sus cuidadores.

Este artículo se encuadra dentro del marco general de estudio de la salud, la discapacidad y la dependencia como aspectos que influyen de modo notorio en las condiciones de vida de las personas mayores. De forma más específica, con este trabajo se pretenden estudiar, en primer lugar, los condicionantes sociales de la dependencia, y en segundo lugar, la relación entre el estado de salud y la dependencia.

La estructura del artículo es la que sigue. En el apartado II se examinan y discuten los conceptos de vejez, envejecimiento, salud, discapacidad y dependencia; en el apartado III, se resumen los datos que se han utilizado, las técnicas de análisis y los procesos de operacionalización practicados. Las hipótesis de trabajo conforman el apartado IV; en el V, se ofrecen los resultados de los análisis efectuados. Una discusión de estos conforma el apartado VI, antesala de la formulación de las conclusiones y del apunte de debates abiertos (apartado VII).

II. MARCO CONCEPTUAL

1. Vejez y envejecimiento

La vejez y el envejecimiento parecen temas antiguos, habituales y repletos de tópicos añejos, lo cual puede deberse a la relación semántica entre esos dos vocablos. Sin embargo, cabe precisar conceptualmente ambos términos. La vejez individual es un proceso inherente a la vida, aunque no ha sido sino hasta hoy día cuando se ha considerado algo generalizado. El envejecimiento poblacional, definido como la proporción de personas mayores sobre el total de la población, es, por su parte, un asunto contemporáneo, un fenómeno relativamente reciente de las sociedades modernas. De hecho, hasta no hace demasiado tiempo las sociedades demográficamente avanzadas no se han percatado de las consecuencias que supone un envejecimiento radical y acelerado de la población. De unir ambos, esto es, la naturalidad con la que se observa la vejez y el incremento de la proporción de mayores en la estructura poblacional, resulta que los mayores, los ancianos, los «viejos» se han convertido en un grupo más de la sociedad, con significatividad estadística y con una amplia presencia social.

La concepción de la vejez ha cambiado, pues, sustantivamente. Tal y como hoy la conocemos, la vejez nace al amparo de la jubilación y los sistemas de pensiones, cuando el individuo entra en una nueva etapa de «descanso», de «júbilo», tras los años trabajados. Respecto a la figura del «viejo», siempre ha habido cierta ambivalencia. Por una parte, suscitaba y suscita veneración y respeto; por otra, generaba y genera temores, distancia y renuencia. Ambas son vejez, ambas representan el mismo concepto. Pero en la actualidad esta diferenciación entre las dos vejeces se hace menos patente, ya que se establecen una serie de criterios menos nítidos para considerar si una persona es o no mayor. Estos discernimientos se pueden basar en el estado de salud, en la edad o en la autonomía funcional. Se desdibuja entonces la línea fronteriza entre trabajo y jubilación que marcaba anteriormente la entrada en la tercera edad. No existen así unos límites claros entre la «adultez» y la vejez. En definitiva, ya no es tan fácil definir a quién se considera socialmente «viejo», porque va más allá de la mera demarcación entre «jubilado» y «no jubilado».

Además, al aumentar el volumen de personas mayores, se diversifican también los estilos de vida, las trayectorias vitales, las diferencias de clase; en definitiva, las distintas formas de vivir la vejez. Esto se ha producido gracias a una «conquista de la naturaleza», a una «victoria sobre el azar» (Pérez Ortiz, 2006). Atrás quedan las palabras del gerontólogo Leonard Hayflick, según el cual «sólo hay una y única causa de muerte a las edades avanzadas. Y esa es, simplemente, la edad avanzada. Y no se puede hacer nada con la edad avanzada» (en Vaupel, 1997: 1799). Y es que hoy en día hay una nueva ordenación de la muerte: se han superado muchas barreras naturales que se imponían inevitablemente en un principio y se ha aumentado la esperanza de vida gracias a la reducción de la mortalidad a todas las edades, transformándose radicalmente en sólo un siglo (Canudas-Romo *et al.*, 2008; Gómez Redondo y Boe, 2005, 2004). A inicios del siglo XX, a los españoles les cabía esperar vivir una media de 35 años; actualmente, nacen esperando vivir más de

80 años. De este modo, la vejez se naturaliza; todos llegan si no se interponen factores anormales, muchos de ellos creados por el propio ser humano y su modernidad. Personas que conseguían llegar a una edad avanzada ha habido siempre; pero la «vejez de masas» (Pérez Díaz, 2003) es un acontecimiento relativamente reciente. La vejez ha estirado pues su duración y ha agrandado su volumen, aumentando así el envejecimiento de la población (Robles, 2011). Los mayores viven más años, lo que incide directamente en un aumento del número de efectivos y, con ello, en un mayor número de tipos de vejez: una transformación cultural, demográfica y biológica y, por todo ello, social.

2. Salud, discapacidad y dependencia

La humanidad ha conseguido «añadir años a la vida». Ha conseguido, en términos generales, burlar a la muerte durante un rato más. Mas podría ser terrible si esos años que se consigue esquivarla se convierten en un camino espinoso. Por eso, esta victoria parcial que la humanidad ha conseguido sobre la naturaleza debe plantearse no solo en términos cuantitativos, sino también en términos cualitativos. La prolongación de la vida no implica necesariamente «añadir años de calidad», años en buen estado de salud. La *salud* debe ser entendida como un concepto amplio, definido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como un «estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades» (OMS, 1948, 2006).

El dilema está, por lo tanto, en «añadir años a la vida» o «añadir vida a los años». Una mayor longevidad no garantiza una mejor salud, tal y como queda reflejado desde la Grecia clásica en la historia mitológica de la griega Eos, que obtuvo de Zeus la inmortalidad para su esposo, Titono, pero se olvidó de solicitarla acompañada de una eterna juventud, complemento indispensable para una buena calidad de vida. Así, Titono siguió el ritmo normal de la vida, alcanzando la vejez al mismo tiempo que sus contemporáneos, pero sin poder morir. Finalmente, se refugió en su solitaria y espantosa decrepitud hasta que la caridad de los dioses lo convirtió en cigarra. Este mito clásico simboliza el auténtico objetivo del envejecimiento: que los años que se viven de más, los años que se suman a la vida, sean años de buena salud, con menos discapacidades, provistos de autonomía funcional y, consecuentemente, con una mayor y mejor calidad de vida. No es hasta la década de los setenta cuando los organismos internacionales insisten en esta idea: «el crecimiento [económico] no es un fin en sí mismo, sino un medio para crear unas condiciones de vida mejores» (OCDE, 1973). Y, ya en los noventa, la OMS (1998) empieza a considerar tan importante añadir «vida a los años» (aspectos sociales, culturales, participación) como añadir «años a la vida» (longevidad). No solo cantidad, también calidad. De ahí la pertinencia de los conceptos *calidad de vida relacionada con la salud, esperanza de vida en salud* o *esperanza de vida libre de discapacidad*, indicadores ampliamente utilizados para medir la calidad de vida en la senectud. En definitiva, el objetivo consiste en ganar años de vida, pero sobre todo, en que esos años estén libres de enfermedades que provoquen discapacidades; esto es, ganar años libres de dependencia.

A medida que las personas envejecen y que, por lo tanto, sufren un deterioro físico, aumenta la probabilidad de que aparezca una *discapacidad*. Se define entonces *discapacidad* como el conjunto de dificultades y limitaciones para la ejecución de *actividades de la vida diaria* (AVD). Esta discapacidad puede suponer que un individuo necesite ayuda y cuidados de larga duración, que es lo que se consideraría, a grandes rasgos, como *dependencia*.

El concepto de dependencia ha proporcionado quebraderos de cabeza, ya que, en el sentido del acceso y de la provisión de recursos y ayudas, su definición implica una serie de cuestiones administrativas. Por ello, en el *Libro Blanco de atención a las personas en situación de dependencia en España (Libro Blanco)*, elaborado por el Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO) en 2004, se define dependencia en relación, como se ha dicho antes, con la necesidad de ayuda de otra persona a la hora de ejecutar una serie de «actividades básicas de la vida diaria», imposibles de ejecutar por uno mismo (IMSERSO, 2004a). La lista que proporciona el *Libro Blanco* incluye quince actividades, de las cuales nueve son «básicas» y seis «instrumentales». Las primeras son las que determinan el «umbral administrativo», a partir del cual una persona dependiente tiene derecho a la protección del Sistema Nacional de Dependencia. Las encuestas de *Condiciones de vida de las personas mayores* de 2004 y 2006, que se describen posteriormente, amplían en tres la lista de actividades ofrecida por el *Libro Blanco,* de manera que se especifican dieciocho actividades, siete básicas y once instrumentales. El cuadro n.º 1 presenta una comparación entre ambas. Las actividades que se consideren como básicas definen entonces un «umbral de dependencia», y de ahí una definición de dependencia que, en términos burocrático-administrati-

CUADRO N.º 1

ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA. COMPARATIVA ENTRE LA ENCUESTA DE CONDICIONES DE VIDA Y EL *LIBRO BLANCO* DE LA DEPENDENCIA

Tipo de actividad	*Encuesta de condiciones de vida 2004 y 2006*	Libro Blanco *de la Dependencia*
1. Actividades básicas de la vida diaria		
1.1. *Autocuidado*	Asearse/arreglarse Utilizar el retrete Comer Vestirse/desvestirse Bañarse/ducharse	Asearse solo, lavarse y cuidarse de su aspecto Controlar las necesidades y utilizar solo el servicio Comer y beber Vestirse, desvestirse y arreglarse
1.2. *Funcionamiento físico básico*	Andar por la casa Levantarse/acostarse Cambiar y mantener las posiciones del cuerpo	Desplazarse dentro del hogar Levantarse, acostarse, permanecer de pie o sentado
1.3. *Funcionamiento mental básico*		Reconocer personas y objetos y orientarse Entender y ejecutar órdenes y/o tareas sencillas
1.4. *Funcionamiento físico fino*	Abrocharse los zapatos	
2. Actividades instrumentales		
2.1. *Tareas domésticas*	Preparar comidas Compras Otras tareas domésticas	Cuidarse de las comidas Cuidarse de las compras y del control de los suministros y servicios Cuidarse de la limpieza y del planchado de la ropa Cuidarse de la limpieza y el mantenimiento de la casa Cuidarse del bienestar de los demás miembros de la familia
2.2. *Movilidad extradoméstica*	Salir a la calle o desplazarse por la calle Utilizar transporte público	Deambular sin medio de transporte
2.3. *Otras actividades instrumentales*	Tomar medicación Ir al médico Administrar el dinero Hacer gestiones Utilizar el teléfono	

Fuente: PÉREZ ORTIZ (2006).

vos, permita o no el acceso al sistema de ayudas públicas. Para este trabajo, se ha creado *ex profeso* un criterio para establecer este umbral, que se explicará más adelante.

En resumen, los mayores componen un grupo cada vez más complejo de estudiar. Los cambios recientes producidos en esta fase vital, en la que a la decrepitud y a las enfermedades se han sumado nuevos modos de pensar, de organizarse y de actuar, generan una rica fuente de cultivo para la ciencia social. En las cuatro últimas décadas ha quedado atrás, como si todo un siglo hubiera transcurrido velozmente, «la miseria, el analfabetismo, la insalubridad y las políticas de beneficencia que sustentaban las temidas instituciones asilares» (Abellán *et. al.,* 2007: 7). Ahora miramos hacia una nueva etapa en la consideración de la vejez, la ancianidad y la dependencia.

III. DATOS, VARIABLES, TÉCNICAS DE ANÁLISIS Y OPERACIONALIZACIÓN

1. Datos y encuestas

Los estudios sobre las personas mayores y, más en concreto, sobre sus condiciones de vida han despertado el interés tanto de la academia como de los organismos públicos, en gran parte por dos aspectos fuertemente asociados a la vejez: la discapacidad y la dependencia. Un fenómeno que, aunque ya existiera tiempo atrás, «sólo se ha hecho visible cuando han empezado a madurar las generaciones de mujeres incorporadas al mundo laboral, que ya no pueden ser cuidadoras de padres dependientes» (Puga, 2001: 6). Así, al calor de este interés, en España se han encargado y realizado una serie de encuestas sobre mayores y sus condiciones de vida, elaboradas por el Centro de Investigacio-

nes Sociológicas (CIS) y el IMSERSO. Muestras de ello son la encuesta de doble oleada 1993/1994 titulada *Apoyo informal a las personas mayores* (estudios CIS 2072 y 2117), la de 1997 sobre *La soledad en las personas mayores* (estudio CIS 2279) y, más recientemente, las encuestas de *Condiciones de vida de las personas mayores* de 2004 (estudio IMSERSO 4597) y 2006 (estudio CIS 2647). Además, organismos como el mismo IMSERSO y el Observatorio de Personas Mayores elaboran desde 2002, bajo el lema «conocer para intervenir», documentos como el *Informe de condiciones de vida de las personas mayores*, *Estructura social de la vejez,* y *Dependencia y necesidades asistenciales de los mayores en España*.

La *Encuesta de condiciones de vida de las personas mayores* de 2006, elaborada por el CIS en colaboración con el IMSERSO, es el pilar básico sobre el que se sustentan los capiteles estadísticos de este artículo. Esta encuesta (Estudio CIS 2647) se basa en 3.537 entrevistas personales realizadas a escala nacional a personas de ambos sexos de 65 o más años, muestra que se reduce a 3.371 tras la depuración de datos. Esta encuesta no fue diseñada expresamente para estudiar la dependencia, aunque permite, con algunos ajustes, realizar una evaluación siguiendo la definición de dependencia que ofrece el *Libro Blanco.* Tales ajustes se refieren específicamente a la lista de AVD. Esta encuesta amplía en tres el número de AVD consideradas, siendo en total dieciocho, pero rebaja de nueve a siete las actividades básicas, que son las que definen finalmente el umbral de dependencia. Esta cuestión implica una limitación para la medición de la dependencia en la población española, pero no por ello se invalidan los resultados. De manera transversal, y desde una perspectiva comparada, se emplean también el estudio IMSERSO 4597 y los estudios CIS 2072 y 2117.

2. Variables

Las variables dependientes de esta investigación son tres. La primera de ellas, dicotómica, es la existencia o no de dependencia en el sujeto. La segunda, ordinal, es la gravedad de la dependencia, que puede adoptar tres categorías: dependencia leve, dependencia moderada y dependencia total. Ambas son constructos calculados a partir de un índice de discapacidad/dependencia creado para este estudio. Por último, la tercera es el estado de salud autopercibido, variable ordinal que se ha recodificado en tres categorías (muy buena o buena, regular y mala o muy mala) para que las interpretaciones sean menos dispersas y más parsimoniosas. Respecto a la variable salud, es imprescindible apuntar que la salud subjetiva muestra, por una parte, el estado físico general de las personas, que comprende las enfermedades que padecen o han padecido y las limitaciones que estas les provocan o les han provocado, y por otra, traduce los problemas sociales o del entorno y los del propio estilo de vida de la persona. Así, este indicador refleja el estado de salud general de una población y, a pesar de su subjetividad inmanente, está aceptado generalmente tanto en la academia como en las administraciones públicas. Sin duda, y por mor de honestidad conviene reconocerlo, sería más aconsejable el uso de una serie de variables que posibilitaran aproximarse a una estimación de *salud objetiva*, factor que permitiría contrastar la hipótesis planteada midiendo el efecto neto de la relación entre la evaluación de la salud y el riesgo de la dependencia.

Las variables explicativas son principalmente de índole sociodemográfica. En primer lugar, en un estudio sobre dependencia y salud es imprescindible tener en cuenta la diferenciación por sexo, por lo que esta es una variable transversal a todos los análisis. Asimismo, la edad, el estado civil, el tipo de hogar en el que vive el encuestado, el tamaño del hábitat y su nivel de estudios constituyen también variables explicativas y de control, siendo todas ellas recodificadas en categorías más simples para evitar la dispersión muestral.

3. Técnicas de análisis

Dos son las técnicas estadísticas que se han utilizado en el presente estudio: por un lado, las tablas de contingencia múltiples, con las que se pueden describir y analizar las relaciones existentes entre las variables cualitativas consideradas y las categorías que las componen; por otro, el análisis de regresión logística. Se plantea un modelo logístico multivariante con el que se miden las *odds ratio* para cada categoría de cada variable independiente con respecto a una característica de referencia de una variable dependiente dicotómica. Así, se realiza un primer análisis exploratorio a través de tablas de contingencia, de modo que posteriormente se pueda ofrecer un modelo logístico conjunto que incluya a todas las variables relevantes. Cabe así explicar el efecto probabilístico que se produciría con respecto a la variable dependiente, en las categorías de los diferentes factores, si el resto de características independientes permanecieran estables.

En concreto, se aplican modelos logísticos, por una parte, sobre la población dependiente y la no dependiente, de tal modo que puedan valorarse en términos probabilísticos los factores asociados al riesgo de la

dependencia. La aproximación bivariada permite presentar modelos multivariantes ya depurados y libres de factores no significativos. Se ha realizado una serie de seis modelos logísticos. El primero incluye todos los casos. En un segundo bloque hay tres modelos diferenciados, uno por cada grupo de edad considerado, ya que la edad es el factor determinante de la dependencia. Un tercer bloque está dividido en hombres y mujeres, de modo que se puedan considerar las diferencias por sexo. Por otra parte, se han calculado otros dos modelos logísticos en los que se ha utilizado la salud subjetiva como variable dependiente, con el fin de examinar la segunda hipótesis planteada.

4. Construcción del índice de discapacidad/dependencia, o de gravedad de la necesidad de ayuda

Es importante reseñar que el estudio CIS 2647 equipara los conceptos de discapacidad y dependencia, aunque, obviamente, cada término designa un problema claramente distinto: la dependencia es una consecuencia social, pero no inevitable, de la discapacidad. Se define entonces a una persona con discapacidad o dependencia (a partir de ahora, dependencia) como aquella que ha declarado que no es capaz o que necesita ayuda para realizar unas determinadas actividades básicas de la vida diaria. De ahí se derivan dos aspectos básicos. Uno, la necesidad de ayuda va a ser el rasgo perentorio de la dependencia. Y otro, las actividades que se especifiquen como *básicas* serán las que determinen el *umbral administrativo* de dependencia. La dependencia, es decir, la necesidad de ayuda, tendrá diferentes grados de severidad, que vendrán definidos por la proporción de personas mayores que presentan dificultades para la ejecución de AVD, el número de discapacidades y el peso que se asigne a cada actividad. Se calcula pues un «índice de gravedad de la dependencia o de necesidad de ayuda» (Índice de Gravedad), con base en esos tres elementos, que permite una aproximación a las necesidades de ayuda de una población, y que funcionará como variable dependiente. Este índice se calcula partiendo del trabajo de Viciana *et al*. (2003), introductor de esta novedad metodológica en España, y que calcularon para estos mismos datos Abellán *et al.* (2007).

El Índice de Gravedad se construye mediante un proceso que consta de cuatro pasos. Inicialmente, se realiza una asignación de pesos de acuerdo con una interpretación subjetiva de las categorías de respuesta de la pregunta concerniente a la necesidad de ayuda en las diferentes AVD. Cuatro son las posibles respuestas: «es capaz de hacerlo sin ayuda», «es capaz de hacerlo con ayuda», «no es capaz de hacerlo de ninguna manera» y «no procede, no lo hace nunca». Se han unido la primera y la última categoría («es capaz de hacerlo sin ayuda» y «no procede, no lo hace nunca»), ya que, primero, se ha supuesto que la no realización sistemática de la actividad implica que no se necesita ayuda (puesto que no se hace); y segundo, el reparto de tareas por género no interfiere de este modo en el análisis. Por otra parte, la necesidad de ayuda se concentra en las dos siguientes categorías: «es capaz de hacerlo con ayuda» y «no es capaz de hacerlo de ninguna manera». Es aquí cuando se realiza una asignación de pesos a cada una de las tres categorías finalmente consideradas. Así, la ponderación que se ha asignado a cada una de las categorías es 0 para la ausencia de problemas, 0,5 para la capacidad de hacerlo con alguna ayuda, y 1 para la incapacidad total en la realización de la actividad, procedimiento que no incide de ninguna manera en los posteriores análisis. Se obtiene entonces un índice cuyo rango varía entre cero —ninguna necesidad de ayuda— y un máximo teórico de 18 puntos, que supone que una persona no es capaz de realizar por sí misma ninguna de las AVD consideradas.

En segundo lugar, se efectúa una nueva ponderación por tipo de actividad de acuerdo al «principio del orden sociobiológico de las funciones"; esto es, las actividades en las que más temprano se entra en discapacidad son aquellas que se adquirieron más tarde y que son más complejas, como *hacer gestiones* o *usar el transporte público*, y que afectan a un mayor número de personas; mientras en aquellas que se aprendieron antes y que son más simples, como *comer* o *levantarse de la cama*, se entra más tarde, y hay por lo tanto una menor frecuencia entre la población (Dunlop *et al.*, 1997; Katz, 1963). A las segundas se les asigna un mayor peso en el Índice. De este modo, el peso asignado a cada actividad se obtiene tomando como referencia la AVD con una menor frecuencia y una mayor gravedad, a la que se le da valor 1.

En el tercer paso se recalcula el Índice de Gravedad entre 0 y 1, tomando como referencia al individuo que obtuvo un mayor nivel de dependencia en el segundo paso.

En el cuarto y último paso se diferencian los distintos niveles de gravedad que acompañan a la dependencia. La clasificación del *Libro Blanco* se apoya en la diferenciación entre *actividades de autocuidado* y *otras actividades de la vida diaria* que ofrece el apartado 1 del Real

Decreto 1971/1999, de 23 de diciembre, de procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación de minusvalía (3), y en la escala de cinco niveles de gravedad que especifica la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF) (IMSERSO, 2001). De esas cinco categorías posibles, se distinguen finalmente cuatro clases: *sin necesidad de ayuda, necesidad de ayuda leve, necesidad de ayuda moderada* y *necesidad de ayuda grave o total*. Para decidir qué porcentaje de discapacidad define el grado de necesidad de ayuda, se han tomado como referencia los diversos estudios que han calculado los niveles de dependencia de la población española (Abellán *et al.,* 2007; Casado, 2007; Pérez Ortiz, 2006; Puga, 2001), todos ellos basados en la misma cuantificación CIF. Así, las cargas de discapacidad que se han tenido en cuenta han sido hasta un 4 por 100 para la población que se considera sin problemas; de un 5 a un 24 por 100, dependencia leve; de un 25 a un 50 por 100, dependencia moderada; y, finalmente, más de un 50 por 100, dependencia grave o total. En el cuadro n.º 2 se pueden observar los porcentajes de «funcionalidad» en cada una de las AVD. De este modo, *comer* —actividad en la que hay una menor presencia de individuos afectados y, según el principio seguido, es más grave perder la autonomía— se ha considerado la categoría de referencia, a partir de la cual se calcula el resto.

IV. HIPÓTESIS

Dos son los factores fundamentales considerados en este trabajo, a saber, «*dependencia*» y «*estado de salud subjetivo*». Por lo tanto, las dos hipótesis principales se plantean entre y en torno a ellos.

Es importante reseñar antes de nada que la dependencia presenta dos aspectos básicos: uno, el padecimiento o no de ella; y dos, la gravedad de la necesidad de ayuda que necesita la persona en situación de dependencia. Por lo tanto, una primera hipótesis gira en torno a la relación existente entre, por un lado, estar o no en situación de dependencia y, por otro, la gravedad de ésta, con el sexo, la edad, el modelo de hogar en el que vive la persona mayor y el nivel educativo. Primero, las mujeres son más proclives a padecer dependencia que los hombres (Abellán *et al.*, 2007; Abellán y Esparza, 2006). Segundo, y referente a la cuestión etaria, en diferentes trabajos se muestra que la prevalencia y la gravedad de la dependencia se incrementa con la edad, así como la discapacidad, ya que el riesgo de sufrir enfermedades crónicas y discapacitantes aumenta notablemente con la edad (INE, 2005; Manton y Stallard, 1994; Suzman *et al.*, 1992). Tercero, el tipo de hogar en el que viven las personas mayores es también relevante. Vivir en su propio hogar posiblemente implique que no exista una necesidad de ayuda, mientras que la convivencia con parientes, fundamentalmente hijas e hijos, sea resultado de un traslado forzoso, sea en la dirección que sea, para recibir atención. Cuarto, en fin, el nivel de instrucción tiene una relación inversamente proporcional con la dependencia, de modo que aquellas personas con mayor nivel educativo presentan menores niveles de dependencia, y viceversa (Pérez Ortiz, 2006).

Las relaciones entre el estado de salud autopercibido y la dependencia (existencia y gravedad), y la diferenciación por sexo y edad, conforman la segunda hipótesis. Así, las personas que se encuentran en situación de dependencia valoran de peor manera su propio estado de salud, fruto de las enfermedades que provocan su disca-

CUADRO N.º 2

PORCENTAJES DE FUNCIONALIDAD DE LAS DIFERENTES AVD

Actividad	*Sin necesidad de ayuda + no procede/no lo hace (porcentajes)*	*Con necesidad de ayuda (porcentajes)*	*No es capaz de hacerlo (porcentajes)*
Comer	97,4	1,6	1,0
Andar por la casa	96,0	2,7	1,3
Utilizar el WC	95,8	2,75	1,45
Levantarse/acostarse	94,7	3,3	2
Vestirse/desvestirse	93,3	4,1	2,6
Utilizar el teléfono	93,7	4,25	2,05
Asearse/arreglarse	92,9	4,5	2,6
Preparar comidas	92,9	5,2	1,9
Ponerse los zapatos	92,1	5,1	2,8
Tomar medicación (control)	91,6	5,25	3,15
Administrar el dinero	92,1	5,6	2,3
Bañarse/ducharse	85,9	8,35	5,75
Salir a la calle/desplazarse por la calle	86,9	8,55	4,55
Hacer compras	86,7	9,2	4,1
Hacer otras tareas domésticas	85,9	9,4	4,7
Ir al médico	81,0	11,45	7,55
Hacer gestiones	83,7	11,55	4,75
Utilizar el transporte público	77,4	14,95	7,65

Fuente: Elaboración propia a partir del estudio CIS 2647.

pacidad para realizar AVD (Gonzalo y Pasarín, 2004). Asimismo, esta percepción negativa se acentúa en el caso de las mujeres y a medida que aumenta la edad, y con ello, la prevalencia y gravedad de enfermedades (Pérez Ortiz, 2006; INE, 2003; Manton y Stallard, 1994; Suzman *et al.*, 1992).

V. RESULTADOS

Conforme al índice construido, un 21,7 por 100 de la población española mayor de 65 años necesita algún tipo de ayuda para realizar alguna de las AVD, de modo que algo más de tres cuartas partes (78,3 por 100) tiene completa autonomía personal. De los primeros, se estima que un 14,4 por 100 tiene una dependencia leve, un 4,5 por 100 una dependencia moderada, y el restante 2,8 por 100 lo integran aquellos individuos que precisan de una mayor atención en cuanto a cuidados y ayuda, esto es, que padecen dependencia grave o total (cuadro n.º 3).

Se observa, en primer lugar, el fuerte impacto de la edad como determinante de la dependencia. Las edades más avanzadas sufren de un mayor grado de discapacidad, tanto en número como en gravedad. Así, el 90,4 por 100 de las personas de entre 65 y 74 años son completamente autónomas, en tanto que únicamente el 36,7 por 100 de los mayores de 85 años lo son. Igualmente ocurre con los grados de dependencia, estableciéndose una relación directa entre edad y gravedad de la dependencia. Por ejemplo, solo el 0,9 por 100 de los que tienen entre 65 y 74 años sufre de dependencia grave o total, mientras que esta cifra alcanza el 14,7 por 100 entre los mayores de 85 años (cuadro n.º 3).

Además, la probabilidad de que una persona entre 75 y 84 años sea dependiente, siempre que el resto de variables permanezcan constantes, se multiplica por 3,5 con respecto a las que se encuentran en el intervalo 65-74 años. Esta *odds ratio* se eleva hasta 15,3 en el caso de los individuos de más de 85 años. La edad es un factor en el que la diferenciación

CUADRO N.º 3

DEPENDENCIA Y GRAVEDAD DE LA DEPENDENCIA, POR VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS (PORCENTAJES)

	NO DEPENDIENTE	*DEPENDIENTE*	*GRADO DE NECESIDAD DE AYUDA*			
			Leve	*Moderada*	*Grave/Total*	*Número*
TOTAL	78,265	21,735	14,381	4,532	2,822	3.371
SEXO		13,624*				
Hombre	86,379*	27,844*	9,198*	2,490*	1,936	1.446
Mujer	72,156*	27,844	18,286*	6,078*	3,481	1.925
EDAD						
65-74	90,361*	9,639*	7,286*	1,434*	0,918*	1.743
75-84	72,058*	27,942*	19,818*	5,619	2,506*	1.317
85 y más	36,656*	63,344*	31,090*	17,628*	14,744*	311
NIVEL DE ESTUDIOS						
Analfabeto/a	55,597*	44,403*	28,731*	10,075*	5,597*	268
Sin estudios	74,276*	25,724*	17,184*	5,659*	2,830	1.450
Primarios	84,036*	15,964*	10,697*	2,836*	2,431	1.234
Secundarios/superiores	90,842*	9,158*	6,452*	1,241*	1,241	404
ESTADO CIVIL						
Casado/a	83,719*	16,281*	11,664*	2,966*	1,609*	1.990
Soltero/a	83,432	16,568	8,876	5,325	2,367	169
Separado/divorciado/a	89,157	10,843	4,819	3,614	2,410	83
Viudo/a	66,874*	33,126*	20,837*	7,213*	5,076*	1.123
MODELO DE HOGAR						
Unipersonal	82,609*	17,391*	13,745	3,086	0,561*	713
Con pareja	84,469*	15,531*	11,525*	2,741*	1,265*	1.423
Multigeneracional en su casa	74,246*	25,754*	16,125	6,032	3,596	862
Multigeneracional en casa de hijo/a	38,415*	61,585*	32,927*	12,195*	16,463*	164
Otros	67,876*	32,124*	15,026	9,326*	7,772*	193

* Significativo α=0,01

Fuente: Elaboración propia a partir del estudio CIS 2647.

por sexo es fundamental, ya que, a inicios del siglo XXI, las mujeres tienen una esperanza de vida que supera en aproximadamente siete años a la de los hombres. Por sexo, al tomar como referencia al primer grupo de edad, de 65 a 74 años, los hombres de 75 a 84 años obtienen una β de 4,3 frente a una β de 3,3 para las mujeres del mismo grupo de edad. En cambio, para el grupo de edad de 85 o más años, los hombres tienen una menor probabilidad de ser dependientes que las mujeres. Los hombres de 85 o más años multiplican por 9,3 su probabilidad de ser dependiente; las mujeres, por su parte, elevan ese factor hasta 21,4 (cuadro n.º 4).

En segundo lugar, se observa una *feminización* de la dependencia. Sólo el 13,6 por 100 de los hombres necesitan algún tipo de ayuda, mientras que casi tres de cada diez mujeres (27,8 por 100) se encuentran en situación de dependencia, doblando, por tanto, a los varones (cuadro número 3). Éstos, además, presentan una menor severidad en su dependencia, ya que las mujeres también doblan a los hombres en los porcentajes de efectivos dependientes en los tres niveles de gravedad de la necesidad de ayuda. Asimismo, las mujeres tienen el doble de probabi-

CUADRO N.º 4

COEFICIENTES β DE LOS MODELOS LOGÍSTICOS QUE ANALIZAN LA DEPENDENCIA

(VARIABLE DEPENDIENTE: 0 = No ser dependiente; 1 = Ser dependiente)

	EXP (β)					
	Total	*65-74 años*	*75-84 años*	*85 y más años*	*Hombres*	*Mujeres*
EDAD						
65-74	1	.	.	.	1	1
75-84	3,497***	.	.	.	4,319***	3,291***
85 o más	15,300***	.	.	.	9,309***	21,389***
SEXO						
Hombre	1	1	1	1	.	.
Mujer	1,954***	2,047***	1,604***	4,194***	.	.
ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDO						
Muy buena/buena	1	1	1	1	1	1
Regular	1,392***	1,604**	1,505***	0,87	1,178	1,520***
Mala/muy mala	7,505***	11,296***	6,915***	4,404***	8,594***	7,416***
NIVEL DE ESTUDIOS						
Secundarios/superiores	1	1	1	1	1	1
Analfabetos	4,006***	5,216***	2,570***	11,114	3,689***	4,582***
Sin estudios	1,914***	1,555	1,873**	3,252**	1,799**	2,150***
Primarios	1,262	1,121	1,158	2,642*	1,506	1,272
ESTADO CIVIL						
Casado/a (ref.)	1	1	1	1	1	1
Soltero/a	1,106	1,365	1,078	0,424	2,533**	0,746
Separado/divorciado/a	0,754	0,55	0,974	0,259	2,706	0,365
Viudo/a	1,409	1,023	1,587**	1,168	2,364***	1,189
MODELO DE HOGAR						
Solo/a (ref.)	1	1	1	1	1	1
Con pareja	2,159***	1,329	2,550***	1,978	4,149***	1,945***
Multigeneracional en su casa	2,943***	1,661	3,460***	3,283***	6,731***	2,554***
Multigeneracional en casa de hija/o	7,051***	4,986***	6,943***	8,152***	10,332***	6,464***
Otros	3,451***	2,094	4,398***	2,923**	5,704***	3,161***
HÁBITAT						
> 400.000 (ref.)	1	1	1	1	1	1
< 10.000	1,016	1,095	0,996	0,97	0,584**	1,318
10.000-50.000	1,036	1,015	1,122	0,68	0,435***	1,521**
50.000-400.000	1,327	1,505	1,23	1,755	0,781	1,733***
Constante	0,009***	0,013***	0,033***	0,072***	0,007***	0,015***

En cada variable la categoría de referencia muestra un coeficiente igual a 1.
*** Significativo α=0,01; ** Significativo α=0,05; * Significativo α=0,1, respectivamente.
Fuente: Elaboración propia a partir del estudio CIS 2647.

lidad de padecer dependencia que los hombres. Por grupos de edad, las mujeres de 65 a 74 años multiplican por dos esa probabilidad, las de 75 a 84 años la multiplican por 1,6, y las de más de 85 años lo hacen por 4,2 (cuadro n.º 4).

El *modelo de hogar* también condiciona la aparición de la dependencia y su nivel de gravedad. Así, los mayores que viven en casa de sus hijos presentan una mayor propensión a la dependencia: en torno a seis de cada diez (61,6 por 100) tienen algún tipo de necesidad de ayuda. En cambio, en aquellos hogares multigeneracionales que se crean en la casa de la persona mayor, la tasa de dependencia es de solo un 25,8 por 100 (cuadro n.º 3). Se deduce entonces que la propiedad del hogar es determinante del mayor o menor grado de dependencia. De las *odds ratios* del modelo logístico se deriva que, respecto a que una persona viva sola, convivir en pareja multiplica por 2,2 el riesgo de padecer dependencia, por 2,9 si se vive en un hogar multigeneracional en su propia casa y por 7,1 si vive en un hogar multigeneracional en casa de sus hijas o hijos (cuadro n.º 4). De hecho, son estos dos últimos modelos de hogar los que presentan mayores niveles de dependencia, ya que un 26 por 100 de los primeros y un 62 por 100 de los segundos albergan personas dependientes. Al considerar los diferentes grupos de edad, estas tendencias se mantienen. Es destacable que el riesgo de padecer dependencia en un modelo de hogar multigeneracional en casa de los hijos o hijas se acentúa con una mayor edad.

Un cuarto factor es el *nivel educativo*, fuertemente asociado a los ingresos y al estatus socioeconómico, dos variables que no se contemplan en el estudio CIS 2647. Un mayor nivel de instrucción implica una menor tasa de dependencia, tanto en general como en los diferentes grados de gravedad. El 44,4 por 100 de los analfabetos declaran estar en situación de dependencia, porcentaje que disminuye hasta el 16 por 100 entre los que tienen estudios primarios y hasta el 9,2 por 100 entre los que han alcanzado estudios secundarios o superiores (cuadro n.º 3). Se profundizará posteriormente en esta cuestión. El modelo multivariante mantiene la significatividad estadística. Si se comparan los extremos educativos, el riesgo de ser dependiente de las personas analfabetas mayores de 65 años es cuatro veces mayor que el de las personas con estudios secundarios o superiores. Al dividir por grupos de edad, la probabilidad de padecer dependencia aumenta con la edad para cualquier nivel de estudios y, para cualquier grupo de edad, aumenta a medida que el nivel de estudios es menor. De hecho, las personas de 85 o más años que no han concluido la enseñanza secundaria multiplican por once su riesgo de dependencia respecto de los que poseen estudios secundarios o superiores. Asimismo, las mujeres analfabetas y sin estudios son más proclives a sufrir dependencia que los hombres con dicho nivel de instrucción (cuadro n.º 4).

Respecto al *estado civil*, tiene una fuerte relación con el *modelo de hogar*, ya que suele reflejar la forma de convivencia. La mitad de las personas viudas o solteras viven solas; el 95 por 100 de las casadas viven en su propia casa, ya sea únicamente con el cónyuge (siete de cada diez) o con algún hijo o hija (uno de cada cuatro). Es la viudez la que marca una frontera entre el padecimiento o no de dependencia. Un tercio (33,1 por 100) de los viudos y viudas necesitan de algún tipo de ayuda, frente a sólo un 16,3 por 100 de los que viven en pareja (casados o no). Se presenta aquí un sesgo por sexo, ya que un 84 por 100 de las personas que se encuentran en situación de viudedad son mujeres, y el 50 por 100 de las mujeres son viudas que aparecen con mayor prevalencia de discapacidad. Del mismo modo ocurre con la edad, ya que un 85 por 100 de las mujeres de 85 y más años son viudas. Por lo tanto, el factor viudez es absorbido por el sexo y la edad. Así, al controlar por estas variables con el modelo logístico, el estado civil no resulta determinante para la aparición de la dependencia sino en el caso de los hombres viudos, que representan únicamente al 12,9 por 100 de la muestra.

En cuanto al *tamaño del hábitat*, y a pesar de la hipótesis inicial, no se observa que exista relación con la aparición de la dependencia. Únicamente aparecen resultados significativos en los modelos desagregados por sexo, en los que aparece que los hombres que viven en municipios más pequeños tienen un menor riesgo (se divide a la mitad) de padecer dependencia que los que viven en municipios de más de 400.000 habitantes. Esta misma relación a la inversa se da con las mujeres, que aumentan su riesgo de dependencia si residen en municipios menores de 400.000 habitantes.

Dada su vital importancia social y su carácter subjetivo, se ha dejado para el final el análisis de la *autopercepción del estado de salud,* o *salud subjetiva*. En el cuadro n.º 5 se resumen las relaciones existentes entre el estado de salud autopercibido y el grado de necesidad de ayuda en la dependencia. El 47,2 por 100 de las personas mayores de 65 años entrevistadas en el estudio CIS 2647 declaraba tener un estado de salud bueno o muy bueno, en tanto que sólo el 13,5 por 100 lo percibía como

malo o muy malo. Yendo atrás en el tiempo, el estudio CIS 2072 mostraba que, en 1993, el 37,1 por 100 de la población mayor de 65 años percibía su estado de salud como bueno o muy bueno y un 23,9 por 100 como malo o muy malo. Por lo tanto, el cambio en la salud subjetiva en estos trece años ha sido notable. Las evaluaciones negativas disminuyen más de diez puntos, mientras que se aprecia un aumento similar en las positivas.

Al establecer la relación entre el padecimiento de la dependencia y el estado de salud autopercibido, se observa en el cuadro n.º 5 que el 53,8 por 100 de los entrevistados no dependientes declaran tener un estado de salud bueno o muy bueno, porcentaje que se reduce al 18 por 100 entre los dependientes. En cambio, un 7,4 por 100 de los no dependientes contesta que su salud es mala o muy mala, mientras que el porcentaje correspondiente entre las personas dependientes se eleva hasta el 40,4. Así pues, encontrarse en situación de dependencia altera negativamente, por razones obvias, la autopercepción del estado de salud de los encuestados. Ocurre del mismo modo cuando se tienen en cuenta los niveles de necesidad de ayuda en la dependencia. A mayor grado de dependencia, empeora la percepción de la salud. Así, el 35,7 por 100 de los que padecen una dependencia leve califican su estado de salud como malo o muy malo; más de la mitad (54 por 100) de quienes sufren dependencia moderada utilizan los mismos adjetivos para definirlo, mientras que entre los que presentan una dependencia grave o total, la cifra asciende al 63 por 100. Al analizar el modelo logístico, se comprueba cómo el hecho de ser dependiente multiplica por cuatro la probabilidad de que un individuo considere su salud como regular, mala o muy mala, *odds ratio* que se mantiene prácticamente constante tanto para hombres como para mujeres. Asimismo, encontrarse en los distintos niveles del Índice de Gravedad también aumenta la probabilidad de considerarse en peor estado de salud. Destacan los hombres que se encuentran en una situación de dependencia moderada, cuya *odds ratio* es 25,9 con respecto a los no dependientes (cuadro n.º 6). Además, aquellos que se encuentran en situación de dependencia grave o total multiplican ese riesgo en menor medida que los que padecen dependencia leve o moderada, aunque es posible que esto se deba al pequeño tamaño de muestra de ese subgrupo.

El estado de salud tiene un componente de edad palmario, del mismo modo que le ocurre a la dependencia y a la categorización en niveles de gravedad. El cuadro n.º 7 muestra el efecto que supone la introducción de los intervalos etarios en la relación entre el estado de salud autopercibido y la dependencia. El 41 por 100 de las personas de 65 a 74 años que declaran tener un estado de salud malo o muy malo son dependientes; en el intervalo de edad siguiente, de 75 a 84 años, el 61,4 por 100 lo son, y entre los de 85 o más años, el porcentaje de dependientes se eleva a 84,4. La tendencia es igualmente ascendente si consideramos las evaluaciones positivas de la salud en los tres intervalos de edad: de 65 a 74 años, un 2,6 por 100 son dependientes; de 75 a 84, un 9,5 por 100; y fi-

CUADRO N.º 5

DEPENDENCIA Y GRAVEDAD DE LA DEPENDENCIA, POR ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDO

ESTADO DE SALUD	*DEPENDENCIA*		*GRADO DE NECESIDAD DE AYUDA*			*TOTAL*	
	No dependiente	*Dependiente*	*Leve*	*Moderada*	*Grave/Total*		
MUY BUENO/BUENO	1.405	106	89	11	6	1.511	Número
	53,831*	17,997*	19,604*	10,185*	22,222	47,234	Porcentaje
	15,735	-15,735	-12,730	-7,846	-2,614		Residuos
REGULAR	1.012	245	203	38	4	1.257	Número
	38,774	41,596	44,714	35,185	14,815	39,294	Porcentaje
	-1,267	1,267	2,553	-0,889	-2,615		Residuos
MALO/MUY MALO	193	238	162	59	17	431	Número
	7,395*	40,407*	35,683*	54,630*	62,963*	13,473	Porcentaje
	-21,196	21,196	14,962	12,744	7,564		Residuos
TOTAL	2.610	589	454	108	27	3.199	Número

* Significativo α=0,01

Fuente: Elaboración propia a partir del estudio CIS 2647.

nalmente, un 40 por 100 de los que tienen más de 85 años.

Las diferencias por sexo son también sustantivas. Como se desprende de los datos recogidos en el cuadro n.º 8, el 54,4 por 100 de los hombres declara que su estado de salud es bueno o muy bueno, frente a un 40,7 por 100 de las mujeres. En cambio, el 17,4 por 100 de las mujeres encuestadas afirma que su estado de salud es malo o muy malo, superando a los hombres en más de ocho puntos porcentuales. El cuadro n.º 9 sintetiza las relaciones entre sexo y estado de salud, regulado por la

CUADRO N.º 6

COEFICIENTES β DE LOS MODELOS LOGÍSTICOS QUE ANALIZAN EL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDO SEGÚN SE SEA O NO DEPENDIENTE

(VAR. DEP.: 0 = Estado de salud bueno/muy bueno; 1 = Estado de salud regular/malo/muy malo)

	EXP(β)					
	DEPENDIENTE/NO DEPENDIENTE			*ÍNDICE DE GRAVEDAD*		
	Total	*Hombres*	*Mujeres*	*Total*	*Hombres*	*Mujeres*
EDAD						
65-74	1	1	1	1	1	1
75-84	1,646***	1,745***	1,581***	1,640***	1,731***	1,579***
85 ó más	1,156	1,537*	0,978	1,124	1,554*	0,948
SEXO						
Hombre	1	.	.	1	.	.
Mujer	1,538***	.	.	1,536***	.	.
ÍNDICE DE GRAVEDAD						
Sin necesidad de ayuda	.	.	.	1	1	1
Leve	.	.	.	3,718***	3,193***	3,959***
Moderada	.	.	.	7,973***	25,919***	6,360***
Grave/total	.	.	.	3,115**	3,59	2,905*
DEPENDENCIA						
No dependiente	1	1	1	.	.	.
Dependiente	4,105***	3,977***	4,197***	.	.	.
NIVEL DE ESTUDIOS						
Secundarios/superiores	1	1	1	1	1	1
Analfabetos	3,084***	3,870***	2,715***	3,103***	3,868***	2,802***
Sin estudios	2,652***	2,569***	1,599**	2,658***	2,561***	2,727***
Primarios	1,620***	1,683***	1,169	1,629***	1,705***	1,605**
ESTADO CIVIL						
Casado/a	1	1	1	1	1	1
Soltero/a	,679*	0,889	,541**	0,673*	0,879	,535**
Separado/a / divorciado/a	0,795	0,879	0,74	0,798	0,868	0,746
Viudo/a	,682***	,557**	,693**	,682***	,540**	,693**
MODELO DE HOGAR						
Solo/a	1	1	1	1	1	1
Con pareja	,716**	0,7856	,655**	,717**	0,77	,656**
Multigeneracional en su casa	,786*	0,802	0,795	,783*	0,776	0,795
Multigeneracional en casa de hija/o	,623**	0,773	,591*	,639**	0,79	,609*
Otros	1,034	1,266	0,948	1,021	1,243	0,934
HÁBITAT						
> 400.000	1	,	1	1	1	1
< 10.000	1,104	0,988	1,169	1,103	0,985	1,169
10.000-50.000	1,058	0,935	1,159	1,047	0,927	1,149
50.000-400.000	1,103	0,971	1,194	1,095	0,953	1,189
Constante	,405***	,397***	,627*	0,407***	,410***	,627*

Categoría de referencia: 1 (Estado de salud autopercebido regular/malo/muy malo).
*** Significativo α=0,01; ** Significativo α=0,05; * Significativo α=0,1.
Fuente: Elaboración propia a partir del estudio CIS 2647.

CUADRO N.º 7

ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDO Y DEPENDENCIA, POR EDAD

EDAD / DEPENDENCIA	ESTADO DE SALUD			TOTAL	
	Muy bueno/bueno	Regular	Malo/muy malo		
DE 65 A 74 AÑOS					
No dependiente	921	542	105	1.568	Número
	97,357*	91,709	58,989*	91,429	Porcentaje
	9,728	0,301	-16,331		Residuos
Dependiente	25	49	73	147	Número
	2,643*	8,291	41,011*	8,571	Porcentaje
	-9,728	-0,301	16,331		Residuos
Total	946	591	178	1.715	Número
DE 75 A 84 AÑOS					
No dependiente	430	423	80	933	Número
	90,526*	74,735	38,647*	74,760	Porcentaje
	10,051	-0,018	-13,096		Residuos
Dependiente	45	143	127	315	Número
	9,474*	25,265	61,353*	25,240	Porcentaje
	-10,051	0,018	13,096		Residuos
Total	475	566	207	1.248	Número
85 Y MÁS AÑOS					
No dependiente	54	47	7	108	Número
	60,000*	47,475	15,556*	46,154	Porcentaje
	3,359	0,347	-4,581		Residuos
Dependiente	36	52	38	126	Número
	40,000*	52,525	84,444*	53,846	Porcentaje
	-3,359	-0,347	4,581		Residuos
Total	90	99	45	234	Número

* Significativo α=0,01.
Fuente: Elaboración propia a partir del estudio CIS 2647.

CUADRO N.º 8

ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDO Y SEXO

SEXO	ESTADO DE SALUD			TOTAL	
	Muy bueno/bueno	Regular	Malo/muy malo		
HOMBRE	773	508	140	1.421	Número
	54,4*	35,7*	9,9*		Porcentaje
	7,8	-3,6	-6,2		Residuos
MUJER	774	796	331	1.901	Número
	40,7*	41,9*	17,4*		Porcentaje
	-7,8	3,6	6,2		Residuos
TOTAL	1.547	1.304	471	3.322	Número
	46,6	39,3	14,2		Porcentaje

* Significativo α=0,01.
Fuente: Elaboración propia a partir del estudio CIS 2647.

existencia o no de la dependencia. Se repite el mismo patrón. El 59,3 por 100 de las mujeres que califican su estado de salud como malo o muy malo son dependientes, porcentaje que se reduce al 46,1 en el caso de los hombres. Este último dato resulta paradójico, ya que más de la mitad (53,9 por 100) de los hombres que declaran un estado de salud malo o muy malo no son dependientes; es decir, los hombres que sufren dependencia afirman tener un mejor estado de salud que los que no la padecen. En cualquier caso, estos representan sólo algo más del 5 por 100 del total de casos de hombres, por lo que las conclusiones interpretativas de este

CUADRO N.º 9

ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDO, POR SEXO Y NIVEL DE DEPENDENCIA

SEXO / DEPENDENCIA	*ESTADO DE SALUD*			*TOTAL*	
	Muy bueno/bueno	*Regular*	*Malo/muy malo*		
HOMBRE					
No dependiente	728	439	69	1.236	Número
	95,413*	87,625*	53,906*	88,793	Porcentaje
	8,623	-1,036	-13,130		Residuos
Dependiente	35	62	59	156	Número
	4,587*	12,375	46,094*	11,207	Porcentaje
	-8,623	1,036	13,130		Residuos
Total	763	501	128	1.392	Número
MUJER					
No dependiente	677	573	123	1.373	Número
	90,508*	75,794	40,728*	76,024	Porcentaje
	12,122	-0,195	-15,743		Residuos
Dependiente	71	183	179	433	Número
	9,492*	24,206	59,272*	23,976	Porcentaje
	-12,122	0,195	15,743		Residuos
Total	748	756	302	1.806	Número

* Significativo α=0,01.
Fuente: Elaboración propia a partir del estudio CIS 2647.

dato podrían ser falaces. Asimismo, el hecho de ser mujer multiplica por 1,5 la probabilidad de describir el estado de salud como regular, malo o muy malo con respecto a los hombres (cuadro n.º 6).

Por último, el nivel de estudios también se constituye en factor definitorio de la autopercepción del estado de salud. Así, un menor nivel de instrucción aumenta la probabilidad, tanto para hombres como para mujeres, de declarar un peor estado de salud, tal y como se observa en el cuadro n.º 6. Esto se da para todos los niveles de estudios considerados, así como para ambos sexos, siempre con un alto nivel de significatividad.

VI. DISCUSIÓN

Los resultados evidencian claramente que una mayor edad aumenta sustantivamente las probabilidades de padecer dependencia. La cuestión estriba en las diferencias por sexo que existen a las distintas edades. Los hombres que alcanzan las edades avanzadas lo hacen en mejores condiciones que las mujeres. Estas tienen una mayor esperanza de vida general, pero una menor esperanza de vida en buena salud, afirmación que se ha comprobado tanto en España (Gómez Redondo y García González, 2011; Gómez Redondo *et al*., 2007, 2005; INE, 2005) como en otros países desarrollados (Robine y Jagger, 2005; Sagardui-Villamor *et al.*, 2005; Robine *et al.*, 2004; Gutiérrez Fisac *et al.*, 2000). En general, el envejecimiento de la población española, que se ha producido como consecuencia de un aumento notable de la esperanza de vida en los últimos años, es y será un elemento clave tanto en el riesgo de sufrir una discapacidad, y en consecuencia ser dependiente, como en el número de servicios que se tendrán que prestar desde las administraciones debido al creciente número de individuos que van a necesitar ayuda para llevar a cabo las AVD. En definitiva, el tiempo de exposición al riesgo —esto es, la edad— es la variable explicativa fundamental, del mismo modo que ocurre en los análisis de mortalidad, a la que la dependencia, en cierta manera, ha venido a sustituir temporalmente, y con la que comparte patrones de incidencia muy similares.

Asimismo, hay una feminización de la dependencia, hecho asociado a varios factores. En primer lugar, las mujeres tienen una mayor esperanza de vida y, por ende, un mayor tiempo de exposición al riesgo de padecer dependencia. En segundo lugar, hay una incidencia más temprana entre ellas. En tercer lugar, las mujeres presentan niveles de instrucción más bajos, así como una disposición de menores ingresos tras la viudez. Otros estudios han puesto de manifiesto que esta mayor probabilidad de las mujeres de padecer discapa-

cidad parte de raíces biológicas y sociales (Gold *et al.*, 2002; Wray y Blaum, 2001). Respecto a las raíces biológicas, la prevalencia de enfermedades crónicas y degenerativas, que provocan limitaciones en la ejecución de AVD, es mayor en las mujeres que en los hombres, lo cual incrementa el riesgo de la dependencia. Respecto a las raíces sociales, la explicación más plausible se encuentra en el sesgo histórico-cultural por el que los hombres son más reacios a declarar su fragilidad, amparándose en el patriarcado que les ha acompañado a lo largo de su recorrido vital y en el que fueron educados. A pesar de que las generaciones de hombres aquí encuestados han tenido hábitos menos saludables, como el tabaco y el alcohol, han sido más remisos a la atención médica y ostensiblemente más despreocupados en el cuidado personal (Vallin, 2006), presentan una menor tasa de dependencia que las mujeres.

El nivel de instrucción también proporciona patrones diferenciales de dependencia. El analfabetismo incrementa el riesgo de padecer dependencia, no solo por el hecho de no tener estudios, sino porque está relacionado con factores socioeconómicos que actúan como variables intermedias y que sí influyen directamente en la dependencia, como son los recursos económicos, no contemplados, como ya citamos antes, en esta encuesta, o la edad: una mayor edad implica una mayor tasa de analfabetismo. En este sentido, hay una importante evolución de las cohortes que integran este estudio, con una notable revolución generacional en el acceso a la educación. Asimismo, un mayor nivel de instrucción indica que probablemente se ha disfrutado de una mejor posición social, de un mayor acceso a bienes materiales, y que se vive en un entorno menos proclive a la dependencia, como puede ser una mejor vivienda, acceso a la sanidad cuando esta no era universal, una mejor alimentación (no se puede olvidar que todos los encuestados han vivido la posguerra, época de hambre y escasez) y una ascendencia familiar con mayores recursos, que pudo proporcionarle estudios y retrasar la incorporación al mercado de trabajo. En cambio, un menor nivel de instrucción significa posiblemente una procedencia más humilde, menores oportunidades en la vida, trabajo en nichos laborales más desgastadores y una entrada temprana en el calendario de la fecundidad. En definitiva, el nivel educativo se podría considerar un buen indicador de la variable económica de la que esta encuesta carece (a la que puede sustituir, aunque solo sea en parte) y que estudios anteriores han puesto de relieve como significativa, tanto estadística como sustantivamente, para explicar la prevalencia de la dependencia (Abellán y Esparza, 2006; Pérez Ortiz, 2006).

El modelo de hogar en el que reside el individuo también se revela como fundamental en el riesgo de padecer dependencia. Lamentablemente, el modelo logístico tiene el defecto de no poder mostrar la dirección de la causalidad entre el tipo de hogar y la presencia de dependencia. Habría entonces dos posibles explicaciones: la primera, que los mayores ya sufrían de dependencia antes de irse a vivir con sus hijos, y de ahí la necesidad de trasladarse al hogar filial; la segunda, que en la atmósfera multigeneracional los mayores pierden su autonomía, esto es, se sienten menos útiles por el hecho de vivir con sus hijos, por lo que se es más proclive a caer en un estado de dependencia. Una serie de razones psicológicas podrían explicar esta última posibilidad, entre ellas, la autoestima y el grado de utilidad autopercibido de la persona.

Por lo tanto, vivir en un hogar unipersonal trae consigo un menor riesgo de dependencia. En principio es una afirmación patente, ya que las personas que viven solas son aquellas que tienen la suficiente autonomía personal-funcional para poder permitírselo. No obstante, más de ocho de cada diez (82,6 por 100) personas que viven en soledad no precisan de ninguna ayuda. Cuando surgen dificultades en las AVD, la necesidad de ayuda favorece el traslado a casa de los hijos o el menos común viceversa (Puga *et al.,* 2006). La propiedad de la casa parece ser así un elemento de relevancia en el estudio de la dependencia, cuestión asociada al «modelo mediterráneo de convivencia». Es plausible que, desde el punto de vista psicológico, los mayores se aferren a la posesión de la vivienda para sentir que todavía son independientes, que todavía no se han hecho, por qué no decirlo de este modo, viejos. Además, la posesión de la casa entraña muchos lazos sentimentales derivados de haber vivido, con todo su significado, en ella durante gran parte de sus vidas. En este caso, no se extraen conclusiones del estudio por sexo, aunque la edad sí que es relevante. Sólo el 10,5 por 100 de los hogares unipersonales están habitados por personas de 85 o más años, grupo etario de mayor dependencia, mientras que estas están presentes en un 36,4 por 100 de los hogares multigeneracionales que son propiedad de la hija o del hijo.

El tamaño del hábitat no resultó una variable significativa respecto al riesgo de padecer dependencia. Posiblemente, habría que diseñar una nueva muestra para estudiar de un modo más específico los diferentes tamaños de hábitat y la relación con las tasas de dependencia. Su importancia es vital, ya que,

en caso de verificarse la hipótesis de que en los municipios de tamaño reducido hay mayor prevalencia de la dependencia, la distribución y organización de la ayuda en ellos tomaría (o debería tomar) un cariz diferente. El potencial acceso a los servicios sociales y asistenciales en los pequeños municipios sería fundamental en las zonas sobreenvejecidas con respecto a las zonas urbanas, en las que la familia extensa y multigeneracional ha perdido gran parte de su peso. A pesar de los resultados anteriores, mantenemos la certeza de que no hay igualdad territorial en materia de salud, calidad de vida y bienestar en la vejez; y ello por muchas razones susceptibles de traducirse en hipótesis de trabajo válidas para estudios futuros. Los entornos urbanos tienen un mayor nivel cultural y de renta, que, como ya se ha visto, conlleva menores niveles de dependencia. El grado de envejecimiento en las zonas rurales es mayor que en el medio urbano, y la edad aumenta el riesgo de la dependencia. En las zonas rurales, el acceso y la posibilidad de frecuentar hospitales, centros sociales o centros de día suelen ser más problemáticos; esto es, la red de cobertura de servicios sociosanitarios y ayudas públicas es más débil que en las áreas urbanas (Camarero, 2009). Por lo tanto, este debe ser un aspecto que se tenga en cuenta para futuros estudios.

Por último, se ha puesto de manifiesto que las personas con dependencia valoran peor su estado de salud, relación previsible pero poco explorada en la literatura existente. En los últimos años, han aparecido estudios en los que se ha estudiado la relación diferencial del estado de salud y la clase social (Martín y Bacigalupe, 2009; Bacigalupe y Martín, 2007), que también pone de relieve el análisis presente, en el que el nivel de instrucción «sustituye» en cierta manera al estatus social (Alonso *et al*., 1997; Liberatos *et al*., 1988), por lo que se evidencian así las notables desigualdades sociales en salud.

Por lo tanto, es importante citar, por un lado, la relación directa entre estado de salud autopercibido y nivel educativo. Y, por otro, la correlación sustantiva entre la autovaloración de la salud y el riesgo y la gravedad de la dependencia. Estas percepciones tal vez reflejen no solo el cambio en el estado de salud de la población mayor de 65 años, sino también las mejoras que se han introducido en el ámbito de la sanidad y, sobre todo, el impacto de las políticas sociales en la atención y mejora de las condiciones de vida de las personas mayores. A medida que las administraciones públicas han cobrado conciencia del marcado y paulatino envejecimiento de la población, han introducido una serie de reformas sanitarias destinadas a la tercera y cuarta edad cuyo reflejo se ha plasmado en una mejor percepción de la propia salud por parte de las personas mayores y, en consecuencia, del estado de salud general de este grupo poblacional (Fundación Salud, Innovación y Sociedad, 2004; Elola, 2001; Gispert *et al.*, 2000; Guillén y Cabiedes, 1998).

VII. A MODO DE CONCLUSIÓN

En el presente artículo se ha presentado un análisis de la población española mayor de 65 años que se encuentra en situación de dependencia, a través de la explotación del estudio CIS 2647. Así, conforme al índice de dependencia construido cabe afirmar que, en términos generales, uno de cada cinco españoles mayores de 65 años se encuentra en situación de dependencia: un 14 por 100 padece dependencia leve, más de un 4 por 100 dependencia moderada, y casi un 3 por 100 dependencia grave o total. En términos absolutos, más de un millón y medio de personas necesita ayuda para realizar actividades de la vida diaria.

El perfil de la dependencia se puede resumir en *cuatro factores determinantes*. En primer lugar, la *edad* es el factor determinante en la aparición de la dependencia y en su gravedad, cuya prevalencia y nivel, respectivamente, se incrementan con la edad, rasgo común a todas las sociedades. En segundo lugar, la *diferenciación por sexo-género* es fundamental. Las mujeres tienden a registrar una mayor tasa de necesidad de ayuda, un mayor nivel de gravedad de la dependencia y un peor estado de salud autopercibido. La razón estriba en factores biológicos, ya que las mujeres suelen padecer más enfermedades crónicas y degenerativas que los hombres, y también en factores sociales, como son la resistencia de los hombres a reconocer su fragilidad y las diferencias laborales por género que experimentaron estas generaciones. En tercer lugar, el *tipo de hogar* en que vive la persona mayor de 65 años es otra variable importante, debido a las características del patrón mediterráneo de convivencia. En este sentido, la posesión y habitación de la vivienda, con lo que implica de significado sentimental, seguridad económica y autosuficiencia, coincide con menores niveles de dependencia. Frente a ello, la convivencia en hogares multigeneracionales, principalmente con hijos, significa, entre otras cuestiones (calendarios de emancipación, acceso a la vivienda), una necesaria movilidad para la provisión de cuidados. Por último, en cuarto lugar, el *nivel educativo* representa otro factor determinante de la de-

pendencia, su gravedad y el estado de salud autopercibido, en el sentido de que el riesgo de encontrarse en situación de dependencia aumenta notablemente a medida que desciende el nivel educativo. Por el contrario, un mayor nivel de instrucción implica que se han tenido más y mejores oportunidades, un mayor nivel de recursos y también mayores posibilidades de afrontar los diferentes problemas asociados a la discapacidad y la dependencia. En este sentido, el analfabetismo en estas edades es más presente entre las mujeres y, por ende, estas padecen mayores tasas de discapacidad.

En cualquier caso, en los últimos años los niveles de dependencia se han reducido, dándose un retraso en el calendario de entrada en la discapacidad, la dependencia y la necesidad de ayuda. Por tanto, la población española, a la par que incrementa su esperanza de vida, también aumenta su calidad en los años que se ganan. Las mejoras sanitarias —de atención, aplicación técnica y adopción de políticas específicas—, el incremento del nivel socioeconómico de la sociedad española y los adelantos en el tratamiento de enfermedades crónicas, entre otros, son los factores fundamentales de este relativo éxito. Relativo porque el envejecimiento de la pirámide poblacional española se acentúa y, con ello, también se incrementará el número de personas dependientes.

En definitiva, este artículo se ha centrado en dos aspectos fundamentales de las condiciones de vida de las personas mayores: la salud y la dependencia. La interrelación entre ambas es estrecha, pero no se puede olvidar que la calidad de vida comprende un mayor abanico de factores, como son, entre otros, la red social, las pautas de ocio, el entorno residencial, el ámbito geográfico, la vida cotidiana o la alimentación. En consecuencia, resulta ineludible subrayar la necesidad de incluir variables de índole socioeconómica en este tipo de encuestas, puesto que los factores citados son determinantes en la aparición y la gravedad de la dependencia.

No obstante, la sociedad española ha visto nacer en este inicio de siglo lo que se ha llamado el cuarto pilar del Estado del bienestar: la Ley de la Dependencia. Una ley que provee de ayudas económicas tanto a las personas en situación de dependencia como a sus cuidadores. Cabe preguntarse si a ello no habría que añadir una serie de medidas de prevención y atenuación de los niveles de dependencia. Tal y como se plantea, la Ley de la Dependencia es una ley de resolución de «hechos consumados». Las políticas de prevención podrían ser un buen complemento a esta ley, políticas que planteen una mayor inversión en acciones de anticipación a la aparición de las enfermedades que provocan la discapacidad y, con ello, la dependencia.

NOTAS

(*) Trabajo realizado en el marco del proyecto I+D+i «Longevidad, dependencia y calidad de vida a edades avanzadas en España a inicios del siglo XXI» (Ministerio de Educación y Ciencia, SEJ2006-10972, IP: Rosa Gómez Redondo). Una versión previa de este trabajo obtuvo el primer premio en el Primer Concurso de Jóvenes Sociólogos, otorgado por la Asociación Madrileña de Sociología (AMS) en 2010.

(1) Datos definitivos del Padrón (Instituto Nacional de Estadística, INE): a 1 de enero de 2009, el número de personas mayores de 65 años ascendía a 7.782.904, lo que supone un 16,65 por 100 de la población. Los mayores de 85 años eran, en la misma fecha, 988.929, esto es, representaban un 2,11 por 100 de la población.

(2) *Boletín Oficial del Estado,* 299: 44142-44156.

(3) *Boletín Oficial del Estado*, 22: 3317-3410.

BIBLIOGRAFÍA

ABELLÁN GARCÍA, A.; E. DEL BARRIO TRUCHADO; P. CASTEJÓN VILLAREJO; C. ESPARZA CATALÁN; G. FERNÁNDEZ-MAYORALAS FERNÁNDEZ; L. PÉREZ ORTIZ; M. D. PUGA GONZÁLEZ; F. ROJO PÉREZ, y T. SANCHO CASTIELLO (2007), *A propósito de las condiciones de vida de las personas mayores*, IMSERSO, Madrid.

ABELLÁN GARCÍA, A., y C. ESPARZA (2006), «Las personas mayores con dependencia», en R. PUYOL ANTOLÍN y A. ABELLÁN GARCÍA (eds.), *Envejecimiento y dependencia. Una mirada al panorama futuro de la población española*, Mondial Assistance, Madrid.

ALONSO, J.; P. PÉREZ; M. SÁEZ, y C. MURILLO (1997), «Validez de la ocupación como indicador de la clase social, según la clasificación del British Registrar General», *Gaceta Sanitaria*, 11: 205-213.

BACIGALUPE DE LA HERA, A., y U. MARTÍN RONCERO (2007), *Desigualdades sociales en salud de la población de la Comunidad Autónoma del País Vasco*, Ararteko, Vitoria.

CAMARERO RIOJA, L. A. (2009), *La población rural de España. De los desequilibrios a la sostenibilidad social*, Colección Estudios Sociales, Fundación la Caixa (27), Barcelona.

CANUDAS-ROMO, V.; D. GLEI; R. GÓMEZ-REDONDO; E. COELHO, y C. BOE (2008), «Mortality changes in the Iberian Peninsula in the last decades of the Twentieth Century», *Population*, 63(2): 353-380.

CASADO MARÍN, D. (2007), «Análisis de la evolución de la dependencia en la tercera edad en España», *Documentos de Trabajo Fundación BBVA, 7/2007*, Fundación BBVA, Bilbao.

CIS (1993), *Encuesta de apoyo informal a las personas mayores, I, estudio CIS 2072*, Madrid.

— (1994), *Encuesta de apoyo informal a las personas mayores, II, estudio CIS 2117,* Madrid.

CIS-IMSERSO (2006), *Encuesta de condiciones de vida de las personas mayores 2006, estudio CIS 2647,* Madrid.

DUNLOP D.; S. L. HUGHES, y L. M. MANHEIM (1997), «Disability in activities of daily living: patterns of change and a hierarchy of disability», *American Journal of Public Health*, 87(3): 378-383.

ELOLA SOMOZA, J. (2001), *Política sanitaria española*, Díaz de Santos, Madrid.

FUNDACIÓN SALUD, INNOVACIÓN y SOCIEDAD (2004), «Conformación de la política sanitaria desde la equidad de género», *Documento de Trabajo de la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud,* Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid.

GISPERT, R.; P. VAN DE WATER, y L. M. VAN HERTEN (2000), «La introducción de objetivos

de salud en el marco de la política sanitaria española: Una revisión documental del proceso», *Gaceta Sanitaria*, 14(3): 34-44.

GOLD C. H.; B. MALMBERG; G. E. MCCLEARN; N. L. PEDERSEN, y S. BERG (2002), «Gender and health: a study of older unlike-sex twins», *Journal of Gerontology B: Psychological Sciences-Social Sciences*, 57(3): S168-76.

GÓMEZ REDONDO, R. (1995), «Vejez prolongada y juventud menguada», *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 71-72: 79-108.

— (2005), «La mortalidad en España durante la segunda mitad del siglo XX: Evolución y Cambios», PAPELES DE ECONOMÍA ESPAÑOLA, 104: 37-56

GÓMEZ REDONDO, R., y C. BOE (2004), «Tendencias de mortalidad en la población española: Longevidad creciente, juventud recuperada y hacia la convergencia por sexo», en *Informe sobre la Situación Demográfica en España*, Fundación Fernando Abril Martorell-Fundación ICO, Madrid: 105-134.

— (2005), «Decomposition analysis of spanish life expectancy at birth», *Demographic Research*, 13(20): 521-546.

GÓMEZ REDONDO, R.; R. GÉNOVA MALERAS, y E. ROBLES GONZÁLEZ (2005), «Mortality compression and equilibrium trend in health: the Spanish case», en VV.AA., *Europe Blanche XXVI: Living Longer but Healthier Lifes. How to achieve health gains in the elderly in the European Union?*, Institute des Sciences de la Santé, París.

— (2007), «Envejecimiento, longevidad y salud. Bases demográficas en España», en S. BALLESTEROS (coord.), *Envejecimiento saludable: aspectos biológicos, psicológicos y sociales*, Universitas, Madrid.

GÓMEZ REDONDO, R., y J. M. GARCÍA GONZÁLEZ (2011), «Longevidad y salud en edades avanzadas», en R. GÓMEZ REDONDO (coord.), *Salud, demografía y sociedad en la población anciana*, Alianza Editorial, Madrid (en prensa).

GONZALO, E., y M. I. PASARÍN (2004), «La salud de las personas mayores», *Gaceta Sanitaria*, 18 (1): 69-80.

GUILLÉN, A., y L. CABIEDES (1998), «La política sanitaria: Análisis y perspectivas del Sistema Nacional de Salud», en J. SUBIRATS y R. GOMÁ (coords.), *Políticas públicas en España: contenidos, redes de actores y niveles de gobierno*, Ariel, Barcelona.

GUTIÉRREZ-FISAC, J. L.; R. GISPERT, y J. SOLÁ (2000), «Factors explaining the geographical differences in disability-free life expectancy in Spain», *Journal of Epidemiology and Community Health*, 2, 54: 451-455.

IMSERSO (2001), *Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud*, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Madrid.

— (2004a), *Libro Blanco de atención a las personas en situación de dependencia en España*, IMSERSO, Madrid.

— (2004b), *Encuesta de condiciones de vida de las personas mayores 2004, estudio IMSERSO 4597*, IMSERSO, Madrid.

INE (2003), *Encuesta nacional de salud*, INE, Madrid.

— (2005), *Encuesta sobre discapacidades, deficiencias y estado de salud 1999. Informe general*, INE, Madrid.

KATZ, S. (1963), «Studies of illness in the aged», *Journal of the Medical Association*, 185: 914-919.

LIBERATOS, P.; B. G. LINK, y J. L. KELSEY (1988), «The measurement of social class in epidemiology», *Epidemiologic Reviews*, 10: 87-121.

MANTON, K. G., y E. STALLARD (1994), «Medical demography: Interaction of disability dynamics and mortality», en L. G. MARTIN, y S. H. PRESTON (eds.), *Demography of Aging*, National Academy Press, Londres.

MARTÍN RONCERO, U., y A. BACIGALUPE DE LA HERA (2009), «Estructura social y salud en Euskadi: clase social, nivel educativo y lugar de nacimiento como determinantes de la salud», *Zerbitzuan: Gizarte zerbitzuetarako aldizkaria - Revista de Servicios Sociales*, 45: 59-72.

MESLÉ F., y J. VALLIN (2002), «La transition sanitaire: Tendances et perspectives», en G. CASELLI; J. VALLIN, y G. WUNSCH (eds.), *Démographie: Analyse et synthèse, vol III — Les déterminants de la mortalité*, INED, París: 439-461.

OCDE (1973), *Liste des préoccupations sociales communes à la plupart des pays de l'OCDE*, OCDE, París.

OMS (1948), *Constitution of the World Health Organization, Official Record of the World Health Organization, 2, 100*, World Health Organization, Ginebra.

— (1998), *World Health Report 1998: Life in the 21st Century: A Vision for All*, World Health Organization, Ginebra.

— (2006), *Basic Documents, 45th Edition, Supplement*, World Health Organization, Ginebra.

PÉREZ DÍAZ, J. (2003), *La madurez de masas*, IMSERSO, Madrid.

PÉREZ ORTIZ, L. (2006), *La estructura social de la vejez en España*, IMSERSO, Madrid.

PUGA, M. D. (2001), *Dependencia y necesidades asistenciales de los mayores en España*, Fundación Pfizer, Madrid.

PUGA, M. D.; ABELLÁN, y M. T SANCHO (2006), «Mayores y familia en la sociedad actual», en *Informe España 2006. Una interpretación de su realidad socia*l, Fundación Encuentro, Madrid.

RICO, A.; J. M. FREIRE, y J. GÉRVAS (2007), «El sistema sanitario español (1976 - 2006): factores de éxito en perspectiva internacional comparada», en A. ESPINA (coord.), *Estado de bienestar y competitividad. La experiencia europea*, Fundación Carolina-Siglo XXI, Madrid: 401- 444.

ROBINE, J. M., y C. JAGGER (2005), «Healthy life expectancy in the UN-European Region», en B. MARIN y A. ZAIDI (eds.), *Mainstreaming Aging. Indicators to Monitor Sustainable Policies*, Ashgate, Viena.

ROBINE, J. M.; C. JAGGER; A. CLAVEL, e I. ROMIEU (2004), «Disability free-life expectancy (DFLE) in EU Countries from 1991 to 2003. Estimates based on the European Community Household Panel (ECHP) waves 2 to 8, made to fulfil the requirements for healthy life years to be an EUStructural Indicator», *EHEMU Technical Report*, 1.

ROBLES GONZÁLEZ, E. (2009), «¿De qué se mueren los ancianos en España?», *Estudios Geográficos*, LXX (267): 567-598.

— (2011), «El envejecimiento de la población: aspectos demográficos», en R. GÓMEZ REDONDO (coord.), *Salud, demografía y sociedad en la población anciana*, Alianza Editorial, Madrid.

SAGARDUI-VILLAMOR, J.; P. GUALLAR-CASTILLÓN; M. GARCÍA-FERRUELO; J. R. BANEGAS, y F. RODRÍGUEZ-ARTALEJO (2005), «Trends in disability and disability-free life expectancy among elderly people in Spain: 1986 - 1999», *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 60: 1028-1034.

SUZMAN, R. M.; T. HARRIS; E. C. HADLEY; M. G. KOVAR, y R. WEINDRUCH (1992), «The robust oldest-old: Optimistic perspectives for increasing healthy life expectancy», en R. M. SUZMAN, D. P. WILLIS y K. G. MANTON (eds.), *The Oldest Old*, Oxford University Press, Oxford.

VALLIN, J. (2006), «Mortality differences by sex among the oldest old», en J. M. ROBINE, E. M. CRIMMINIS, S. HORIUCHI y Y. ZENG (eds.), *Human Longevity, Individual Life Duration and the Growth of the Oldest Old Population*, Springer, Berlin.

VAUPEL, J. W. (1997), «The remarkable improvements in survival at older ages», *Philosophical Transactions of the Royal Society of London B*, 352: 1799:1804.

VICIANA F.; J. A. HERNÁNDEZ-RODRÍGUEZ; V. D. CONTO, y A. L. ÁVILA (2003), *Longevidad y calidad de vida en Andalucía*, Instituto de Estadística de Andalucía, Sevilla.

WRAY L. A., y C. S. BLAUM (2001), «Explaining the role of sex on disability: A population-based study», *Gerontologist*, 41: 499-510.

LOS CUIDADORES DE FAMILIARES DEPENDIENTES EN ANDALUCÍA DESDE UNA PERSPECTIVA DE CLASE

VIEJAS Y NUEVAS FORMAS DE DESIGUALDAD

Delia LANGA ROSADO
David MARTÍNEZ LÓPEZ
Universidad de Jaén

Resumen

Este artículo enfoca la atención sobre las personas que asumen labores de prestación de cuidados a dependientes en Andalucía, tomando como fuente de datos la *Encuesta de redes familiares* que el Instituto de Estadística de Andalucía llevó a cabo en 2005. El análisis subraya el vínculo entre las respuestas sobre el modo en que se prestan los cuidados y la clase social a la que pertenecen los cuidadores y sus familias. Los datos permiten establecer diferencias en la construcción e interiorización del rol de cuidador en función de la posición social. La disponibilidad mayor o menor de recursos económicos y educativos de la familia, así como individuales, no sólo da lugar a diferentes prácticas en la prestación de cuidados, sino que también se refleja en distintas actitudes hacia estas tareas y en distintos argumentos de justificación.

Palabras clave: dependencia, cuidado social, cuidadores, clase social, diferencias de género.

Abstract

This article focuses attention on the people who take care of dependent kin taking as data source the Family Networks' Poll, administered in 2005 by the Statistical Institute of Andalucía. The authors stress the link between the answers of respondents about how they provide care services and the social class to which they and their families belong. These data allow to establish differences in the construction and assumption of the rol of caregivers according to social class. The bigger or lesser extent of economic and educational resources of the family, as well as of the individual, manifests itself not only in different care practices, but also in diverse attitudes to these tasks as well as in distinct justifying arguments.

Keywords: dependency, social care, caregivers, social class, gender differences.

JEL classification: I10, J14.

I. EL PROBLEMA DE LA DEPENDENCIA Y LA CRISIS DE LOS CUIDADOS

El envejecimiento de la población ha convertido la cuestión de cómo se atiende a los sujetos que manifiestan, temporal o crónicamente, algún tipo de dependencia en un desafío crucial para la sociedad española. Hoy por hoy sigue encontrando respuesta, sobre todo, en la activación de las redes familiares (Bazo, 2004; Fernández Cordón y Tobío, 2007), principales proveedoras de cuidados a los mayores y, en general, a los dependientes, dada la presencia escasa del sector público y aún testimonial del voluntariado. Aun así, la creciente dificultad que la familia encuentra para afrontar esa importante responsabilidad reproductiva dificulta cada vez más este tradicional desempeño. Con la aprobación, en 2006, de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia, este contexto ha sufrido un cambio que puede llegar a ser importante.

En efecto, la denominada «crisis de los cuidados» (Pérez y Baeza, 2006; Hochschild, 2008; Simonazzi, 2009) plantea una clara necesidad de externalización de éstos por parte de las familias. Externalización que, por un lado, se prevé hacia el sector público, en una apuesta por consolidar, a partir de la citada ley, el llamado «cuarto pilar del Estado del bienestar», y por otro, se orienta a la contratación mercantil de servicios de ayuda y atención, lo que en la práctica parece derivar en un papel creciente del servicio doméstico (1).

En cualquier caso, y aun reconociendo las actuales circunstancias en principio favorecedoras del reconocimiento de un nuevo derecho de ciudadanía, no podemos sino afirmar que nos encontramos ante un Estado del bienestar caracterizado por un claro carácter familista (Moreno, 2003; Leitner, 2003; Bettio y Platenga, 2004). Éste, a su vez, se basa en una desigual división de género del trabajo doméstico y de cuidados, por lo que, en realidad, más que en las familias, en quien se sustenta es en las mujeres, en las «supermujeres», según Moreno (2003). No obstante, los valores culturales más individualistas y las nuevas formas familiares cada vez apuntan más claramente la dificultad de que el régimen de bienestar se siga sosteniendo sobre estas mujeres; de ahí que las nuevas generaciones reclamen una mayor responsabilidad pública.

Asimismo, es importante señalar el componente de clase social que en la distribución de probabilidades de aportar cuidado a los familiares

dependientes tienen las mujeres (2), como puede verse en Langa *et al.* (2009). Uno de los comportamientos en que más se deja notar precisamente esta influencia es en el despliegue de estrategias de privatización y mercantilización del cuidado. Esto, a su vez, guarda relación con la feminización de las migraciones, ya que las mujeres extranjeras, ante la ausencia de nativas que quieran o puedan realizar este tipo de actividades de atención y cuidado, se han convertido en un recurso para hacer frente a tales carencias (Agrela, Gutiérrez y Galindo, 2008b). La transferencia de estas actividades a mujeres inmigrantes tiene lugar, en muchos casos, bajo la lógica de la economía sumergida, y de normativas y políticas que ordenan el servicio doméstico y el reclutamiento de inmigrantes, apoyándose a menudo en discursos privados que legitiman condiciones de servidumbre, con lo que a la perpetuación de la división sexual del trabajo y las desigualdades de clase se añaden nuevas formas de desigualdad sobre la base de la nacionalidad y/o la etnia (Agrela *et al*., 2008a).

Por otra parte, desde el punto de vista del debate teórico, el tema de los cuidados ha experimentado una interesante evolución en el sentido de que éstos han pasado de ser reivindicados por un cierto feminismo de la diferencia como una «ética (femenina) de la responsabilidad» (Gilligan, 1993) a incorporar, cada vez más, la necesidad de reconocer su dimensión pública y externa a la familia desde el enfoque del *social care* (Daly y Lewis, 1998). En efecto, este enfoque propone la socialización de los cuidados y se pregunta por el reparto de éstos entre familias, estados y también mercados y sociedad civil, dentro de las familias, se interroga sobre cómo se concreta este reparto entre géneros y generaciones (Letablier, 2007). Resulta interesante en este giro cuestionarse hasta qué punto los aspectos afectivos de los cuidados interseccionan con sus dimensiones materiales y morales (Martín Palomo, 2008), y de especial interés se revela a los autores de este trabajo conocer cómo influye la posición de clase de los cuidadores a la hora de encajar la atención a los dependientes como una obligación o como una decisión a tomar entre un elenco de otros posibles motivos y alternativas. Todo ello puede ofrecer pistas acerca del modo en que interactúan las familias, las instituciones públicas y privadas, y las desigualdades de una estructura social que, en última instancia, define diferentes contextos y formas de responder a las expectativas socioculturales que conlleva «ser mujer».

A partir de estas consideraciones, en este artículo se enfoca la atención sobre algunos de los datos obtenidos en una investigación sobre los cuidados a los dependientes en Andalucía en clave de desigualdad (Langa *et al.*, 2009). Por un lado, se analiza quiénes tienden a cuidar a los familiares dependientes, en qué actividades se concretan los cuidados y cuánto tiempo suponen tales actividades. Por otro lado, se aclara con qué tipos de ayuda cuentan los cuidadores y cómo se entiende y valora el papel de la familia en la satisfacción de estas necesidades, así como el de otras instituciones (públicas y privadas) y su posible peso valorativo en la estructura de responsabilidades sociales, tal como lo expresan quienes aportan cuidados. También se ofrece una aproximación a las razones esgrimidas para atender a los familiares enfermos o dependientes y al balance que hacen quienes los atienden entre lo afectivo y la dimensión de obligación moral. Y todo ello trata de ponerse en relación con el sentido de los costes y las actividades afectadas que la atención a los familiares dependientes implica, sin perder de vista, además, el escenario actual de organización social de los cuidados, con el intento de consolidación de un derecho social nuevo que implica una concepción más amplia del Estado del bienestar, en una situación, no obstante, de crisis económica. Si las consiguientes restricciones presupuestarias pueden alimentar determinadas inercias familistas, sustentadas a su vez en brechas de clase, género y etnia, es también una pregunta que se plantea en este artículo.

Finalmente, los datos que aquí se presentan sobre cuidadores se ponen en relación con los patrones familiares que los autores describieron en otra investigación a partir de los datos sobre redes de parentesco y pautas de residencia según clase social (Langa y Martínez, 2009). El análisis permite ubicar las prácticas de los cuidadores en el seno de las estrategias familiares en las que se enmarcan, entendiendo que estas estrategias confieren a las redes familiares un significado y unas características distintas según la posición social de los individuos.

II. METODOLOGÍA

Los datos que se exponen en este artículo surgen de una explotación temática de la *Encuesta de redes familiares* (ERF) de 2005, realizada por el Instituto de Estadística de Andalucía en colaboración con las distintas universidades andaluzas. Una investigación previa a partir de los datos de esta encuesta posibilitó un acercamiento al perfil de los cuidadores desde su clase social. Para conocer el perfil de los cuidadores desde sus posiciones en la estructura social, se recurrió entonces a la concepción de «clase» de Bourdieu (2001), así como al concepto de «clase comu-

nitaria» de Carabaña (1994 y 1995). Para este último autor, la unidad de este tipo de clase no es el individuo, sino la familia. Las familias tienen unos *estilos de vida* que vienen dados en gran medida por la clase económica a la que pertenecen sus miembros, y a los que corresponden unas determinadas estrategias en el marco de las cuales cabría situar precisamente las prácticas de los cuidadores.

Entendiendo, por tanto, la clase como «clase comunitaria», se utilizó entonces un esquema que clasificaba a los individuos por las características socioeconómicas de los hogares a los que pertenecen. Es bastante común en este sentido operacionalizar la clase social mirando la ocupación y/o el nivel de estudios del «sustentador principal». Esto, sin embargo, introduce una importante limitación para trabajar con los datos de la ERF en tanto que en esta encuesta no se identifica al sujeto que aporta más al hogar, en presupuesto o en términos de estatus. Ello ha obligado a intentar rastrear a partir del ego del cuestionario la posición ocupacional más alta del hogar. La ERF ofrece datos de la actividad de todos los sujetos, pero sólo contiene información sobre la ocupación del ego y/o su cónyuge cuando al menos uno de ellos trabaja. Entre estas dos ocupaciones se eligió la más alta, identificando así la ocupación del «sustentador principal». Ello supuso, no obstante, que los casos válidos se redujeron a algo más del 50 por 100 del total de encuestados. En concreto, se cuenta con 5.058 sujetos para los que se dispone de información sobre ocupación, lo que no deja de ser una muestra considerable. Por otro lado, dado que en gran medida el foco de análisis lo constituye el colectivo de los cuidadores, no cabe perder de vista que éstos, mayoritariamente, se sitúan en el intervalo de edad de entre 30 y 54 años (en torno al 60 por 100, y en torno al 75 por 100 entre 30 y 64 años), por lo que se da por supuesto que la mayor parte están ocupados, y por tanto ellos o sus cónyuges son los sustentadores principales del hogar.

Con el total de datos válidos, se ha optado por la utilización de la clasificación de ocupaciones de Erikson, Goldthorpe y Portocarero (1979), una de las más utilizadas en la investigación sobre estratificación, clases y movilidad en los países desarrollados (lo cual introduce una gran ventaja comparativa). Se han agrupado en cuatro categorías los ítems del cuestionario, quedando finalmente el esquema de clases que refleja el cuadro n.º 1.

Teniendo en cuenta la idea de Bourdieu (1988) de que es la lógica del campo de prácticas que en cada caso se estudie la que imprime el mayor o menor peso de unos u otros tipos de recursos, que serán por ello los que servirán para delimitar las distintas categorías de nuestro «esquema de clases», se ha distinguido una clase de pequeños propietarios, especialmente para ver si el hecho de tener algún tipo de patrimonio familiar que transmitir puede introducir algún condicionante o mayor sentido de la responsabilidad en los hijos respecto al cuidado y a la atención de los padres (3). En esta clase pequeño-burguesa habría que haber incluido a los empresarios con algún asalariado, si bien el cuestionario de la ERF no permite hacer esta distinción (4). De ahí que la clase media alta esté más representada (5), en tanto que integra, indebidamente, estos pequeños propietarios con algún trabajador contratado. También habría resultado

CUADRO N.º 1

ESQUEMA DE CLASES SOCIALES

Clase obrera	*Pequeña burguesía*	*Clase intermedia*	*Clase media-alta*
- Operarios cualificados y especializados no agrarios	- Empresario no agrario sin asalariados	- Directores y jefes de empresas o explotaciones agrarias	- Profesionales, técnicos y asimilados ejerciendo por cuenta propia.
- Operarios sin especificar no agrarios	- Empresario agrario sin asalariados	- Jefes de departamentos administrativos y comerciales	- Directores de empresas no agrarias y altos funcionarios.
- Resto de personal de servicios	- Miembros de cooperativas agrarias	- Resto de personal administrativo y comercial	- Profesionales, técnicos y asimilados ejerciendo por cuenta ajena.
- Resto de trabajadores agrarios		- Contramaestres y capataces no agrarios	- Empresarios con asalariados
		- Profesionales de las fuerzas armadas	

Fuente: Elaboración propia.

de utilidad distinguir a los profesionales de los técnicos, así como el grado de unos y otros, en tanto que la clase alta, o «clase de servicio» de Goldthorpe, en realidad la constituyen, además de los grandes propietarios, los profesionales liberales, que muestran, en todo caso, un alto nivel educativo, si bien el cuestionario no permite efectuar esta discriminación.

Considerando la limitación de los datos ocupacionales de la encuesta, se ha optado por una múltiple aproximación a la posición de los sujetos en el espacio social utilizando la información sobre nivel educativo, que, en este caso, sí proporciona el cuestionario para todos los sujetos entrevistados. No obstante, conforme al interés por identificar la posición de clase comunitaria, se ha elaborado un modo de aproximación al «nivel educativo del sustentador principal», con el que prácticamente se recuperan todos los casos de la muestra. Dado que el nivel de formación completada es un indicador de posición social importante, permite contrastar la información obtenida a través de los datos de ocupación y ganar así en capacidad de generalización.

Se plantea, pues, una aproximación desde múltiples aristas a la realidad de los cuidadores andaluces, entendiendo que la variable «género» ofrece pautas diferenciadas, pero ubicadas en diferentes posiciones en el espacio social (posición de clase). Se aborda asimismo un análisis complementario a los indicadores socioeconómicos referidos al hogar con otros referidos al ego del cuestionario, concretamente su nivel de estudios y su actividad.

III. RESULTADOS

1. Sobre la predisposición a convertirse en cuidador

Son muchas las razones por las que alguien puede tener la necesidad de recibir cuidados y atención para desenvolverse cotidianamente, si bien el actual envejecimiento demográfico de nuestras sociedades hace de los mayores un grupo especialmente vulnerable y dependiente de sus generaciones precedentes, y especialmente de la de sus hijos, y aún más, sus hijas (6). En este primer epígrafe se presentan aquellas categorías manejadas en la investigación en las que se aprecia mayor predisposición a convertirse en cuidador familiar. Los resultados más llamativos aparecen al examinar el nivel de estudios más alto del hogar (7). Aquí el rasgo más destacable es el contraste entre las mujeres de familias en las que el nivel educativo es el de tan sólo estudios básicos y el de aquellas en las que este nivel corresponde a estudios universitarios (cuadro n.º 2). Entre las primeras, el porcentaje de cuidadoras es quince puntos porcentuales más elevado que entre las segundas. Se observa asimismo que a medida que aumenta el nivel educativo del sustentador principal las diferencias entre géneros se atenúan.

Por clase social, la que muestra una mayor predisposición a cuidar es la de la pequeña burguesía, en la que un 59 por 100 (cuatro puntos porcentuales por encima de la media) de los que tienen familiares enfermos o dependientes dicen cuidarlos. Atendiendo a las diferencias de sexo, se constata que las mujeres tienden, en general, a cuidar más que los hombres (nueve puntos más de media). Este comportamiento diferente entre hombres y mujeres es aún más apreciable entre los cui-

CUADRO N.º 2

DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN SEGÚN SU SITUACIÓN DE CUIDADOR POR NIVEL EDUCATIVO DEL «SUSTENTADOR PRINCIPAL» (*)

	Ns/Nc (porcentaje)	*Sin terminar estudios básicos (porcentaje)*	*Estudios básicos (porcentaje)*	*Estudios secundarios profesionales (porcentaje)*	*Estudios secundarios no profesionales (porcentaje)*	*Estudios universitarios (porcentaje)*	*Total (porcentaje)*
No presta ayuda							
Hombres	51,2	51,0	48,7	51,1	52,7	44,4	49,2
Mujeres	33,9	39,9	35,0	40,1	41,8	50,1	40,3
Total	42,8	45,2	41,3	45,9	46,9	47,4	44,5
Presta ayuda							
Hombres	48,8	49,0	51,3	48,9	47,3	55,6	50,8
Mujeres	66,1	60,1	65,0	59,9	58,2	49,9	59,7
Total	57,2	54,8	58,7	54,1	53,1	52,6	55,5

Nota: (*) Los porcentajes se calculan sobre el total de cada clase que tiene algún pariente necesitado de cuidado.
Fuente: Instituto de Estadística de Andalucía, ERF (2005).

dadores de la clase obrera (unos quince puntos de diferencia). Si a ello se añade que, teniendo en cuenta la actividad del cuidador, las amas de casa prestan ayuda once puntos porcentuales por encima de la media (8), queda claramente dibujado un cuadro muy desfavorable para las mujeres de clases populares. Cabe, por tanto, afirmar sin ambages que hay una significativa mayor predisposición a asumir la responsabilidad de prestar ayuda a familiares cuando éstos precisan cuidados.

2. La materialidad de la dedicación a los cuidados

La dedicación a los cuidados tiende, en tanto es realizada mayoritariamente por mujeres y en el ámbito doméstico, a resultar invisible a los ojos de la sociedad. Se antoja bastante útil la propuesta que hace Martín Palomo (2008) al referirse en términos de «domesticación del trabajo» de cuidados tanto al trabajo remunerado como al no remunerado, subrayando, además de la dimensión material de este segundo, las dimensiones afectiva y moral. Estas dos últimas son, en efecto, las más difíciles de objetivar y traducir en dedicación en horas concretas. La simultaneidad de tareas, su contingencia y sujeción a demandas ajenas (Ramos, 1994), la dimensión de preocupación y no sólo ocupación *(caring about vs. caring for)* son factores que problematizan cualquier intento de cuantificación de los cuidados. En el cuestionario de la *Encuesta de redes familiares* se abordaron las cuestiones referentes a tareas y tiempos de los cuidados y, a pesar de los datos perdidos a causa probablemente de esta invisibilidad que los caracteriza (9), se pueden colegir ciertos patrones de dedicación que tienen mucho que ver con los recursos disponibles por las cuidadoras y los cuidadores, con su posición social en definitiva.

Del cuadro n.º 3 cabe destacar aquí cómo principalmente las cuidadoras de clase obrera son las que más se implican en las actividades básicas de cuidado y aseo personal y en las de tipo más instrumental que tienen que ver con las faenas domésticas; es decir, en todas aquellas tareas que suponen una dedicación más intensiva. De nuevo se aprecian patrones más igualitarios en cuanto a género entre la clase media-alta en varias actividades como dar de comer, desplazarse en la vivienda, salir de casa o realizar gestiones. En la clase intermedia esto mismo se constata en los desplazamientos dentro del hogar y en la realización de las compras.

Por nivel de estudios, en los grupos menos formados se observa una mayor dedicación a tareas intensivas; también se aprecia una tendencia más igualitaria en algunas actividades, aunque incluso entre quienes tienen más estudios las tareas más duras y rutinarias quedan bajo responsabilidad de las mujeres. Asimismo, el examen de los datos atendiendo a la actividad de los entrevistados muestra que son las amas de casa y desempleados, aún más las desempleadas, quienes en mayor medida realizan este tipo de tareas. Además, los pensionistas, también más las mujeres, tienden a ayudar en estas actividades por encima de la media, dando ello lugar a dedicaciones de más de 40 horas.

Los patrones observados en cuanto a tipo de ayuda prestada se hallan, sin duda, estrechamente relacionados con los que dibujan los datos recogidos en el cuadro n.º 4 sobre el tiempo dedicado a esa ayuda. Respecto a las variables socioeconómicas referidas al hogar del cuidador, es el nivel educativo la variable que muestra con más claridad una correlación inversa. Así, los entrevistados con niveles de estudios inferiores registran una dedicación a la prestación de cuidados superior a las cuarenta horas semanales, que supera en doce puntos la media; si se compara con el porcentaje del grupo con el nivel educativo más alto, la distancia se eleva a dieciocho puntos. Centrando la atención en las dedicaciones de menos de siete horas, sucede justo al contrario: los entrevistados con niveles de estudios básicos o con estudios incompletos representan en torno a la mitad de los que han cursado estudios medios o superiores. En las dedicaciones intermedias (de siete a catorce horas, y de quince a cuarenta horas) no se aprecian, en cambio, diferencias tan notables.

Para esta variable (tiempo dedicado a la prestación de cuidados) no se ofrece el cuadro referido a la ocupación de los entrevistados, pues las diferencias entre clases no resultan tan polarizadas. Sí se aprecia en los cuidados que implican menos de siete horas semanales porcentajes más elevados entre quienes integran las clases media y media-alta, mientras que en la clase obrera, por el contrario, el porcentaje se queda por debajo de la media. No obstante, llama la atención que, en esta última clase, el porcentaje de los que no saben o no contestan supera en seis puntos al registrado entre los entrevistados de clase media-alta, lo que pone de manifiesto una mayor dificultad para contabilizar el tiempo que los primeros dedican a los cuidados (10). Quizá esto explique por qué en la dedicación de más de cuarenta horas semanales para la atención de sus familiares, el porcentaje del grupo de entrevistados de clase obrera no destaque, como cabría esperar tanto por el tipo de tareas en las que más ayudan

CUADRO N.º 3

DISTRIBUCIÓN DE CUIDADORES SEGÚN TIPO DE AYUDA PRESTADA, POR CLASE SOCIAL (*)

	Clase obrera (porcentaje)	*Pequeña burguesía (porcentaje)*	*Clase intermedia (porcentaje)*	*Clase media-alta (porcentaje)*
Hacer su aseo cotidiano				
Hombres	25,3	..	..	19,1
Mujeres	49,5	..	49,0	41,0
Total	39,1	34,5	38,2	30,8
Vestirse				
Hombres	25,5	..	..	22,0
Mujeres	43,6	..	37,5	33,1
Total	35,8	36,5	31,5	27,9
Preparar su comida				
Hombres	31,6	..	28,3	24,6
Mujeres	55,5	59,9	54,6	55,1
Total	45,2	46,2	43,6	40,9
Comer				
Hombres	15,8	..	..	13,0
Mujeres	21,4	..	17,6	16,9
Total	19,0	23,8	17,9	15,1
Tomar sus medicinas				
Hombres	35,8	..	33,0	27,4
Mujeres	44,1	44,9	39,5	38,2
Total	40,5	43,8	36,8	33,2
Hacer las tareas del hogar				
Hombres	35,6	..	35,4	28,6
Mujeres	67,9	59,1	62,9	63,6
Total	53,9	44,2	51,5	47,2
Desplazarse en su vivienda				
Hombres	38,1	..	32,1	37,2
Mujeres	32,5	..	33,0	34,7
Total	34,9	40,1	32,6	35,9
Salir de su casa: dar un paseo, ir al médico				
Hombres	52,1	63,6	61,4	62,0
Mujeres	49,8	59,9	51,1	60,8
Total	50,8	61,6	55,4	61,4
Hacer sus compras				
Hombres	41,8	..	50,4	41,3
Mujeres	54,4	53,2	52,9	52,1
Total	48,9	49,8	51,8	47,0
Hacer sus gestiones				
Hombres	54,2	..	66,7	51,9
Mujeres	48,5	59,1	59,1	51,2
Total	51,0	56,3	62,3	51,5
Tomar transportes públicos				
Hombres	20,9	..	27,0	17,5
Mujeres	27,5	..	22,4	27,8
Total	24,6	30,3	24,3	23,0
Otras actividades en las que necesite ayuda				
Hombres	40,7	..	50,4	35,3
Mujeres	42,1	48,7	37,9	34,1
Total	41,5	47,4	43,1	34,6

Nota: (*) Porcentaje de cuidadores de cada clase y género que realizan el tipo de tarea indicado, sobre el total de cuidadores de dicho grupo. Las celdas sin datos indican que la submuestra no es suficientemente grande como para que en esas categorías se puedan dar resultados estadísticamente significativos.
Fuente: Instituto de Estadística de Andalucía, ERF (2005).

CUADRO N.º 4

DISTRIBUCIÓN DE CUIDADORES SEGÚN TIEMPO DE DEDICACIÓN A AYUDA, POR NIVEL EDUCATIVO DEL SUSTENTADOR PRINCIPAL (*)

	Ns/Nc (porcentaje)	*Sin terminar estudios básicos (porcentaje)*	*Estudios básicos (porcentaje)*	*Secundarios profesionales (porcentaje)*	*Secundarios no profesionales (porcentaje)*	*Universitarios (porcentaje)*	*Total (porcentaje)*
Menos de 7 horas							
Hombres	..	20,1	23,1	37,7	..	37,1	**29,1**
Mujeres	..	11,7	14,1	22,7	26,2	29,0	**17,9**
Total	..	15,3	17,7	29,9	27,9	33,0	**22,8**
De 7 a 14 horas							
Hombres	..	14,2	17,8	23,2	..	18,8	**18,1**
Mujeres	..	14,1	17,5	..	..	18,3	**16,3**
Total	..	14,1	17,6	19,0	16,6	18,6	**17,1**
De 15 a 40 horas							
Hombres	..	21,4	21,5	..	..	13,7	**17,7**
Mujeres	..	21,1	22,7	28,8	..	16,7	**22,1**
Total	..	21,2	22,2	20,9	20,8	15,3	**20,2**
Más de 40 horas							
Hombres	..	27,4	19,4	..	..	13,2	**18,2**
Mujeres	51,4	46,0	34,5	18,1	..	26,1	**33,1**
Total	32,5	38,0	28,5	14,6	18,6	19,7	**26,6**
Ns/Nc							
Hombres		16,9	18,2	..	..	17,2	**16,9**
Mujeres		..	11,2	..	..	..	**10,6**
Total		11,3	14,0	15,6	16,1	13,5	**13,4**

Nota: (*) Porcentaje de cada nivel de estudios y sexo que dedica el número indicado de horas, sobre el total de dicho nivel de estudios y sexo. Las celdas sin datos indican que la submuestra no es suficientemente grande como para que en esas categorías se puedan dar resultados estadísticamente significativos.
Fuente: Instituto de Estadística de Andalucía, ERF (2005).

como por la polarización que sí se advierte al examinar las diferencias por niveles de estudio.

Con respecto a los datos relativos a la actividad del cuidador, se constata una total coherencia con los patrones de tareas en las que ayudan. De nuevo, se ha de señalar que son los colectivos que están fuera del mercado laboral, salvo el caso de los estudiantes, los que se caracterizan por superar con creces la media en las dedicaciones superiores a una semana laboral (cuarenta horas). Más de cuatro de cada diez amas de casa y pensionistas/jubiladas (también los pensionistas/jubilados, en menor medida, pero por encima de la media en todo caso) dedican más de cuarenta horas a proporcionar cuidados, frente a una media del 26,6 por 100. En cambio, estos mismos colectivos registran porcentajes más bajos que la media cuando se trata de las dedicaciones de menos de siete horas; aquí, en cambio, son los estudiantes y, en menor medida, los que trabajan quienes con más frecuencia eligen esta respuesta del cuestionario. Son las amas de casa, en mayor medida cuanto más baja es su posición social, no sólo quienes tienen más posibilidad de convertirse en cuidadoras de sus parientes dependientes, sino de hacerlo de un modo muy intensivo (11). Por otro lado, los jubilados/pensionistas, también especialmente las mujeres, y más las de niveles educativos y sociales inferiores, aunque no aparecen como un colectivo con más probabilidades de prestar cuidados, cuando lo hacen, se implican en aquellas tareas que suponen una dedicación más intensa (12).

3. Las ayudas con que cuentan los cuidadores

Otro de los aspectos en que más se destacan las diferencias por clase social de los cuidadores se pone de manifiesto cuando a éstos se les pregunta sobre quién o quiénes les ayudan a atender a sus familiares. Como queda reflejado en el cuadro n.º 5, a la hora de contar con la ayuda remunerada de alguna persona, la diferencia entre la clase obrera (6,9 por 100) y la clase media-alta (17 por 100) es muy notable (13). En las demás categorías no se apuntan diferencias importantes por clase: algo más del 70 por 100 de los cuidadores reciben la ayuda de otros familiares; en torno al 5 por 100 disfruta de otro tipo de ayuda, y aproximadamente uno de cada diez cuidadores no recibe ningún tipo de colaboración.

CUADRO N.º 5

DISTRIBUCIÓN DE CUIDADORES SEGÚN OTRA AYUDA RECIBIDA, POR CLASE SOCIAL (a)

	Clase obrera (porcentaje)	*Pequeña burguesía (porcentaje)*	*Clase intermedia (porcentaje)*	*Clase media-alta (porcentaje)*	*Total (porcentaje)*
Otros familiares.....	70,7	73,5	72,3	72,5	71,8
Persona remunerada	6,9	..	..	17,0	10,9
Ninguna otra ayuda	10,0	..	10,7	9,2	9,9
Otras ayudas (b).....	5,2	..	..	6,4	5,6

Notas:
(a) Las celdas sin datos indican que la submuestra no es suficientemente grande como para que en esas categorías se puedan dar resultados estadísticamente significativos.
(b) Amigos/vecinos, ayuda a domicilio y/o voluntarios.
Fuente: Instituto de Estadística de Andalucía, ERF (2005).

Por último, los datos referidos a la actividad de los cuidadores (cuadro n.º 6) también permiten apreciar cómo las posibilidades de recibir ayuda en la atención a los familiares dependientes varían mucho según la dedicación del cuidador. Así se constata que los pensionistas/jubilados y las amas de casa cuentan con apoyo de otros familiares en torno a diez puntos por debajo de la media. Además, las amas de casa son las que en menor medida recurren a ayuda retribuida. Ellas son, para empeorar la situación, las que más han de asumir solas la carga del cuidado de sus familiares dependientes: una de cada cuatro así lo expresa (de un total de 58.411), siendo la media de un 12,6 por 100 (cuando el cuidador está empleado, el porcentaje correspondiente cae al 7,3 por 100). Por el contrario, los estudiantes, cuando prestan ayuda a algún pariente, encuentran más el apoyo de sus familiares (un 81,3 por 100 frente a un 69 por 100 de media).

La estructura de deberes de la familia hacia sus parientes enfermos o dependientes parece hacer recaer el peso de estas obligaciones de un modo diferente según la actividad de sus miembros o, mejor dicho, según la «inactividad» de ellos, pues son los colectivos que están fuera del mercado laboral, exceptuando los estudiantes, los que con mayor probabilidad proporcionan cuidados a sus familiares sin apenas colaboración de nadie. Las amas de casa se llevan la palma en esta tarea; las de más baja posición socioeconómica y cultural, además, tienden en mayor medida a prestar estos cuidados sin la ayuda de otros parientes y sin contar con la posibilidad de contratar a alguien para asistirles.

4. Costes, razones y opiniones sobre los cuidados

Del análisis sobre los costes de los cuidados que señalan quienes se dedican a proveerlos, el más citado es el del tiempo (50 por 100 de los cuidadores). También aquí se aprecian importantes diferencias entre clases sociales (cuadro n.º 7). En efecto, las diferencias entre la clase obrera y la clase media-alta, tanto para hombres como para mujeres, se elevan a diez puntos. Son los cuidadores de más alta posición socioeconómica los que más frecuen-

CUADRO N.º 6

DISTRIBUCIÓN DE CUIDADORES SEGÚN OTRAS AYUDAS RECIBIDAS, POR ACTIVIDAD DEL SUSTENTADOR PRINCIPAL (a)

	Estudia (porcentaje)	*Trabaja (porcentaje)*	*Desempleado (porcentaje)*	*Pensionista/ Jubilado (porcentaje)*	*Ama de casa (porcentaje)*	*Total (porcentaje)*
Otros familiares.....	81,3	73,4	70,6	58,7	58,7	69,1
Persona remunerada	..	11,8	..	..	5,7	9,1
Ninguna otra ayuda	..	7,3	17,6	15,4	25,3	12,6
Otras ayudas (b).....	..	5,7	..	..	..	4,4

Notas:
(a) Porcentajes de cuidadores de cada situación de actividad que reciben otra ayuda, sobre el total de cuidadores de dicha situación de actividad. Las celdas sin datos indican que la submuestra no es suficientemente grande como para que en esas categorías se puedan dar resultados estadísticamente significativos.
(b) Amigos/vecinos, ayuda a domicilio y/o voluntarios.
Fuente: Instituto de Estadística de Andalucía, ERF (2005).

temente citan este coste. Justo lo contrario sucede si nos referimos al esfuerzo económico que suponen los cuidados: en las clases populares se elige este ítem cinco puntos por encima que en las clases altas (14).

El siguiente coste en orden de elección es el que tiene que ver con la vida social y de ocio (28 por 100). Las clases medias altas, y aún más las mujeres, señalan este coste por encima de la media del conjunto de la población. En general, se puede afirmar que en esta clase social, y especialmente entre sus mujeres, se tiende a ser más consciente de los esfuerzos (salvo el económico) que implica el cuidado a sus familiares, como si el hecho de cuidar a los parientes dependientes no formara parte de una estructura de deberes familiares incuestionable. Es lógico, por tanto, que entre estas mujeres sea menor el porcentaje de las que señalan que este cuidado no implica ningún tipo de coste.

Agrupados los entrevistados por nivel educativo, a la pregunta sobre qué tipo de actividad se vio más afectada por el hecho de dedicarse a prestar cuidados, las mujeres de posiciones socioeducativas más altas destacan en mayor medida la respuesta referida al ocio y las relaciones sociales, tanto si se toma en cuenta el nivel educativo del hogar como el del individuo (cuadro n.º 8). De nuevo parecen ser las que ocupan una posición social más elevada las que menos na-

CUADRO N.º 7

DISTRIBUCIÓN DE CUIDADORES SEGÚN CÓMO LES AFECTA LA AYUDA PRESTADA, POR CLASE SOCIAL (*)

	Clase obrera (porcentaje)	*Pequeña burguesía (porcentaje)*	*Clase intermedia (porcentaje)*	*Clase media-alta (porcentaje)*	*Total (porcentaje)*
Económico					
Hombres	20,2	..	..	14,2	18,8
Mujeres	20,0	..	..	15,4	16,9
Total	20,1	..	17,1	14,9	17,8
De tiempo					
Hombres	40,1	..	49,9	50,6	46,0
Mujeres	48,2	53,1	56,1	57,8	53,1
Total	44,6	50,7	53,4	54,4	49,9
Cuidar de otros familiares/ Relaciones con otros familiares					
Hombres	12,6	..	..	..	13,5
Mujeres	19,8	..	..	18,9	19,6
Total	16,6	0,0	19,0	15,6	16,9
Profesional, oportunidades laborales					
Hombres	10,7	..	..	..	11,8
Mujeres	13,6	..	..	19,3	16,0
Total	12,3	..	13,9	15,7	14,1
Vida social: salidas, ocio					
Hombres	19,4	..	..	27,1	23,7
Mujeres	30,4	..	27,6	35,5	31,1
Total	25,6	26,0	26,7	31,6	27,8
Salud: depresiones, dolores					
Hombres	..	..	..	..	12,4
Mujeres	24,9	..	19,4	25,6	23,8
Total	18,6	..	18,5	19,5	18,7
Otro tipo de costes					
Hombres	..	..	..	..	..
Mujeres	..	..	..	..	..
Total	..	..	..	..	2,7
No supone coste alguno					
Hombres	34,6	..	29,0	31,3	32,1
Mujeres	25,2	..	29,9	20,0	24,6
Total	29,4	28,1	29,6	25,3	28,0

Nota: (*) Porcentajes de cuidadores que indican cada tipo de coste, según su clase, sobre el total de cuidadores. Las celdas sin datos indican que la submuestra no es suficientemente grande como para que en esas categorías se puedan dar resultados estadísticamente significativos.
Fuente: Instituto de Estadística de Andalucía, ERF (2005).

turalizado tienen el rol de cuidadora.

Según la actividad del cuidador, no obstante, cabe constatar que son las desempleadas, las jubiladas/pensionistas y las amas de casa las que consideran más facetas de su vida afectadas por la prestación de cuidados (cuadro n.º 9). Los desempleados, y más si son mujeres, puntúan por encima de la media en todas las respuestas, menos en la referida al ocio y las relaciones sociales. Especialmente destacable resulta el dato según el cual expresan que su trabajo o expectativas profesionales se ven afectados en trece puntos por encima de la media (nueve puntos en el caso de los varones). Esto sugiere que la situación de desempleo de muchas mujeres cuidadoras probablemente tiene mucho que ver con su dedicación al cuidado de sus familiares enfermos o dependientes, lo que no hace sino poner una vez más de manifiesto la vigencia que aún tiene el rol femenino de «proveedor natural de cuidados» (Bazo, 1998), aún mayor cuando las mujeres están fuera del mercado laboral (15). El cuadro n.º 9 también muestra que las pensionistas/jubiladas y amas de casa sobresalen al señalar entre las actividades que consideran más afectadas por el cuidado a dependientes, aquellas que tienen que ver precisamente con su vida familiar, incluyendo aquí el cuidado a otros parientes.

Por otro lado, en lo concerniente a las razones por las que los cuidadores deciden atender a sus familiares (cuadro n.º 10), llama la atención el énfasis en las razones afectivas (en torno a dos tercios de los cuidadores así lo señalan), seguidas por el sentimiento del deber (en torno a un tercio), mientras que alrededor de un 8 por 100 señala la falta de recursos privados o públicos. Pero, visto desde el prisma de las clases sociales (16), lo primero que habría que destacar es que las mujeres de clase obrera dicen cuidar por sentido del deber o de la responsabilidad 4,2 puntos por encima de la media, y entre siete y ocho puntos más que los entrevistados pertenecientes a las clases media alta y media, respectivamente. A su vez, indican también tres puntos por encima del resto de cuidadoras la ausencia de medios o la inaccesibilidad o desconocimiento de éstos como motivo de la prestación de cuidados. Parece evidente, por tanto, que se trata de una categoría, la de las mujeres de clases bajas, que opta por aportar cuidados cuando sus parientes los necesitan en unas condiciones que suponen no muy amplios márgenes de decisión.

Los datos sobre las razones de la prestación de cuidados según el nivel educativo del cuidador, y no

CUADRO N.º 8

DISTRIBUCIÓN DE CUIDADORES SEGÚN ACTIVIDAD AFECTADA POR PRESTAR AYUDA, POR NIVEL EDUCATIVO DEL SUSTENTADOR PRINCIPAL (*)

	Sin terminar estudios básicos (porcentaje)	*Estudios básicos (porcentaje)*	*Secundarios profesionales (porcentaje)*	*Secundarios no profesionales (porcentaje)*	*Universitarios (porcentaje)*	*Total (porcentaje)*
Su trabajo remunerado/ Sus expectativas profesionales						
Hombres	14,3	16,8	..	..	12,2	14,4
Mujeres	22,2	17,5	17,8	..	16,3	18,6
Total	18,8	17,2	15,6	15,3	14,3	16,7
Otras actividades						
Hombres	15,1	12,9	17,7	..	13,2	14,5
Mujeres	25,7	21,2	17,4	..	23,6	22,2
Total	21,1	17,9	17,5	17,9	18,4	18,8
Otros aspectos de su vida familiar						
Hombres	..	11,1	..	..	..	11,0
Mujeres	21,1	20,0	21,3	..	15,8	19,7
Total	15,9	16,5	19,0	..	13,9	15,9
Actividades de ocio y relaciones sociales						
Hombres	18,1	24,1	23,9	..	23,5	22,9
Mujeres	32,7	23,4	24,2	27,1	37,0	28,4
Total	26,4	23,7	24,1	28,9	30,3	26,0

Nota: (*) Porcentajes de cuidadores que indican cada actividad afectada, según el nivel de estudios máximo de su hogar, sobre el total de cuidadores de cada grupo de nivel de estudios máximos del hogar. Las celdas sin datos indican que la submuestra no es suficientemente grande como para que en esas categorías se puedan dar resultados estadísticamente significativos.
Fuente: Instituto de Estadística de Andalucía, ERF (2005).

CUADRO N.º 9

DISTRIBUCIÓN DE CUIDADORES SEGÚN ACTIVIDAD AFECTADA POR PRESTAR AYUDA, POR ACTIVIDAD DEL CUIDADOR (*)

	Estudiante (porcentaje)	*Trabaja (porcentaje)*	*Desempleado (porcentaje)*	*Pensionista/ Jubilado (porcentaje)*	*Ama de casa (porcentaje)*	*Total (porcentaje)*
Su trabajo remunerado/ Sus expectativas profesionales						
Hombres	..	14,4	23,7	..	..	14,4
Mujeres	..	21,3	31,9	..	15,2	18,6
Total	..	17,4	28,3	11,9	15,1	16,7
Otras actividades						
Hombres	..	14,4	..	..	..	14,5
Mujeres	..	20,3	27,8	28,5	22,1	22,2
Total	..	16,9	22,3	21,3	22,0	18,8
Otros aspectos de su vida familiar						
Hombres	..	12,7	..	..	..	11,0
Mujeres	..	16,7	24,1	30,6	22,4	19,7
Total	..	14,4	16,5	17,4	22,3	15,9
Actividades de ocio y relaciones sociales						
Hombres	..	24,9	..	25,3	..	22,9
Mujeres	..	31,1	28,9	30,0	28,0	28,4
Total	..	27,6	23,2	27,1	28,0	26,0

Nota: (*) Porcentajes de cuidadores que indican cada actividad afectada, según su relación con la actividad, sobre el total de cuidadores de cada grupo de relación con la actividad. Las celdas sin datos indican que la submuestra no es suficientemente grande como para que en esas categorías se puedan dar resultados estadísticamente significativos.
Fuente: Instituto de Estadística de Andalucía, ERF (2005).

CUADRO N.º 10

DISTRIBUCIÓN DE CUIDADORES SEGÚN RAZONES PARA PRESTAR AYUDA, POR CLASE SOCIAL (*)

	Clase obrera (porcentaje)	*Pequeña burguesía (porcentaje)*	*Clase intermedia (porcentaje)*	*Clase media-alta (porcentaje)*	*Total (porcentaje)*
Es su responsabilidad-deber					
Hombres	32,4	..	34,6	41,9	36,1
Mujeres	42,0	..	33,7	35,8	37,8
Total	37,8	32,7	34,1	38,6	37,0
Prefiere ser cuidado por el entrev./ por razones afectivas					
Hombres	60,5	62,5	63,1	62,9	61,9
Mujeres	66,7	72,8	74,4	68,7	69,3
Total	64,0	68,2	69,6	66,0	66,0
No tiene medios para pagar ayuda profesional					
Hombres	..	..	..	..	6,6
Mujeres	10,4	..	..	..	8,3
Total	9,0	..	..	7,3	7,5
Otras razones					
Hombres	..	..	..	..	7,9
Mujeres	9,0	..	..	..	9,7
Total	8,1	..	12,4	7,0	8,9

Nota: (*) Porcentajes de cuidadores que indican cada tipo de razón para prestar ayuda, según su clase social, sobre el total de cuidadores de cada grupo de clase. Las celdas sin datos indican que la submuestra no es suficientemente grande como para que en esas categorías se puedan dar resultados estadísticamente significativos.
Fuente: Instituto de Estadística de Andalucía, ERF (2005).

del hogar, revelan diferencias culturales, pero matizadas por las de género (cuadro n.º 11). Se observa, en primer lugar, cómo las mujeres sin concluir estudios básicos destacan en la referencia al deber o la responsabilidad como motivo para la prestación de los cuidados. En cambio, las mujeres con estudios secundarios profesionales señalan esa razón casi diez puntos por debajo de la media. En cuanto a las razones afectivas, son citadas más frecuentemente por quienes han completado estudios universitarios o medios no profesionales, especialmente las mujeres. También se aprecia que cuando éstas registran niveles de estudios más bajos señalan en mayor medida la falta de recursos como razón para la prestación de cuidados.

Observando cómo influye la actividad del sujeto en las razones que se dan para convertirse en cuidador, llama la atención que quienes tienden más a optar por la concepción de los cuidados como un deber son las amas de casa (siete puntos por encima de la media) y las mujeres desempleadas (cinco puntos). Por debajo de la media se encuentran, en cambio, las estudiantes y las pensionistas/jubiladas. Los cuidadores estudiantes, en consonancia con las pautas descritas anteriormente, se inclinan más por las razones afectivas. Las pensionistas/jubiladas, sin embargo, destacan por señalar la ausencia de recursos accesibles como razón para prestar cuidados. Estos datos parecen poner en evidencia, como se ha visto en otros apartados, la vigencia del rol femenino de provisión de cuidados a los familiares necesitados, rol que se percibe más como obligación cuando, en edad activa, no se está trabajando ni estudiando. Parece que a muchas mujeres la inactividad o el desempleo les lleva inexorablemente a tener que ocuparse de sus parientes enfermos o dependientes, cuando no se da al contrario, es decir, que es este rol el que excluye o hace bastante incompatible la dedicación laboral.

Otra de las preguntas del cuestionario indagaba sobre la opinión de los cuidadores acerca de sobre quién debía recaer la responsabilidad de la atención a los mayores (17). Del cuadro n.º 12 cabe destacar cómo la intensidad de la respuesta de que sea la familia la que se haga cargo del cuidado sigue una dirección inversa al nivel de estudios; es decir, los que más apoyan esta respuesta son los cuidadores de hogares cuyo máximo nivel de estudios son los básicos sin terminar (20,1 por 100) o no más que con éstos acabados (19 por

CUADRO N.º 11

DISTRIBUCIÓN DE CUIDADORES SEGÚN RAZONES PARA PRESTAR AYUDA, POR NIVEL EDUCATIVO DEL CUIDADOR (*)

	Sin terminar estudios básicos (porcentaje)	*Estudios básicos (porcentaje)*	*Secundarios profesionales (porcentaje)*	*Secundarios no profesionales (porcentaje)*	*Universitarios (porcentaje)*	*Total (porcentaje)*
Es su responsabilidad-deber/ El familiar no quiere ser cuidado por persona extraña						
Hombres	35,8	35,6	29,8	32,2	34,6	34,1
Mujeres	44,2	41,7	29,7	35,0	34,4	39,1
Total	41,2	39,0	29,8	33,7	34,5	36,9
Prefiere ser cuidado por el entrevistado, por razones afectivas						
Hombres	60,8	61,8	61,5	61,3	70,3	63,1
Mujeres	68,7	66,8	66,2	75,2	78,2	69,9
Total	65,9	64,5	63,9	68,9	74,5	66,9
No tiene medios para pagar ayuda profesional/ No sabe de la existencia de otros recursos						
Hombres	..	7,5	..	..	..	7,6
Mujeres	11,2	10,8	..	..	..	9,1
Total	11,4	9,3	8,8	..	..	8,5
Otras razones						
Hombres	..	8,3	..	..	..	6,9
Mujeres	8,1	9,4	..	..	..	8,9
Total	6,5	8,9	9,4	..	7,7	8,0

Nota: (*) Porcentajes de cuidadores que indican cada tipo de razón para prestar ayuda, según su nivel de estudios, sobre el total de cuidadores de cada grupo de nivel de estudios. Las celdas sin datos indican que la submuestra no es suficientemente grande como para que en esas categorías se puedan dar resultados estadísticamente significativos.
Fuente: Instituto de Estadística de Andalucía, ERF (2005).

100). Por el contrario, por debajo de la media (16,3 por 100) estarían los que tienen estudios secundarios (13,9 por 100) y universitarios (10,7 por 100). Todo esto apunta, de nuevo, al mayor sentido del deber de cuidar a los familiares constatado entre la clase obrera, y especialmente entre sus mujeres.

IV. DISCUSIÓN DE RESULTADOS. CONCLUSIONES

Los hallazgos de este análisis pueden ser puestos, en primer lugar, en relación con una tipología de modos de reproducción familiar elaborada en un trabajo anterior (Langa y Martínez, 2009), partiendo también de la explotación de algunos de los datos de la *Encuesta de redes familiares.* En ese caso, el propósito consistía en situar el despliegue de prácticas en el seno de las redes familiares en torno a los cuidados en el espacio de diferentes estrategias de reproducción social de las familias, que vendrían condicionadas, en gran medida, por los recursos (económicos, educativos, sociales…) de que disponen y, dentro de ellas, por la posición que sus miembros ocupan en relación con variables como el género, el nivel educativo y la actividad. Aquel análisis se basó en los datos descriptivos de las redes de parentesco (principalmente filiación y conyugalidad), por un lado, y de residencialidad, por otro. Concluyó que el diferente volumen, estructura e incluso trayectoria de capitales incorporados predispone a los individuos a identificar e interpretar de manera plural el principio de reciprocidad que, en general, conforma la solidaridad familiar y, por ello, una de sus expresiones más vivas, la provisión de cuidados a los enfermos y dependientes.

Sobre los resultados de dicho análisis cabe ahora destacar, a grandes trazos, una línea divisoria que marcaría la diferencia entre un modo más «familista» de abordar los problemas de atención a la dependencia, por un lado, y otro en clave más «individualista». El primero de ellos coincidiría con la existencia de redes familiares densas, tupidas y completas en las que no faltan los cónyuges ni escasean hijos/as, yernos/nueras o

CUADRO N.º 12

DISTRIBUCIÓN DE CUIDADORES SEGÚN LA OPINIÓN DE QUIÉN DEBE CUBRIR LA RESPONSABILIDAD DEL CUIDADO DE LOS MAYORES, POR NIVEL DE ESTUDIOS DEL SUSTENTADOR PRINCIPAL (*)

	Sin terminar estudios básicos (porcentaje)	*Estudios básicos (porcentaje)*	*Estudios secundarios (porcentaje)*	*Estudios universitarios (porcentaje)*	*Ns/Nc (porcentaje)*	*Total (porcentaje)*
Ns/Nc						
Hombres	..	..	..	..	..	..
Mujeres	..	..	..	..	..	..
Total	..	..	..	..	..	..
El Estado, vía servicios públicos						
Hombres	23,0	14,3	23,0	15,1	..	18,3
Mujeres	15,9	13,5	16,1	..	..	14,0
Total	18,9	13,8	19,3	12,1	..	15,9
Las familias						
Hombres	21,6	17,0	9,2	..	..	14,4
Mujeres	19,1	20,4	17,8	..	..	17,7
Total	20,1	19,0	13,9	10,7	..	16,3
Estado y familias conjuntamente						
Hombres	55,0	67,6	65,9	73,0	77,1	66,0
Mujeres	63,3	65,8	65,5	78,5	68,8	67,4
Total	59,7	66,5	65,7	75,8	72,4	66,8
Otras modalidades						
Hombres	..	..	..	..	..	..
Mujeres	..	..	..	..	..	..
Total	..	..	..	..	..	..

Nota: (*) Porcentajes de cuidadores según opinión de quién debe cubrir los cuidados de los mayores, según género y máximo nivel de estudios del hogar, sobre el total de cuidadores por género y máximo nivel de estudios del hogar. Las celdas sin datos indican que la submuestra no es suficientemente grande como para que en esas categorías se puedan dar resultados estadísticamente significativos.
Fuente: Instituto de Estadística de Andalucía, ERF (2005).

suegros/as, y donde las relaciones diádicas básicas de los cuidados familiares, las establecidas entre padres/madres e hijos/as, suegros/as y yernos/nueras, o abuelos/as y nietos/as no se alejan demasiado en el espacio. La cercanía residencial de los parientes y la frecuente corresidencialidad de hijos/as con padres y madres son rasgos que avalan esta segunda característica. Este modo más «cálido» de concebir y activar las redes familiares corresponde a las familias de clase obrera y, con alguna diferencia, a las de la pequeña burguesía (18).

De los resultados sobre cuidadores presentados en este artículo cabe destacar, en efecto, cómo son las mujeres de estos grupos las que más predisposición muestran a convertirse en cuidadoras, y a hacerlo, además, de un modo intensivo (19). Varios factores y circunstancias, al socaire del discurso patriarcal de la familia, hacen especialmente candidatas a las mujeres al desempeño de la atención a los familiares dependientes. Por una parte, los que obstaculizan su incorporación en unas condiciones aceptables al mercado laboral: el escaso bagaje educativo, la elevada tasa de inactividad y desempleo, o la precariedad laboral; por otra, los que las anclan en el cuidado de los parientes inmediatos, como la imposibilidad de recurrir al mercado de trabajo (contratación privada de cuidadores) o la debilidad de las políticas públicas de protección familiar (Navarro, 2006). Las dificultades y los desincentivos que encuentran en el mundo laboral —remuneraciones inferiores a las masculinas, alta eventualidad, etc.— y los costes personales que arrostran como activas empleadas, en salud, en adquisición de capital educativo o en tiempo de ocio y descanso, las predisponen con frecuencia al abandono, o descarte, del mercado laboral y, por ende, al anclaje en el espacio doméstico, encarnando un modo reproductivo tradicional, familista y patriarcal. Los datos aquí expuestos apuntan, en efecto, a que el rol femenino de provisión de cuidados a los familiares necesitados se percibe más como obligación cuando, en edad activa, no se está trabajando ni estudiando. Ello hace pensar que a muchas de estas mujeres la inactividad o el desempleo les lleva a la obligación de tener que ocuparse de sus parientes enfermos o dependientes; o incluso, al contrario, la dedicación intensiva a los cuidados les hace autoexcluirse de la actividad laboral. En consonancia con esto, se explica la pauta descrita entre las mujeres de posiciones socioeducativas más bajas, según la cual eligen más que otras categorías el «sentido del deber moral» como razón principal de su dedicación a los cuidados.

En este sentido, resulta difícil resistirse a enlazar estas conclusiones con algunas llamadas de atención que, desde distintos ámbitos, se vienen haciendo a propósito de la aplicación de la Ley de Dependencia. En concreto, el hecho de que la ayuda más concedida hasta ahora sea la prestación económica para la cuidadora familiar (20) —que supone actualmente el 58 por 100 del total y que, en principio, estaba recogida en la ley como una medida excepcional (art. 14.4)—, está alertando de una clara inercia familista a la hora de implementar unas medidas que buscan construir un nuevo sistema universal de atención y protección a la dependencia (21). Redunda, pues, en una estructura social inequitativa el que el nuevo derecho subjetivo que se ha pretendido consolidar con la Ley de Dependencia tienda a asentarse, de hecho, sobre el colectivo de las mujeres de más baja posición social. Si bien estas prestaciones, que implican el alta en la Seguridad Social, para muchas de ellas pueden suponer una cierta mejora en cuanto visibilización social de su esfuerzo, no es menos cierto que las ayudas económicas concedidas, a todas luces insuficientes, les puedan reforzar, precisamente a aquellas que más interiorizados tienen los cuidados como obligación en su dedicación no profesional.

Junto a este modo familista de abordar el tema de los familiares dependientes, se distingue otro que responde a una actitud menos tradicional y comunitarista por parte de individuos clasificados en la clase intermedia, y aún en mayor medida media-alta. Los rasgos de sus redes familiares parecen indicadores de este modelo de comportamiento e imaginario social: retraso en el establecimiento conyugal y en la paternidad/maternidad, nítida predilección por la «parejita» de hijos (22), la unicogenitura e incluso por la no descendencia entre las cohortes más jóvenes, retículas familiares menos arraigadas en el barrio y el municipio. Representan, en definitiva, con más soltura que los demás, los procesos de adaptación al cambio social y a la modernización ligados a la segunda transición demográfica o al proceso de individualización de la sociedad andaluza. La situación laboral y profesional de estos individuos, con tasas de desempleo inferiores a los de la clase obrera —incluso las mujeres mayores, de entre 50 y 60 años, registran tasas más altas de incorporación al mercado laboral—, con niveles medios de renta superiores, con trabajos no manuales menos precarios y mayor dotación de capital educativo y cultural, les sitúa ante escenarios menos constrictivos a la hora de decidir dar respuesta a la necesidad de cuidados de sus parientes. Así, los cuidadores de este grupo son los que más optan por

la compra de servicios de cuidado en el mercado y consideran más legítima la inclusión de la responsabilidad pública en la provisión de cuidados. Además, entre ellos se aprecia una tendencia menos desigual en lo que a género se refiere en la aportación de cuidados a los parientes. Por otro lado, entre las mujeres de estas posiciones medias y, sobre todo, altas, se observa una mayor consciencia de los costes que implica el cuidado, lo que puede ser interpretado como un indicador de que para ellas la atención a los dependientes no forma parte de una estructura de deberes familiares asumida como obligación. En las mujeres de clase media-alta puede que se tienda a concebir más, a la luz de los datos hasta aquí vistos, el rol de cuidadora no tanto como proveedor único e intensivo de cuidados, sino más como gestor de éstos: es decir, como *care manager*, figura más propia de los modelos de cuidados de países europeos con estructuras de servicios más consolidadas como Noruega, Alemania, etcétera (Bazo, 2004).

En relación con este argumento, se advierte cómo prevalece, en gran medida, una cultura que sigue valorando los cuidados a los parientes enfermos o dependientes como una cuestión de «obligación familiar» (23), interiorizada, además, como una responsabilidad principalmente femenina. No obstante, se ha descrito un panorama bastante diverso cuando se trata de dar respuesta a este rol. Se aprecian, en efecto, significativas diferencias de probabilidades entre las mujeres de posiciones sociales más altas y las de clases populares a la hora de, por ejemplo, convertirse en cuidadoras cuando tienen parientes dependientes; también de realizar unas u otras tareas, lo que está relacionado con las dedicaciones más o menos intensivas en el uso de tiempo, una desigual disponibilidad de recursos privados, etc. Aparentemente en contradicción con esto, son precisamente las mujeres de clase social más alta las que más consciencia muestran de los costes de todo tipo, salvo el económico, que implica el cuidado a sus familiares. Todo ello guarda bastante relación con la tendencia apuntada en este trabajo según la cual son esas mujeres de clase media-alta las que suelen justificar los cuidados más en virtud de razones afectivas y menos en razón del sentimiento del deber. En definitiva, lo que estos datos muestran es cómo la construcción e interiorización del rol de cuidadora varía mucho según la posición social desde la que se hace, entendiendo que esta posición viene dada, en gran medida, por una disponibilidad mayor o menor de recursos. Recursos económicos y educativos de la familia, lo que lleva a constatar pautas diferentes para diferentes clases comunitarias, pero también recursos a escala individual (que no dejan de tener mucho que ver con la clase social), como son, por una parte, el capital educativo (que no marca tendencias distintas a las del capital educativo del «sustentador principal» de la familia, salvo una mayor visibilidad en algunos casos de las diferencias de género) y, por otra, la actividad y/o el empleo, que se ha revelado como un gran predictor, sobre todo para las mujeres, de las probabilidades de asumir los cuidados y atenciones cuando hay familiares que los necesitan.

Se ganaría bastante en precisión, pues, al afirmar que el carácter «familiarista» que definiría al modelo de provisión de cuidados de nuestro país carga, en realidad, la responsabilidad de la atención a los dependientes sobre todo en las mujeres más desprovistas de recursos (clases bajas, escaso capital cultural, desempleo o inactividad). Por tanto, esta asunción más cálida de los patrones familistas que se han descrito para estos sectores, más allá de interpretaciones culturalistas, habría que situarla en un contexto de escasez de recursos, tanto privados como públicos, que, en última instancia, no hace sino redundar en la ausencia de derecho real y efectivo a decidir cuidar (o no hacerlo), así como también a decidir sobre la intensidad, el tiempo y el grado de responsabilidad con que se quisieran asumir los cuidados.

Para finalizar, con este trabajo se pretendía asimismo aportar alguna luz sobre el modo en que la desigualdad de género adopta expresiones diferentes, y desiguales, por clase social, en línea con una tradición de estudios sociales que se ocupa y preocupa de la cuestión del poder y la inequidad. Por ello, es preciso insistir en la necesidad de prestar atención al desarrollo de la llamada Ley de Dependencia, especialmente en clave de cómo el nuevo derecho universal que ésta pretende instaurar puede correr el riesgo de instalarse en una inercia que se asienta en las mujeres de aquellas familias de más baja posición social. Estas últimas seguirían así llevando casi en solitario una pesada carga sobre sus hombros, sin apenas capacidad de elección. En un contexto de crisis financiera como el actual, qué duda cabe de que el ahorro de costes que supone optar por otorgar a las familias prestaciones económicas puede resultar mucho más atractivo que consolidar un sector de servicios públicos y profesionales. Esta perversa paradoja no parece tener visos de resolverse, sino todo lo contrario, en un escenario de reducción del gasto público (24). Conviene apuntar, por otra parte, otro resultado que, como se ha constatado en casos como el de Italia (Bettio *et al*., 2006) puede tener la concesión de estas ayudas

económicas, nada profusas, destinadas al cuidado en el ámbito familiar: el que favorezcan estrategias de externalización privada, muchas veces vía contratación en economía sumergida (25), lo que acabaría también entorpeciendo los intentos de consolidar un sector profesional de servicios de atención a la dependencia (Recio, 2010). Está suficientemente documentada, en definitiva, la asociación entre aquellas políticas sociales que se basan sobre todo en transferencias económicas a las familias y la tendencia a que se reproduzcan los roles tradicionales de género en el reparto de las tareas de cuidado (Leira, 2002, y Ellingsaeter y Leira, 2006, citados en Tobío *et al.*, 2010). En aras de la equidad social, merece la pena subrayar la conveniencia de describir también los modos de intersección de esta tendencia con otros mecanismos de producción y reproducción de desigualdades.

NOTAS

(1) Aunque el empleo doméstico aún sigue siendo una estrategia minoritaria para resolver los cuidados —se estima que un 14,5 por 100 de los adultos mayores con dependencia utilizan este recurso (MARTÍNEZ, 2006)—, parece incluso que la nueva política social destinada a la protección de la dependencia muestra cierta tendencia a favorecer las estrategias mercantilizadoras por parte de las familias (RECIO, 2010).

(2) Queremos mencionar al respecto el trabajo de LA PARRA (2001), a partir de los datos del Panel Europeo de Hogares para España de 1994, donde se concluye que la mayor probabilidad de convertirse en cuidador recae en las mujeres, las personas no ocupadas, las de menores ingresos y las de mayor edad. Asimismo, GARCÍA CALVENTE *et al.* (2004), a partir de datos de diferentes encuestas, concluyen igualmente que son las mujeres de clases sociales más bajas, de menor nivel educativo y sin empleo las que constituyen el grueso de la atención informal a los dependientes. Las autoras de este artículo subrayan cómo la desigualdad de género y la de clase social aparecen en este caso estrechamente imbricadas. Las mujeres con más baja posición socioeconómica y educativa disponen, en efecto, de menos capacidad de acceso a recursos y servicios de ayuda y por ello de un menor margen de elección a la hora de decidir cómo atender a sus familiares cuando éstos lo requieren.

(3) Los autores del Colectivo IOÉ indican que en algunas zonas rurales se asocia todavía el cuidado de los mayores al reparto de la herencia (COLECTIVO IOÉ, 1995); también RODRÍGUEZ, J.A. (1994). Nosotros, en nuestra muestra, no hemos podido distinguir la burguesía agraria y no agraria, pues no había suficientes casos para muchas de nuestras variables.

(4) La ERF sólo ha discriminado entre empresarios con asalariados y sin asalariados, sin distinguir el número de éstos.

(5) Del trabajo del Centro de Estudios Andaluces sobre *Clases sociales y estructura social*, de 2006, se desprende que de entre el 15,6 por 100 de trabajadores por cuenta por propia, o sea autónomos, un 5,4 por 100 tendría algún empleado contratado. Esto nos puede servir como aproximación de la sobrerrepresentación de nuestra clase alta: quizá del 32 por 100 de sujetos que la componen en nuestra clasificación habría que restar en torno a ese 5 por 100 que, en realidad, serían pequeños empleadores.

(6) Según la *Encuesta de redes familiares,* en Andalucía (2007) el 30,2 por 100 de los cuidadores son hijas. En general, las mujeres suponen el 83 por 100 de los cuidadores (TOBIO *et al.,* 2010).

(7) Aunque si miramos por nivel educativo del cuidador se aprecian diferencias similares. Esto, en general, se da siempre, por lo que sólo comentaremos los casos en los que el nivel educativo mirado no desde el punto de vista del hogar, sino del ego del cuestionario, apunte alguna tendencia específica o digna de mención. En general, en este apartado de resultados vamos a ir alternando las tablas referidas a clase social con las de nivel educativo más alto del hogar y actividad del cuidador. Seleccionaremos en cada variable, de cara a ganar en economía y claridad expositiva, aquellas en las que se aprecien de un modo más acusado las diferencias entre las distintas posiciones sociales de los cuidadores.

(8) Le sigue la categoría de desempleados, con seis puntos por encima de la media.

(9) Comentaremos más adelante alguna pista en este sentido que el porcentaje de NS/NC nos ofrece en la pregunta referida a número de horas dedicadas a los cuidados.

(10) Esto puede reflejar un modo de afrontar los cuidados en el que se tome menos consciencia de los costes que éstos implican, además de la señalada dificultad de contabilizar una dedicación que depende de demandas contingentes, simultáneas y que se atienden a lo largo de todo el día, y la noche, en el caso de aquellos de más alta dedicación.

(11) No olvidemos que casi la mitad de ellas se dedican a ello por encima de lo que supondría una jornada laboral.

(12) Esta estadística tiene no pocas veces un rostro dramático, pues se refiere a personas que cuidan a otros de un modo intensivo cuando a su vez ellas tienen necesidad de ser cuidadas.

(13) Si miramos el nivel de estudios del sustentador, se aprecian diferencias incluso mayores (de más del cuádruple) entre quienes tienen estudios básicos o menos y los que tienen estudios superiores a la hora de contar con la ayuda de una persona remunerada. Lo contrario sucede si vemos quiénes no cuentan en absoluto con otra ayuda: en torno al doble los de más bajos niveles de estudio que los que cuentan con niveles superiores.

(14) De los casi 60.000 cuidadores que señalan el coste económico la mitad de ellos son de clase obrera.

(15) Con los datos de nuestra encuesta, se puede estimar un total de 23.620 mujeres desempleadas que señalan que su trabajo o expectativas profesionales se han visto afectados.

(16) ATTIAS-DONFUT (1995) ya había señalado cómo la clase social era una variable importante a la hora de interiorizar el sentido de la obligación social de cuidar a los familiares.

(17) En otra se interrogaba sobre los enfermos y discapacitados. Obviaremos, por economía expositiva, las respuestas a esta segunda pregunta, ya que, en lo que a la influencia de la clase social se refiere, se observa un patrón parecido.

(18) En ésta quizá lo más específico sea el que la familia siga siendo una unidad productiva en la que, especialmente en el caso de la pequeña burguesía agraria o el de las empresas familiares, la transmisión de la herencia condiciona las relaciones familiares e imprime un mayor sentido de la responsabilidad hacia los parientes ascendentes. Ya antes indicábamos cómo los autores del COLECTIVO IOÉ (1995) así como RODRÍGUEZ (1994) apuntan algo en este sentido.

(19) Las mujeres con más bajos niveles de estudios y las amas de casa y los parados son también categorías en que la predisposición al cuidado es mayor.

(20) Los cuidadores varones sólo suponen el 5,7 por 100 de los que en marzo de 2010 habían suscrito el convenio de cuidadores no profesionales (IMSERSO, 2010).

(21) ÁLVAREZ GIRÓN, M. (2008), alertaba del mantenimiento en el hogar de las cuidadoras a través de lo que denomina la «perversa profesionalización de las cuidadoras familiares».

(22) La descendencia triple es mayor, no obstante, que en el resto de clases en la posición media-alta.

(23) No obstante, se están apreciando importantes cambios en las preferencias de los españoles. En una reciente encuesta del Ministerio de Sanidad y Política Social, las mujeres mayores de 65 años bajan en once puntos (del 75 al 64 por 100) desde 1993 su preferencia de ser cuidadas por familiares, y los varones, aún más, del 84 al 63 por 100. Esto nos trae a colación la referencia a la que GOMILA (2005) denomina la «generación sandwich», constitui-

da por el actual grupo de mujeres entre 50 y 70 años que, inmersas en una etapa de radicales transformaciones sociales, se ven envueltas en una situación paradójica en cuanto a los cuidados a los parientes mayores: por una parte, siguiendo la cultura familista tradicional cuidaron o cuidan a sus mayores; sin embargo, son bien conscientes de los altos costes de los cuidados, lo que las hace dispensar a sus hijos de esta obligación, o al menos no tener apenas expectativas de que ellos vayan a poder reproducir su actual rol de cuidadoras.

(24) En el mes de agosto de 2010 cayó por vez primera el número de asistidos por la Ley de Dependencia según datos del IMSERSO.

(25) Es precisamente por esto por lo que no podemos dejar de mencionar cómo hoy estas manifestaciones de inequidad y dominación en torno a los cuidados se mundializan y se encarnan en rostros (y culturas) a veces muy diferentes, en lo que se ha dado en llamar «las cadenas globales de cuidados» (Hochschild, 2001).

BIBLIOGRAFÍA

AGRELA ROMERO, B. (dir.); ALBERICH, T.; ESPADAS, A.; FUENTES, V., y GALINDO, Z. (2008a), *La población inmigrante extranjera en Jaén. Estudio de necesidades y propuestas de intervención,* Ayuntamiento de Jaén, Jaén.

AGRELA ROMERO, B; GUTIÉRREZ FUENTES, V., y GALINDO, Z. (2008b), «Las mujeres (in)migrantes en Jaén: situaciones, problemas, necesidades y respuestas institucionales», en ESTEBAN, G. (coord.) *Estudios e informes sobre la inmigración extranjera en la provincia de Jaén (2005-2006),* Comares, Jaén.

ÁLVAREZ GIRÓN, M. (2008), *Primer informe sobre desigualdades y salud en Andalucía*, Asociación para la Defensa de la Sanidad Pública de Andalucía, Sevilla.

ATTIAS-DONFUT, C. (1995), «Le Double Circuit de Transmission», en ATTIAS-DONFUT (ed.), *Les solidarités entre générations*, Nathan, París.

BAZO, M. T. (1998), «Vejez dependiente, políticas y calidad de vida», *Papers*, 56: 143-161.

— (2004), «El papel de la familia y los servicios en el mantenimiento de la autonomía de las personas mayores: una perspectiva internacional comparada», en *Reis*, n.º 105: 43-77.

BETTIO F., y PLATENGA, J. (2004), «Comparing care regimes in Europe», *Feminist Economics*, 10 (1): 85-113.

BETTIO, F.; SIMONAZZI, A., y VILLA, P. (2006), «Change in care regimens and female migration: the «care drain» in the Mediterranean», *Journal of European Social Policy*, 16 (3): 271-285.

BOURDIEU, P. (1988), *La distinción. Crítica social del juicio*, Taurus, Madrid.

— (2001), *Poder, derecho y clases sociales*, Desclée de Brouwer, Bilbao.

CARABAÑA, J. (1994), «Educación y diversidad de clases sociales», en FERNÁNDEZ PALOMARES, F., y GRANADOS MARTINEZ, A. (coord.), *Sociología de la educación: viejas y nuevas cuestiones. Actas de la III Conferencia estatal de Sociología de la educación*, Málaga, Clave.

— (1995), «Esquemas y estructuras», en CARABAÑA MORALES, J. (ed.), *Desigualdad y clases sociales. Un seminario en torno a Erik O. Wright*, Visor, Madrid.

COLECTIVO IOÉ (1995), *Cuidados en la vejez. El apoyo informal*, INSERSO, Madrid.

DALY, M., y J. LEWIS (1998), «Introduction: Conceptualising social care in the context of welfare state restructuring», en J. LEWIS (ed.) *Gender, Social Care and Welfare State Restructuring in Europe*, Ashgate, Aldershot: 1-24.

ERIKSON, R; GOLDTHORPE, J.H., y PORTOCARERO, L. (1979), «Intergenerational Class mobility in the three Western European Societies», *British Journal of Sociology*, 30.

FERNÁNDEZ CORDÓN, J. A., y TOBÍO, C. (2007), *Andalucía. Dependencia y solidaridad en las redes familiares*, IEA, Consejería de Economía y Hacienda, Junta de Andalucía, Sevilla.

GARCÍA CALVENTE, M. M.; MATEO-RODRÍGUEZ, I., y EGUIGUREN, A.P. (2004), «El sistema informal de cuidados en clave de desigualdad", *Gaceta Sanitaria*, 18 (1).

GILLIGAN, C. (1993), *In a Different Voice. Psychological Theory and Women's Development*, Harvard University Press, Cambridge.

GOMILA, M. A. (2005), «Las relaciones intergeneracionales en el marco de la familia contemporánea: cambios y continuidades en transición hacia una nueva concepción de la familia", *Historia Contemporánea*, 31: 505-542.

HOCHSCHILD, A. R. (2001), «Las cadenas mundiales de afecto y asistencia y la plusvalía emocional», en GIDDENS, A. y HUTTON, W. (coords.), *En el límite: la vida en el capitalismo global*, Tusquets, Barcelona.

HOCHSCHILD, C. (2008), *La mercantilización de la vida íntima. Apuntes de la casa y el trabajo*, Katz Editores, Buenos Aires.

IMSERSO (2010), «Datos estadísticos del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia», marzo de 2010 (consulta en línea).

LANGA, D.; ARIZA, S.; MARTÍNEZ, D., y OLID, E. (2009), *Las cuidadoras y los cuidadores de dependientes en el seno de las relaciones familiares. Una mirada desde la desigualdad,* IEA, Sevilla.

LANGA, D., y MARTÍNEZ, D. (2009), «Redes familiares, cuidados y clases sociales en Andalucía», en DE LA FUENTE, Y. (coord.), *Situaciones de dependencia y derecho a la autonomía: una aproximación multidisciplinar,* Alianza Editorial, Madrid.

LA PARRA, D. (2001), «Contribución de las mujeres y los hogares más pobres a la producción de cuidados de salud informales», *Gaceta Sanitaria*, 15 (6).

LEITNER, S. (2003), «Varities of familialism: the caring function of the family in comparative perspective», *European Societies*, 5 (4): 353-375.

LETABLIER, M.-TH. (2007), «El trabajo de «cuidados» y su conceptualización en Europa», en PRIETO, C. (coord.), *Trabajo, género y tiempo social*, Hacer, Madrid.

MARTÍN PALOMO, M.T. (2008), «Domesticar el trabajo: una reflexión a partir de los cuidados», *Cuaderno de Relaciones Laborales,* 26, 2: 13-44.

MARTÍNEZ, R. (2006), «Domésticas cuidadoras: el papel de las mujeres inmigrantes en el sector privado de asistencia de personas mayores», en PUYOL, R., y A. ABELLÁN (coords.), *Envejecimiento y dependencia. Una mirada al panorama futuro de la población española*, Mondial Assistance, Madrid.

MORENO, L. (2003), «Bienestar mediterráneo y supermujeres», *Documento de Trabajo 03-09,* Unidad de Políticas Comparadas, Madrid, CSIC (extraído en enero de 2005 de http://www.iesam.csic.es/doctrab2/dt-0309.pdf).

NAVARRO, V. (2006), *El subdesarrollo social de España. Causas y consecuencias*, Anagrama, Barcelona.

PÉREZ DE OROZCO, A., y BAEZA GÓMEZ, P. (2006), «Sobre «dependencia» y otros cuentos. Reflexiones en torno a la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia», *Revista de Relaciones Laborales/Lan Harremanak*, 2: 13-40.

RAMOS, R. (1994), «El trabajo de la mujer desde la perspectiva del uso del tiempo», en MONTAÑÉS, M. y otros (coords.), *El trabajo desde una perspectiva de género*, Comunidad de Madrid, D.G. de la Mujer, Madrid.

RECIO, C. (2010), «Familismo, asistencialismo y precariedad. La configuración del empleo en el sector de atención a las personas en España, *Alternativas. Cuadernos de Trabajo Social*, 17, Universidad de Alicante, Alicante.

RODRÍGUEZ, J. A. (1994), *Envejecimiento y familia*, CIS, Madrid.

SIMONAZZI, A.M. (2009), «Care regimes and national employment models», *Cambridge Journal of Economics*, 33: 211-232.

TOBÍO, C.; AGULLÓ, M. S.; GOMEZ, M. V., y MARTÍN PALOMO, M.T. (2010), *El cuidado de las personas. Un reto para el siglo XXI*, Obra Social Fundación La Caixa, Colección Estudios Sociales, n.º 28, Barcelona.

CUIDADOS NO PROFESIONALES Y ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA: LOS CUIDADOS INFORMALES

Pilar GARCÍA GÓMEZ

Universidad de Roterdam

Sergi JIMÉNEZ-MARTÍN

Universidad Pompeu Fabra, GSE y FEDEA

Juan OLIVA

Universidad de Castilla-La Mancha

Cristina VILAPLANA PRIETO

Universidad de Murcia y FEDEA

Resumen

En este trabajo analizamos la relevancia del cuidado informal en España, en un contexto en el cual los cambios demográficos y sociales que estamos viviendo comprometen la sostenibilidad de un sistema previo que se apoyaba casi exclusivamente en las familias y que el SAAD pretendía cambiar. Nuestro análisis muestra que el valor social de los cuidados informales es mucho mayor que la estimación realizada en el SAAD. Asimismo mostramos que la relación entre los cuidados formales y los informales es de complemetariedad o, en todo caso, de especificidad de tareas. Ambos resultados tienen importantes implicaciones sobre la efectividad de determinadas políticas de dependencia.

Palabras clave: dependencia, cuidados formales, cuidados informales, SAAD.

Abstract

In this article we analyse the importance of informal care in Spain, in a context in which the demographic and social changes we are experiencing compromise the sustainablity of an earlier system based almost entirely on families and which the System for Autonomy and Care of Dependents (SAAD) set out to change. Our analysis shows that the social value of informal care is much greater than the estimate made in the SAAD. We also show that the relation between formal and informal care is one of a complementary nature or, in any case, of a specificity of tasks. Both results have significant implications with regard to the effectiveness of certain dependency policies.

Key words: dependency, formal care, informal care, SAAD.

JEL classification: I11, I12, I18.

I. INTRODUCCIÓN

El incremento de la esperanza de vida durante el siglo XX es uno de los principales hitos de la especie humana en toda su historia. A comienzos del siglo pasado, la esperanza de vida en España se encontraba en torno a los 35 años. Apenas un siglo después, se estima que la esperanza de vida al nacer de un español varón es de 77 años, y de 84 en el caso de las mujeres.

Buena parte del incremento en la esperanza de vida observado ha venido de la mano del control de enfermedades infecciosas, siendo sustituidas éstas por enfermedades de carácter crónico que se manifiestan especialmente a partir de edades avanzadas. De ahí que una importante cantidad de los recursos sociales en la actualidad se empleen no ya en curar, sino en cuidar a las personas con problemas de salud y en prevenir, de manera secundaria o terciaria, el desarrollo de las enfermedades. Dentro de este contexto, cada vez cobra más importancia no sólo el mayor número de años vividos, sino la calidad de vida de cada uno de estos años. El que vivamos un alto número de años con el menor número de discapacidades y con la mayor autonomía personal posible se ha traducido así en un objetivo social de primer nivel. De este modo, proteger a las personas de las consecuencias de las discapacidades padecidas (no exclusivas, pero sí fuertemente concentradas en la población mayor) y evitar que éstas trasciendan en limitaciones de la autonomía personal es una prioridad en la agenda de las políticas públicas.

En el inicio del nuevo siglo, España partía de bajos niveles de gasto en protección social asociados a cuidados de larga duración, en comparación con otros países europeos. Aunque las cifras varían entre distintos estudios, se estima que el gasto en cuidados de larga duración en el año 2006 en España era el 0,74 por 100 del PIB, cifra muy inferior a la presentada por la mayoría de países de la Unión Europea (Eurostat. *Health Statistics*).

En España, la familia ha jugado y juega un papel predominante como principal red de protección para satisfacer las necesidades de las personas en situación de dependencia. Este elemento, presente en todos los países, aunque con mayor intensidad en el nuestro, ha sido sostenible gracias a las bajas tasas de participación laboral de

las actuales cohortes de mujeres de mediana edad, lo que ha permitido hasta la fecha una actuación por parte del sector público de carácter subsidiario. Es decir, sólo ante la inexistencia o colapso de la red de protección familiar, unida a la falta de capacidad económica de la persona mayor, las administraciones públicas han procedido a financiar o proveer públicamente la asistencia requerida. Sin embargo, las proyecciones demográficas (envejecimiento poblacional), unidas a los cambios sociales acaecidos en las últimas décadas (reducción del tamaño familiar, incorporación femenina creciente al mercado laboral, disminución en el número de hijos, aumento de las tasas de divorcio,…), amenazaban seriamente la sostenibilidad futura de este sistema en unas décadas.

En este contexto, a finales de 2006 se aprobó en España la denominada Ley de Dependencia, que supone la creación del Sistema para la Autonomía y la Atención a la Dependencia (SAAD). Las dificultades en el nacimiento del SAAD, en parte ligadas a la crisis económica, pero visibles si cabe antes (problemas de gestión y coordinación, de formación de capital humano e incluso de disputa política), no han escapado a la percepción de analistas y expertos, como tampoco lo han hecho a la de las personas directamente afectadas (personas con limitaciones en su autonomía y sus familiares) y a la de la ciudadanía en general (Sosvilla, 2008; Jiménez Martín *et al.*, 2011). No obstante, mientras avanzan las etapas de implementación del SAAD, es bueno tener presente el papel central del apoyo informal, o familiar, en los cuidados prestados a personas con limitaciones en su autonomía, y plantear el encaje del sistema de cuidados profesionales, o formal, con los cuidados prestados por las familias.

Tras esta breve introducción, el resto del artículo se organiza como sigue. El siguiente apartado está dedicado a definir qué se entiende en la literatura internacional por cuidados informales, cuestión nada sencilla de resolver, y se revisarán trabajos españoles en los que se ha analizado el peso de los cuidados informales sobre el impacto económico que ocasionan las enfermedades y los problemas de salud. A continuación (apartado III), se procederá a realizar una comparación entre los modelos de cuidados europeos, poniendo un especial énfasis en el peso o importancia que tienen los cuidados informales dentro de estos sistemas y en el apoyo recibido por las personas cuidadoras. En el apartado IV, se describirá la situación de los cuidados informales en España y se mostrarán resultados del valor social de éstos. En el V, se discutirá si los cuidados informales en España son servicios sustitutivos o complementarios de los cuidados prestados por la red formal. Finalmente, el artículo se cierra con un apartado (el VI) de discusión y conclusiones.

II. CUIDADOS INFORMALES

Los cuidados prestados por la familia y el entorno afectivo de una persona cuya autonomía se encuentra limitada suelen denominarse cuidados informales. La definición estricta de cuidado informal no es sencilla ni obvia. Generalmente, estos cuidados son un servicio de naturaleza heterogénea que no tiene un mercado definido, y que es prestado por uno o más miembros del entorno social del demandante de dichos cuidados, quienes generalmente no son profesionales, y no reciben habitualmente ningún tipo de remuneración por sus servicios.

En relación con el primer punto, conviene distinguir entre dos tipos de actividades de apoyo realizadas por los cuidadores: ayuda prestada para el desarrollo de actividades básicas de la vida diaria (ABVD) y ayuda prestada para el desarrollo de actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD). Las ABVD son el conjunto de actividades primarias de la persona, encaminadas a su autocuidado y movilidad, que le dotan de autonomía e independencia elementales y le permiten vivir sin precisar ayuda continua de otros. Entre otras: comer, vestirse, bañarse/ducharse, controlar los esfínteres, usar el retrete a tiempo, trasladarse, etc. Las AIVD son aquellas que permiten a la persona adaptarse a su entorno y mantener una independencia en la comunidad, esto es, actividades como: cocinar, cuidar la casa, realizar llamadas telefónicas, hacer la compra, utilizar medios de transporte, controlar la medicación, realizar gestiones económicas, etc. Por tanto, la prestación de servicios por parte de las personas cuidadoras informales está estrechamente ligada a situaciones de dependencia, entendiendo por tal «la necesidad de recibir ayuda o asistencia importante para las actividades de la vida cotidiana» o 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 para realizar los actos corrientes de la vida diaria y, de modo particular, los referidos al cuidado personal» (Comisión Europea, 1998; Díaz *et al.*, 2009). Esta misma noción de dependencia se define dentro del marco legal español como «el estado de carácter permanente en que se encuentran las personas que, por razones derivadas de la edad, la enfermedad o la discapacidad, y ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, precisan de la atención de otra u otras personas,

o ayudas importantes para realizar actividades básicas de la vida diaria o, en el caso de las personas con discapacidad intelectual o enfermedad mental, de otros apoyos para su autonomía personal» (artículo 2 de la Ley 39/2006, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia).

Así pues, las personas cuidadoras informales no son profesionales, y en España no solían percibir remuneración por los servicios que prestaban antes de la promulgación de la Ley de Dependencia, más allá de algún tipo de compensación simbólica, aunque, en principio, la percepción de una compensación económica no excluye directamente la posibilidad de considerar un cuidado como informal, siempre que la persona cuidadora no estuviera dispuesta a cuidar a otra persona (desconocida para ella) por ese dinero. La clave reside en que es la vinculación familiar o social con la persona de autonomía limitada lo que determina que el cuidador informal acepte realizar esa tarea (1).

En la literatura científica internacional es cada vez más abundante la inclusión de los costes de los cuidados informales (Wimo *et al*., 2002; McDaid, 2001; Lindgren *et al.*, 2005; Lindgren, 2004; Kobelt y Pugliatti, 2005; Suckle *et al.,* 2008), especialmente en estudios de coste de enfermedades discapacitantes que tratan de identificar, medir y evaluar los costes desde una perspectiva social. Así, existe un interés creciente en reflejar el impacto que tienen las enfermedades sobre sociedades e individuos, más allá del gasto sanitario empleado en la prevención, el tratamiento y los cuidados sanitarios.

Sin ánimo de ser exhaustivos, revisando algunos de los trabajos españoles publicados en los últimos años que tratan de estimar los costes de las enfermedades empleando una perspectiva social, se puede constatar: 1) la importancia de los costes no sanitarios en las enfermedades analizadas, y 2) la dificultad de acceder a costes de cuidados formales. Así, López-Bastida *et al*. (2006), empleando una perspectiva social, analizan una muestra de 237 personas con enfermedad de Alzheimer residentes en sus hogares. Los autores estiman un coste medio por familia de 28.198 euros (año de referencia, 2001). La principal partida de costes son los cuidados informales, con 22.013 euros por familia, es decir, un 78,1 por 100 de los costes totales estimados. A distancia le seguirían los costes sanitarios, representando un 13,0 por 100 de los costes estimados. El resto lo representarían los costes de cuidados formales de apoyo a domicilio (asistencia social, pero también tareas provistas al hogar) y las pérdidas laborales de las personas afectadas por la enfermedad. Los costes difieren sustancialmente por rango de avance o severidad de la enfermedad, siendo claro que una mayor severidad corresponde con un mayor peso de los cuidados informales.

En el caso de los accidentes cerebrovasculares, un trabajo de Navarrete-Navarro *et al*. (2007), donde se analizan los costes sociales de supervivientes a un año, dos años y tres años de un ictus, se concluye que, pese a realizar una estimación conservadora de los costes de los cuidados informales, éstos suponen un coste muy superior al de los recursos sanitarios invertidos en el tratamiento de estas personas. Concretamente, un 33 por 100 de los costes estimados fueron costes sanitarios, y del 67 por 100 restante, la mayor parte fueron costes asociados a cuidados informales (el 71 por 100 de los costes no sanitarios). Asimismo, la estrategia en ictus del Sistema Nacional de Salud (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2008) recoge, como parte de los aspectos generales a destacar de esta enfermedad, un cuadro resumen donde se refleja la importancia de los costes no sanitarios asociados a cuidados. Los resultados de Navarrete-Navarro *et al.* (2007) son actualizados y matizados por un estudio reciente, realizado por Mar *et al.* (2011), en el cual se analizan exclusivamente costes no sanitarios asociados a cuidados formales e informales en personas que han sufrido daño cerebral. En este estudio se cuenta con datos de personas que son cuidadas en su hogar, pero también de otras personas que reciben cuidados de manera permanente en residencia. En este caso, se encuentra que el coste medio de cuidados formales e informales de las personas con un nivel moderado de discapacidad alcanza los 40.813 euros, de los cuales, 22.992 corresponden a cuidados formales y 17.882 corresponden a cuidados informales (año de referencia, 2008). El coste medio de las personas con un nivel severo de discapacidad alcanza los 44.550 euros, de los cuales 35.377 corresponden a cuidados formales y 9.173 corresponden a cuidados informales. Esta caída en el coste de los cuidados informales y el fuerte incremento de los cuidados formales se debe a un mayor porcentaje de ingresos en residencias de las personas con daño cerebral adquirido a medida que se incrementa la severidad de su discapacidad y, por tanto, su grado de dependencia.

Otras enfermedades de elevada prevalencia, como la artritis reumatoide, también generan un importante impacto económico. En un estudio realizado sobre 201 pacientes con esta enfermedad en el Hos-

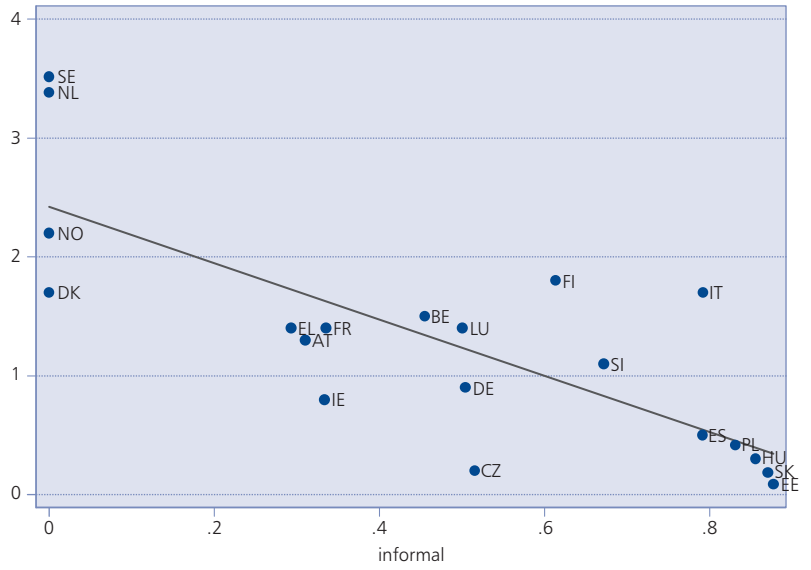
pital Clínico San Carlos, se estima un coste medio anual por paciente cercano a los 12.000 euros (Lajas *et al*., 2003). Los costes directos representan el 70 por 100 del total, dentro de los cuales los costes sanitarios son el 40 por 100 del total de costes directos (28 por 100 del total), y los costes directos no sanitarios, fundamentalmente costes asociados a cuidados informales, el 60 por 100 (42 por 100 del total). Utilizando una perspectiva más global, Leal *et al*. (2006) estiman el impacto económico de las enfermedades vasculares en el ámbito de la UE-25. El monto de la cifra estimada es difícil de asimilar: 168.757 millones de euros, tomando como año de referencia 2003. De esta cantidad, un 62 por 100 corresponde a gastos sanitarios, un 21 por 100 a pérdidas laborales y un 17 por 100 a costes de cuidados informales. Desafortunadamente, no fue posible estimar el coste de los cuidados formales. En el caso de España, la cifra estimada alcanza los 6.997 millones de euros para el año de referencia, de los cuales 4.016 corresponden a gastos sanitarios, 1.802 a pérdidas laborales y 1.179 a cuidados informales. Oliva *et al*. (2009) emplean un enfoque similar para estimar el impacto económico de las enfermedades mentales. Los autores estiman unos costes de 7.019 millones de euros, representando los costes sanitarios el 39,6 por 100 del coste total, las pérdidas laborales el 42,7 por 100 y los cuidados informales el 17,7 por 100. Al igual que en el caso de Leal *et al*. (2006), no fue posible estimar el coste de los cuidados formales de atención social prestados en el domicilio de los pacientes o en centros especializados.

III. MODELOS DE ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA EN EUROPA Y EL CUIDADO INFORMAL

La importancia de la cobertura pública de cuidados de larga duración varía considerablemente entre los países europeos. En quince países de la UE-27, el gasto público en cuidados de larga duración representaba, en 2006, menos del 1 por 100 del PIB. Entre ellos se sitúan Portugal (0,1 por 100), España (0,5 por 100), el Reino Unido (0,8 por 100) y Alemania (0,9 por 100). En un segundo grupo se encuentran los diez países que gastaban entre un 1 y un 2 por 100 del PIB: Austria (1,3 por 100), Bélgica (1,5 por 100), Italia (1,7 por 100) y Dinamarca (1,7 por 100). Los tres países que más gastaban eran Noruega (2,2 por 100), Holanda (3,4 por 100) y Suecia (3,5 por 100). Véase European Commission and the Economic Policy Committee (2009).

Las diferencias en gasto público para cuidados de larga duración están relacionadas con la utilización de servicios formales e informales que se realizan en los diferentes países europeos. El gráfico 1 muestra que en aquellos países europeos en los que menos se gasta públicamente en cuidados de larga duración (eje de ordenadas), un mayor porcentaje de la población dependiente recibe sólo cuidados informales (eje de abcisas). De hecho, parece ser que los países deciden principalmente sobre el peso que se desea otorgar a los cuidados informales en el sistema de atención a la dependencia, ya que aquellos en los que un mayor porcentaje de la población mayor de 65 años se encuentra institucionalizada (eje de ordenadas en el gráfico 2) son los mismos en los que un mayor porcentaje de la población mayor de 65 años recibe

GRÁFICO 1
PORCENTAJE DEL GASTO PÚBLICO EN CUIDADOS DE LARGA DURACIÓN/ PIB *VERSUS* PORCENTAJE POBLACIÓN DEPENDIENTE SÓLO CUIDADOS INFORMALES



Nota: CZ: República Checa; DE: Alemania; DK: Dinamarca; ES: España; EE: Grecia; FI: Finlandia; FR: Francia; HU: Hungría; LU: Luxemburgo; NL: Países Bajos; NO: Noruega; PL: Polonia; SE: Suecia.
Fuente: Elaboración propia a partir de datos de European Commission and the Economic Policy Committee (2009).

atención domiciliaria (eje de abcisas en el gráfico 2).

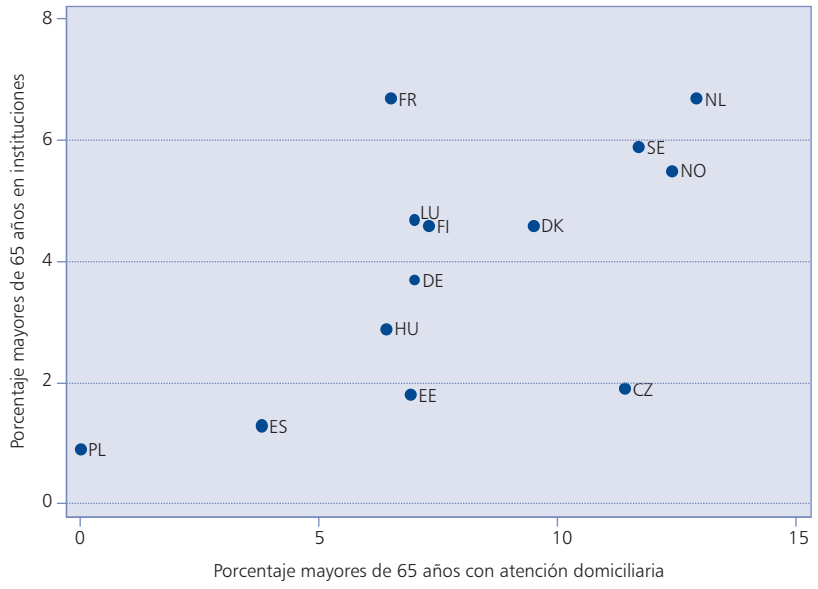
El papel que juegan las normas sociales a la hora de explicar estas diferencias parece fundamental. Por ejemplo, en Suecia la sociedad debe hacerse cargo de los mayores desde 1956, dejando de ser los hijos responsables legalmente. Exenciones legales similares existen en los Países Bajos y Dinamarca (Haberkern y Szydlik, 2010), países en los que un menor porcentaje de la población dependiente se apoya únicamente en cuidados informales (ver gráfico 1). Estas diferencias aparecen también al comparar las percepciones que la población de los diferentes países europeos tiene sobre quién debe hacerse cargo de sus mayores. Por ejemplo, menos de un 25 por 100 de la población del Reino Unido, Países Bajos, Finlandia, Suecia y Dinamarca piensa que los hijos deben pagar por los cuidados de sus padres si la renta de éstos no es suficiente, mientras que un 69 por 100 de la población en España opina que deben hacerlo, y hasta un 78 por 100 de la población en Grecia (Comisión Europea, 2007). De forma similar, menos de un 8 por 100 de la población de Dinamarca, Países Bajos y Suecia piensa que los padres dependientes deban co-residir con los hijos, frente al 39 por 100 que se muestra de acuerdo en España, el 49 por 100 en Grecia o el 56 por 100 en Rumanía.

Los sistemas de cuidados de larga duración de los diferentes países europeos disponen de diferentes prestaciones para facilitar o incentivar los cuidados informales. Si bien todos ofrecen cuidados de respiro, encontramos diferencias en la existencia de prestaciones en metálico u otros beneficios. En primer lugar, excepto en Bulgaria, Dinamarca, Hungría, Rumanía y Suecia, es posible escoger entre prestación en especie y prestaciones en metálico para la contratación de servicios formales, y en algunos casos compensar a los cuidadores informales. En el caso de España, prácticamente la mitad de las prestaciones (46,84 por 100) concedidas bajo el marco del SAAD eran prestaciones económicas vinculadas a cuidados familiares (IMSERSO, 2011).

Además de la prestación económica, algunos países ofrecen otro tipo de medidas para apoyar a los cuidadores informales. Por ejemplo, tanto en Francia (tres meses) como en Alemania (seis meses) el cuidador tiene derecho a una baja laboral temporal para proveer cuidados sin perder el derecho de pensión de jubilación. En Dinamarca, cuando una persona que estaba trabajando cambia de domicilio para proporcionar cuidados a una persona dependiente, el ayuntamiento del municipio debe proporcionarle un nuevo empleo. En Grecia, los cónyuges de personas con un nivel de invalidez de, al menos, el 80 por 100 pueden jubilarse anticipadamente o con un número menor de años de cotización. En Finlandia, los cuidadores tienen derecho a tres días de descanso al mes.

El mayor o menor apoyo a los cuidadores informales no parece estar relacionado con el tipo de financiación del sistema de atención a la dependencia. Por ejemplo, dentro de los pocos países con un seguro de atención a la dependencia financiado a través de cotizaciones sociales (Austria, Alemania y Países Bajos) encontramos diferencias en la actuación del cuidador informal. En Holanda, el porcentaje de dependientes que depende sólo de cuidados informales es mínimo, mientras que representa un 30 por 100 de la población dependiente en Austria y un 50 por 100 en Alemania (ver gráfico 1). Esto puede

GRÁFICO 2
ATENCIÓN EN INSTITUCIONES *VERSUS* ATENCIÓN EN EL HOGAR



Nota: CZ: República Checa; DE: Alemania; DK: Dinamarca; ES: España; EE: Grecia; FI: Finlandia; FR: Francia; HU: Hungría; LU: Luxemburgo; NL: Países Bajos; NO: Noruega; PL: Polonia; SE: Suecia.
Fuente: Elaboración propia a partir de datos de OECD (2010).

estar, en cierto modo, mediado por la magnitud del copago de los servicios formales. En la mayoría de los países en los que existe copago, éste se calcula a partir de los ingresos y el grado de dependencia del receptor de la prestación. Sólo en unos pocos (España, Lituania) se tienen en cuenta también las propiedades inmobiliarias (2). En algunos países, la cuantía de los copagos puede llegar a ser bastante importante. En Austria, por ejemplo, los individuos reciben una prestación económica fija y deben complementar el 100 por 100 del coste restante, excepto en situaciones de falta de medios. En Bulgaria, varía entre el 30 por 100 y el 50 por 100 para cuidados semi-residenciales y entre el 50 por 100 y el 80 por 100 para cuidados residenciales. En Finlandia, existe un copago máximo del 82 por 100, con la condición de que al individuo le queden siempre 90 euros al mes para gastos personales. En Eslovaquia, se establece que el remanente de gasto para el paciente en el caso de atención residencial debe ser al menos del 20 por 100. En España, las previsiones iniciales (anteproyecto de la Ley de Dependencia) esperaban que los usuarios asumieran una tercera parte del coste del sistema. Asimismo, Montserrat (2008) señalaba que los retornos teóricos de los copagos en los servicios residenciales podrían situarse entre el 32 por 100 y el 44 por 100 de su precio, mientras que el copago teórico en los servicios a domicilio podría encontrarse entre el 15 por 100 y el 30 por 100 de su precio. No obstante, no existen cifras oficiales que nos permitan conocer la cifra real de copago en el momento de escribir estas líneas.

La cobertura de los servicios formales puede ser tanto universal (caso de España desde la aprobación de la Ley de la Dependencia) como asistencial. En todos los países de la UE-27, excepto Italia, Letonia, Lituania, Polonia, Reino Unido y Rumanía, el acceso a los servicios públicos, tanto de asistencia domiciliaria como residencial, se basa en criterios de renta exclusivamente. En Italia se tienen en cuenta no sólo los recursos económicos de la persona dependiente, sino también los del cónyuge, mientras que en Rumanía se comparan los ingresos del individuo más la renta imputada del alojamiento con el salario neto medio.

IV. EL CUIDADO INFORMAL EN ESPAÑA

Para el estudio del cuidado informal en España disponemos de una herramienta de gran calidad e indudable valor: la *Encuesta de discapacidades, autonomía personal y situaciones de dependencia 2008* (EDAD, 2008). Esta encuesta, realizada por el Instituto Nacional de Estadística entre noviembre de 2007 y febrero de 2008, recoge una rica información sobre la situación de personas que padecen al menos una discapacidad, y sobre los cuidados (formales e informales) que reciben. Así, la EDAD 2008 identifica a un total de 1.225.857 cuidadores informales principales *residentes* en el mismo hogar que la persona que recibía dichos cuidados, de los cuales 380.491 (31,04 por 100) eran varones y 845.366 (68,96 por 100) eran mujeres. Asimismo, identificaba a un total de 225.969 cuidadores informales principales *no residentes* en el mismo hogar que la persona que recibía dichos cuidados, de los cuales 24.658 (10,91 por 100) eran varones y 172.498 (76,34 por 100) eran mujeres (en 28.813 casos, es decir, en el 12,75 por 100, no constaba el dato sobre el sexo del cuidador).

Aproximadamente las tres cuartas partes (75,05 por 100) de los cuidadores son mujeres. El 57,39 por 100 de los cuidadores tiene entre 35 y 64 años y el 34,84 por 100 tiene 65 o más años. El 71,31 por 100 de los cuidadores está casado y el 16,38 por 100 está soltero. Mientras que el porcentaje de casados es igual para hombres y mujeres, el porcentaje de solteros es 21,24 por 100 para los hombres y 14,84 por 100 para las mujeres, y el de cuidadores viudos es de 3,02 por 100 para los hombres frente a 8,60 por 100 para las mujeres. En relación con el nivel de estudios, el 27,18 por 100 no ha terminado la educación primaria, el 34,97 por 100 solamente tiene estudios primarios, el 26,82 por 100 tiene estudios secundarios, el 26,93 por 100 estudios secundarios y el 10,92 por 100 estudios superiores.

En el cuadro n.º 1 se muestra el grado de parentesco o relación afectiva existente entre los cuidadores informales y las personas cuidadas. Como podemos observar, en el caso de los cuidadores *residentes* es el cónyuge o pareja la figura que con mayor frecuencia (muy destacada del resto) se erige en cuidador principal, seguida por el hijo o la hija y por el padre o la madre de la persona cuidada. En cambio, en el caso de cuidadores *no residentes* son los hijos/as quienes se ocupan en mayor porcentaje de las personas con limitaciones en su autonomía, seguidos a distancia por yernos/nueras y por otros familiares. Globalmente, más de la mitad de los cuidadores principales son el cónyuge o pareja (55,4 por 100 de los casos) seguidos por los hijos/as (32,4 por 100). Si sumamos el peso de cónyuge/pareja e hijos/as tendríamos el 84 por 100 de los cuidadores principales.

Asimismo, la EDAD 2008 también proporciona información sobre las actividades principales en las que las personas cuidadoras principales centran su apoyo. Más concretamente, EDAD 2008 pregunta por las cinco tareas más importan-

CUADRO N.º 1

PERSONAS QUE PRESTAN CUIDADOS INFORMALES SEGÚN SU RELACIÓN CON LA PERSONA CUIDADA

RELACIÓN CON LA PERSONA CUIDADA	*CUIDADOR RESIDENTE*		*CUIDADOR NO RESIDENTE*		*TODOS*	
	Total (miles de personas)	*Porcentaje*	*Total (miles de personas)*	*Porcentaje*	*Total (miles de personas)*	*Porcentaje*
Cónyuge/pareja	769,46	62,769	5,63	2,49	775,09	53,39
Hijo/a	344,32	28,088	125,46	55,52	469,78	32,36
Yerno/nuera	11,85	0,967	20,22	8,95	32,07	2,21
Padre/ madre	89,34	7,288	5,97	2,64	95,31	6,56
Hermano/a	8,07	0,658	21,69	9,60	29,76	2,05
Abuelo/a	0,01	0,001	2,78	1,23	2,79	0,19
Nieto/a	0,37	0,030	15,50	6,86	15,87	1,09
Otro parientes	2,40	0,196	16,74	7,41	19,14	1,32
Amigo (vecino)	0,04	0,003	11,98	5,30	12,02	0,83
Total	1.225,86	100,000	225,969	100,00	1.451,83	100,00

Fuente: Elaboración propia a partir de EDAD 2008.

CUADRO N.º 2

PORCENTAJE DE CUIDADOS INFORMALES IDENTIFICADOS COMO TAREAS MÁS IMPORTANTES
(Cada cuidador señala hasta cinco tareas que considera más importantes)

Tareas	*Total*	*Varones*	*Mujeres*
Comer	4,06	4,49	3,82
Vestirse/desvestirse	10,57	11,29	10,16
Asearse/arreglarse	9,97	10,55	9,64
Andar o desplazarse por la casa	4,05	3,26	4,50
Subir o bajar escaleras	5,07	4,12	5,61
Cambiar pañales (incontinencia orina)	3,23	2,50	3,65
Cambiar pañales (incontinencia fecal)	1,59	1,53	1,62
Acostarse/levantarse de la cama	4,13	3,97	4,23
Bañarse/ducharse	10,24	10,75	9,95
Utilizar el servicio/baño a tiempo	0,94	1,00	0,90
Hacer compras	7,92	6,41	8,77
Preparar comidas	8,29	8,90	7,94
Hacer otras tareas domésticas	7,37	5,91	8,19
Tomar medicación (control)	5,87	7,25	5,09
Utilizar el teléfono	0,71	0,96	0,56
Salir/desplazarse por la calle	4,53	3,85	4,92
Utilizar el transporte público	1,29	1,39	1,23
Administrar el dinero	1,26	1,78	0,96
Hacer gestiones	2,69	2,95	2,55
Ir al médico	5,15	5,57	4,91
Abrocharse los zapatos	1,09	1,57	0,82
Total	100,00	100,00	100,00

Fuente: Elaboración propia a partir de EDAD 2008.

tes a las que dedican su tiempo los cuidadores de entre una lista de 21 actividades básicas o instrumentales de la vida diaria. Las tareas más frecuentemente realizadas tanto por hombres como por mujeres (cuadro n.º 2*)* son ayudar a vestirse/desvestirse, ayudar a asearse/arreglarse y a bañarse/ducharse, o a hacer compras y preparar comidas. Asimismo, conforme aumenta el grado de dependencia se incrementa el porcentaje de cuidadores que declara que entre sus cinco actividades principales figuran tareas de carácter básico de la vida diaria (dar de comer, ayudar a vestirse/desvestirse, ayudar a asearse/arreglarse y a bañarse/ducharse, cambiar pañales, etc.), mientras que las tareas de carácter más instrumental (ir

al médico, hacer gestiones, hacer compras, salir/desplazarse por la calle) son más frecuentes en personas con bajo nivel de dependencia (Oliva, Vilaplana y Osuna, 2011).

Para hacernos idea del grado de intensidad en número de horas diarias y semanales que soportan las personas cuidadoras, se debe reseñar que un 37,88 por 100 de las personas cuidadoras informales dedican cinco o menos horas al día a prestar los cuidados personales referidos, un 15,90 por 100 prestan entre seis y diez horas, un 9,94 por 100 prestan entre once y quince horas diarias y un 36,28 por 100 prestan dieciséis o más horas diarias de cuidados. Asimismo, entre las personas cuidadoras principales (e informales) que identifica la encuesta, un 0,92 por 100 dedica menos de un día a la semana, por término medio, a prestar estos cuidados a la persona que los necesita, un 0,81 por 100 dedica un día a la semana, por término medio, un 2,09 por 100 dedica de dos a tres días semanales, por término medio, un 2,53 por 100 de cuatro a cinco días semanales y un 93,65 por 100 dedica de seis a siete días a la semana a la prestación de dichos cuidados personales.

Un aspecto central que mencionamos en el apartado II es que las personas cuidadoras informales pueden no percibir un sueldo o una compensación económica por el desempeño que realizan. Ello, no obstante, no significa que sus cuidados se presten «gratis». El proveer de cuidados a personas con limitaciones en su autonomía puede suponer una importante *carga social para las personas cuidadoras.* La EDAD nos proporciona información adecuada para aproximarnos a ello. Podemos señalar que la *salud* de las personas cuidadoras se ve afectada por la carga que supone la prestación de su apoyo de manera continuada y con una elevada exigencia horaria. Así, aproximadamente una de cada tres personas cuidadoras indican que se ha deteriorado su salud por tener que ayudar a la persona que cuida, un 15 por 100 ha tenido que ponerse en tratamiento para poder llevar la situación, casi la mitad (un 48,2 por 100) se encuentra cansada y cerca de un 30 por 100 se encuentra deprimida. En total, descontando las personas que indican que el tener que ayudar a la persona cuidada no le ha supuesto ningún problema de salud y los casos de no respuesta a esta cuestión, un 62 por 100 de las personas cuidadoras consideran que su salud se ha deteriorado por tener que ayudar a las personas que cuidan.

Pasando a la *dimensión laboral,* un 22 por 100 de las personas cuidadoras no pueden plantearse trabajar fuera de casa por tener que ayudar a las personas que cuidan. Asimismo, un 11 por 100 señalan que han tenido que dejar de trabajar, un 8 por 100 han tenido que reducir su jornada de trabajo, un 9 por 100 tienen problemas para cumplir sus horarios y un 10 por 100 consideran que su vida profesional se ha resentido. Casi una de cada cinco personas cuidadoras consideran que tienen problemas económicos a consecuencia de tener que ayudar a las personas que cuidan. En total, descontando las personas que indican que el tener que ayudar a la persona cuidada no le ha supuesto tener ningún problema profesional y los casos de no respuesta a esta cuestión, casi un 50 por 100 de las personas cuidadoras consideran que su vida profesional se ha resentido por tener que ayudar a las personas que cuidan. Casado *et al*. (2011) estiman los efectos de la provisión de cuidados informales sobre las mujeres españolas en el período 1994-2001. Los resultados muestran que el efecto negativo sobre el empleo se concentra en aquellas mujeres que cuidan a alguien dependiente en el hogar y/o durante al menos 28 horas semanales. La probabilidad de trabajar disminuye en 2,7 puntos porcentuales cuando se cuida a alguien dependiente en el hogar, magnitud inferior a la encontrada en Inglaterra, donde la tasa de participación laboral femenina es superior (Heitmueller, 2007; Heitmueller y Michaud, 2006). Sin embargo, cuando se superan las 28 horas semanales de cuidados la probabilidad de no trabajar se incrementa hasta los 4,5 puntos porcentuales.

Asimismo, en las *relaciones sociales, familiares y disfrute del ocio*, seis de cada diez personas cuidadoras han tenido que reducir su *tiempo de ocio* por tener que ayudar a las personas que cuidan, casi la mitad (un 45,4 por 100) no pueden ir de vacaciones, cuatro de cada diez de las personas cuidadoras no disponen de tiempo para frecuentar a sus amistades y casi una de cada cinco (un 18,5 por 100) no tienen tiempo para cuidar de otras personas como les gustaría. Asimismo, un 6 por 100 de las personas cuidadoras tiene conflictos con su pareja derivados de tener que ayudar a las personas que cuidan, un 2,2 por 100 de las personas cuidadoras no han podido formar una familia y un 1,4 por 100 señalan que no ha podido tener hijos. Finalmente, tres de cada diez personas cuidadoras no disponen de tiempo para cuidar de sí mismas. En total, descontando las personas que indican que tener que ayudar a la persona cuidada no le ha supuesto ningún problema en los ámbitos de ocio, tiempo libre o vida familiar y los casos de no respuesta a esta cuestión, siete de cada diez personas cuidadoras consideran que su

ocio, tiempo libre o vida familiar se han resentido por tener que ayudar a las personas que cuidan. Asimismo, es importante subrayar que el porcentaje de personas cuidadoras que identifican problemas en las dimensiones de salud, vida profesional y vida familiar y social se incrementa de manera significativa a medida que aumenta el grado de dependencia de la persona cuidada (para más detalles, véase Oliva, Vilaplana y Osuna, 2011).

Oliva, Vilaplana y Osuna (2011) plantean en un ejercicio cuál sería la cantidad de recursos formales a movilizar en caso de que desaparecieran completamente los cuidados informales en España. Aunque la situación es irreal, se trata de un ejercicio de simulación realizado con objeto de estimar el valor social mínimo que aporta el cuidado informal en España. Empleando el método del coste de sustitución o reemplazo (Van der Berg *et al.,* 2004) y utilizando varios escenarios, donde se emplean los valores de las horas de servicio público de ayuda a domicilio en España como precio sombra del valor del cuidado informal, y pese a realizar varios supuestos conservadores sobre el número de horas de cuidado informal estimado, las cifras calculadas (véase el cuadro n.º 3) oscilan entre los 35.295 y los 58.488 millones de euros, tomando como referencia el año 2008. Andalucía concentra el 22,4 por 100 de las horas de cuidados, seguida de Cataluña y la Comunidad Valenciana, con un 12,6 por 100 y 12,5 por 100, respectivamente. Por detrás se sitúa Galicia, con un 9,0 por 100, y la Comunidad de Madrid, con un 7,3 por 100.

Para hacernos idea del orden de magnitud de las cifras estimadas, se compararon las cifras de la valoración monetaria estimada de las horas de cuidado informal recibido por personas dependientes con los datos de avance de Contabilidad Nacional publicados por el Instituto Nacional de Estadística del PIB de España y los PIB regionales del año 2008 (cuadro n.º 4). Incluso en la valoración más conservadora (valoración 1), el volumen de recursos a movilizar para prestar cuidados personales en el domicilio a las personas con limitaciones en su autonomía en el mismo grado que los cuidados informales que reciben serían de un orden próximo al 3,24 por 100 del PIB nacional, encontrándose importantes diferencias a escala regional, donde comunidades como Andalucía, Galicia o Extremadura requerirían recursos que excederían el 5 por 100 de su PIB regional. Una única comunidad autónoma requeriría recursos por debajo del 2 por 100 de su PIB (la Comunidad de Madrid), encontrándose el resto en situaciones intermedias, es decir, requerirían movilizar un volumen de servicios formales de atención a domicilio equivalente a entre el 2 por 100 y el 4,9 por 100 de su PIB. En el caso del escenario 2 de valoración, el volumen de recursos a movilizar para prestar cuidados personales en el domicilio a las personas con

CUADRO N.º 3

HORAS DE CUIDADO INFORMAL RECIBIDO POR PERSONAS DEPENDIENTES Y VALORACIÓN MONETARIA

	Horas de cuidado (millones)	*Valoración 1 (millones €)*	*Valoración 2 (millones €)*	*Valoración 3 (millones €)*
Andalucía	1.032,41	7.918,60	13.121,96	11.996,63
Aragón	128,28	983,88	1.630,39	1.361,01
Asturias	132,90	1.019,33	1.689,13	1.608,07
Baleares	73,47	563,54	933,85	1.122,67
Canarias	189,16	1.450,87	2.404,24	2.080,78
Cantabria	69,72	534,78	886,18	544,54
Castilla y León	292,92	2.246,68	3.722,99	4.065,71
Castilla-La Mancha	220,97	1.694,80	2.808,47	2.099,17
Cataluña	580,50	4.452,42	7.378,14	8.434,65
Valencia	572,80	4.393,34	7.280,23	6.174,74
Extremadura	120,76	926,20	1.534,81	746,27
Galicia	413,29	3.169,97	5.252,98	3.727,92
Madrid	337,99	2.592,41	4.295,90	4.745,43
Murcia	155,66	1.193,93	1.978,47	1.608,00
Navarra	55,30	424,12	702,82	1.259,10
País Vasco	178,42	1.368,51	2.267,77	3.259,80
La Rioja	27,33	209,65	347,42	331,02
Ceuta y Melilla	19,87	152,42	252,58	313,98
Total nacional	4.601,76	35.295,48	58.488,34	55.479,49

Fuente: Oliva, Vilaplana y Osuna (2011).

CUADRO N.º 4

ESTIMACIÓN DE LA VALORACIÓN MONETARIA DE LAS HORAS DE CUIDADO INFORMAL RECIBIDO POR PERSONAS DEPENDIENTES RESPECTO AL PIB REGIONAL (en porcentaje)

	Valoración 1	*Valoración 2*	*Valoración 3*
Andalucía	5,32	8,82	8,07
Aragón	2,89	4,78	3,99
Asturias	4,29	7,11	6,77
Baleares	2,06	3,42	4,11
Canarias	3,35	5,56	4,81
Cantabria	3,81	6,32	3,88
Castilla y León	3,87	6,41	7,00
Castilla-La Mancha	4,65	7,71	5,76
Cataluña	2,20	3,64	4,16
Valencia	4,16	6,90	5,85
Extremadura	5,14	8,51	4,14
Galicia	5,63	9,33	6,62
Madrid	1,34	2,22	2,45
Murcia	4,27	7,08	5,75
Navarra	2,29	3,79	6,79
País Vasco	2,00	3,32	4,77
La Rioja	2,61	4,32	4,12
Ceuta y Melilla	4,91	8,13	10,11
Total Nacional	3,24	5,37	5,10

Fuente: Oliva, Vilaplana y Osuna (2011).

limitaciones en su autonomía en el mismo grado que los cuidados informales que reciben serían del 5,37 por 100 del PIB nacional. Por su parte, Andalucía, Galicia o Extremadura y las ciudades autónomas de Ceuta y Melilla requerirían recursos por un importe entre el 8 y el 9,5 por 100 de su PIB regional. La Comunidad de Madrid requeriría un 2,2 por 100 de su PIB, encontrándose el resto de comunidades autónomas en situaciones intermedias (requerirían movilizar un volumen de servicios formales de atención a domicilio equivalente a entre el 3 por 100 y el 8 por 100 de su producto interior bruto).

V. CUIDADOS FORMALES E INFORMALES: COMPLEMENTARIOS O SUSTITUTIVOS

En la literatura existente sobre cuidados a la dependencia existe cierta controversia sobre si las horas de cuidado formal (proporción de horas realizadas por personal sanitario cualificado) compensan, sustituyen, complementan o refuerzan las horas de cuidado informal proporcionadas por familiares, amigos o vecinos. En este sentido, se han desarrollado cuatro modelos diferentes.

El primero de ellos, el *modelo compensatorio* (Ettner, 1995), postula la sustitución de un sistema de cuidados por otro, pero siguiendo un orden de preferencia, de manera que la persona dependiente sólo recurre a los cuidados formales (servicios sociales o empleados cualificados contratados a título privado) cuando se han agotado todas las vías de cuidado informal. Sin embargo, hay pocos estudios empíricos que hayan encontrado evidencias a favor de este modelo (Ettner, 1995; Penning y Chappel, 1990).

En segundo lugar, el *modelo de sustitución* (Greene, 1983) postula que a medida que el paciente recibe cuidados formales, la familia disminuye su aportación de cuidados informales. Este argumento ha sido utilizado por aquellos que sostienen que es necesario racionar la oferta de cuidados formales para controlar el gasto público en cuidados a la dependencia. En este aspecto, la investigación empírica es poco concluyente. En algunos trabajos, se ha constatado que las familias no se desentienden de su papel como cuidadoras cuando comienzan a recibir apoyo formal (Moscovice *et al.*, 1988; Tennstedt *et al.*, 1993; Muramatsu y Campbell, 2002). Pero también hay trabajos que evidencian la validez del modelo sustitutivo. Viitanen (2007) analiza la relación entre cuidados formales e informales en doce países europeos y constata que los cuidados formales sustituyen a los informales proporcionados por cuidadores no co-residentes, pero no se evidencia una relación de sustitución entre ambos tipos de cuidados en el caso de cuidadores co-residentes con la

persona receptora de los cuidados. Por otra parte, Stabile *et al.* (2006) se propusieron examinar cuál sería el efecto de un incremento del gasto público en atención a domicilio en Canadá, y concluyen que iría acompañado de una disminución de los cuidados informales. Para Estados Unidos, Van Houtven y Norton (2004) analizan el efecto de los cuidados informales sobre la utilización de cuidados formales por parte de personas mayores solteras, y constatan que la disponibilidad de cuidadores informales disminuye la demanda de atención a domicilio y retrasa la entrada en centros residenciales. Por consiguiente, en este caso habría que interpretar que el modelo de sustitución se aplicaría de forma inversa, a mayor cantidad de cuidados informales, menor recurso a los cuidados formales. Como muestra de que no siempre la evidencia a favor de un determinado modelo es tan rotunda, Bolin *et al*. (2007), en un estudio sobre los cuidados de largo plazo en varios países europeos, muestran que los cuidados informales se comportan como sustitutivos de cuidados formales como atención a domicilio o centros de día, pero como complementarios de los cuidados hospitalarios.

En tercer lugar se encuentra el *modelo de especificidad* de tareas propuesto por Litwak (1985), de acuerdo con el cual los cuidados formales e informales son diferentes, pero complementarios. A diferencia del modelo compensatorio, es la naturaleza de la tarea y no la voluntad del cuidador la que indica qué tipo de cuidados resulta más apropiado. Por ejemplo, se puede establecer un reparto de tareas de manera que aquellas actividades más rutinarias (ayudar a comer, lavarse, vestirse) sean realizadas por el cuidador informal, mientras que otras tareas con un componente más tecnológico o que requieran una cierta formación sean desempeñadas por los cuidadores formales. Los trabajos de Penning y Chappel (1990), Fischer y Eustis (1994) y Mentzakis *et al.* (2009) han corroborado la validez de este modelo.

Por último, el *modelo complementario* propuesto por Chappell y Blandford (1991) resulta de una combinación del compensatorio y el de sustitución. Según este modelo, cuando las necesidades de cuidado de la persona dependiente exceden las capacidades del cuidador (por ejemplo, cuando los requerimientos médicos son muy complejos o cuando la familia atraviesa una situación crítica), entonces el apoyo formal interviene proporcionando el soporte necesario. Otros autores (Bass y Noelker, 1989; Denton, 1997) también han encontrado evidencias a favor de este modelo. Y en nuestro catálogo de servicios sociales, los servicios de respiro también se podrían encuadrar dentro de este paradigma de alivio al cuidador.

La ausencia de una conclusión unánime se debe a la propia naturaleza de ambos tipos de cuidados, puesto que éstos pueden sucederse de forma secuencial o simultánea. Con el propósito de extender la literatura previa al caso de España, Jiménez-Martín y Vilaplana (2011) estudian la relación entre el tipo de cuidado (formal, informal o ambos) y el número de horas recibidas, a partir de la *Encuesta de discapacidades, deficiencias y estado de salud* del año 1999. Para ello, estiman un modelo en dos etapas que les permite testar cuál de los modelos descritos anteriormente es el predominante en España. Sus resultados apuntan a que el modelo predominante es el de complementariedad o especificidad de tareas. No es posible decidirse por alguno de ellos en concreto, puesto que se conoce el número de horas de cuidado, pero no las tareas realizadas por el cuidador durante dichas horas. No obstante, también hay que puntualizar algunos casos especiales. Con respecto a la probabilidad de recibir cuidados informales (CI): 1) las mujeres y las personas no casadas tienen menor probabilidad de recibir CI; 2) las personas con discapacidad mental o enfermedad mental manifiestan una mayor probabilidad de recibir CI; 3) las submuestras de hombres y no casados muestran una mayor probabilidad de recibir sólo cuidados formales o en combinación con informales. La probabilidad de recibir cuidados informales aumenta con el número de limitaciones en actividades personales o instrumentales a una tasa mayor que la probabilidad de recibir cuidados formales. Además, cada adulto co-residente con la persona dependiente aumenta la probabilidad de recibir cuidados informales en un 5 por 100 para la submuestra de hombres y de personas no casadas y disminuye la probabilidad de recibir cuidados formales para la submuestra de hombres.

En relación con la provisión de servicios sociales, para toda la muestra se constató complementariedad entre cuidados informales y atención a domicilio, pero sustitución entre cuidados informales y atención en un centro de día, lo cual coincide con resultados previos de Van Houtven y Norton (2004) y Muramatsu *et al.* (2007). Para las submuestras de hombres, personas dependientes jóvenes (40-69 años) y personas casadas se observan evidencias de un aumento del número de horas de cuidados informales ante una reducción de cuidados formales. Por el contrario, para las personas dependientes no casadas se encontraron evidencias significativas de un aumento del apoyo

formal, ante una disminución del informal.

VI. CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN

A lo largo del artículo hemos expuesto la relevancia del cuidado informal en España. La red de protección familiar sigue siendo el pilar fundamental sobre el que se asienta la atención a personas con limitaciones en su autonomía. Los cambios demográficos y sociales que estamos viviendo, y que se apuntan en años venideros, sin duda comprometen la sostenibilidad de un sistema que se apoyaba casi exclusivamente en las familias. La creación del SAAD puede entenderse como una respuesta a la demanda social de un buen número de familias sobrecargadas en exceso por motivo de los cuidados prestados, pero también como un elemento de previsión ante la inminencia de dichos cambios sociodemográficos.

La revisión de los modelos europeos revela que el papel que juegan los cuidadores informales viene principalmente marcado por las normas sociales y culturales, lo cual dificulta la importación directa de modelos de otros países sin considerar la importancia de dichas normas. Por otra parte, el panorama europeo subraya la necesidad de modificar las alternativas de cuidados formales y apoyo a los cuidadores informales con las nuevas realidades sociales. España es uno de los países de la Unión Europea donde los cuidadores informales soportan la mayor carga de los cuidados de larga duración (el porcentaje de dependientes que recibe sólo cuidados informales es superior sólo en Polonia, Hungría, Eslovaquia y Grecia). Esto es acorde con las normas sociales existentes, dado que un alto porcentaje de la población opina que los hijos deben hacerse cargo de sus mayores, algo que no sucede en países como Reino Unido, Países Bajos y Suecia. Por lo tanto, no debe sorprender que prácticamente la mitad de las prestaciones concedidas bajo el marco del SAAD sean prestaciones económicas vinculadas a cuidados familiares. En la medida en que los cambios sociodemográficos descritos anteriormente modifiquen las normas sociales es de esperar que la sociedad demande un mayor peso de los cuidados formales en la atención a la dependencia.

Como ejercicio de simulación, hemos planteado un escenario hipotético (sin cuidados informales) pero útil para mostrar su valor social. Las cifras mostradas exceden en gran medida a la estimaciones que se han realizado sobre el coste de la puesta en marcha de la Ley de Dependencia (Jiménez-Martín y Vilaplana, 2009). Se puede discutir sobre los precios sombra a utilizar en la evaluación del tiempo de cuidado, pero la traducción a cifras monetarias de la ingente cantidad de horas identificadas como cuidado informal, por muy modesto que fuera el valor asignado a la hora de cuidado, daría como resultado una cantidad monetaria muy elevada.

Respecto a la relación entre cuidados formales e informales, nuestros resultados apuntan a que el modelo predominante es el de complementariedad o de especificidad de tareas. En este contexto, encontramos que cada adulto co-residente con la persona dependiente aumenta la probabilidad de recibir cuidados informales en un 5 por 100 para la submuestra de hombres y de personas no casadas, y disminuye la probabilidad de recibir cuidados formales para la submuestra de hombres. En relación con la provisión de servicios sociales, se constata complementariedad entre cuidados informales y atención a domicilio, pero sustitución entre cuidados informales y atención en un centro de día, lo cual coincide con resultados previos de Van Houtven y Norton (2004) y Muramatsu *et al.* (2007).

Asimismo, aunque no es un aspecto que hayamos tratado, debe subrayarse que si bien para ciertas enfermedades neurodegenerativas no hay cura actual y su progresión es de «no retorno», sí existen referencias sobre su influencia en la evolución de personas con enfermedades cardiovasculares (Hamalainen *et al*., 2000; Proctor *et al*., 2000; Boyd *et al*., 2004). El papel del cuidador se revela como esencial a la hora de evitar re-hospitalizaciones y mejorar la calidad y esperanza de vida de la persona discapacitada. La importancia de su figura y de su papel en la salud y el bienestar de las personas con limitaciones en su autonomía no puede minimizarse.

La cooperación y la coordinación entre los distintos agentes marcarán el futuro del SAAD. Cooperación política entre los gobiernos central, autonómicos y locales de diverso signo, que tendrán que aproximar posturas para prestar una atención de calidad a personas en situación de dependencia. Coordinación necesaria también entre el sistema sanitario y los sistemas de atención social, quienes tendrán que compartir recursos persiguiendo la eficiencia y la equidad en la asignación de los recursos públicos y privados. El presente trabajo señala cuantitativamente la relevancia que tiene la red de cuidado familiar para el sostenimiento del SAAD. Es más, el apoyo familiar y el cuidado informal deben considerarse como una parte fundamental del SAAD. Cualquier política de coordinación

o integración sociosanitaria debería tener en cuenta el papel fundamental que juegan las familias en su actividad como agentes cuidadores; o, en caso contrario, dichas políticas transitarán por las sendas de la ineficiencia y la inequidad.

Por ello, el abordaje integral de los cuidados de las personas dependientes exige incluir la atención al cuidador principal, así como reconocer el papel cumplido por los cuidadores. En otros trabajos ya se han sugerido diferentes actuaciones en este sentido (Jiménez, Oliva, Vilaplana, 2011). Por ejemplo, en el caso de personas cuidadoras que además desempeñan un trabajo remunerado, las administraciones públicas podrían llegar a acuerdos con las empresas privadas para que las ausencias justificadas de los cuidadores no conlleven un riesgo de pérdida del empleo, siendo las propias entidades públicas las primeras en aplicar estas medidas. Asimismo, se debería mejorar el reconocimiento de los cuidadores informales en los sistemas de seguridad social, vía cotizaciones, y/o en una mejora de sus condiciones fiscales (vía IRPF). Otra vía de actuación consistiría en incrementar los recursos destinados a programas de formación de cuidadores informales, incentivando la participación de los cuidadores a través de apoyo sustitutivo y otras ventajas directas o en especie para el cuidador y la persona atendida. En este sentido, se deberían diseñar programas específicos en función del grado de discapacidad de la persona atendida y del tipo de enfermedad o problema de salud padecido. Igualmente importante sería reconocer y potenciar el apoyo recibido (psicológico, servicios de respiro,…) por parte de los cuidadores. También se deben estudiar y propiciar fórmulas que traten de compatibilizar la prestación de cuidados informales con el desarrollo de la vida personal y profesional del cuidador. Asimismo, se deberían reforzar los recursos que permitieran facilitar el descanso del cuidador ante el riesgo de afectación de su propia salud, y se debería impulsar el establecimiento de sistemas para dar respuesta a condiciones urgentes de necesidad de atención social ante situaciones de claudicación del cuidador. Finalmente, aunque esta lista es extensible, debería ser mucho más accesible a la población la información sobre los recursos del sistema y los criterios de acceso, al tiempo que se deberían arbitrar fórmulas que facilitaran a los cuidadores la realización de trámites administrativos relacionados con la atención social y sanitaria de la persona cuidada, e incluso de la propia.

Por último, los decisores públicos, pero también los privados, deberían ser conscientes de que la sobrecarga que soportan los cuidadores genera una serie de problemas en su salud, en su vida profesional y en su tiempo de ocio y de vida familiar. Desarrollar estrategias que traten de mitigar dichos problemas permitiría proteger la red de apoyo informal, lo cual redundaría en mejoras del bienestar tanto de los cuidadores como, probablemente, de las personas cuidadas, y facilitaría la coordinación de los servicios sanitarios, sociales y familiares.

NOTAS

(*) García-Gómez agradece el apoyo económico de la Unión Europea a través de Marie Curie Intra-European Fellowships. Jiménez-Martín y Vilaplana agradecen el apoyo del Ministerio de Educación y Ciencia, proyecto ECO-2008-06395-C05-01. Juan Oliva agradece el apoyo del Instituto de Estudios Fiscales.

(1) Cuando el cuidador acepta cuidar a un desconocido, incluso gratis, no estamos ante un cuidador informal, sino ante un *voluntario*. Si percibe una remuneración de la que vive, es un *cuidador profesional*.

(2) El artículo 2 de la Resolución de 2 de diciembre de 2008, de la Secretaría de Estado de Política Social, Familias y Atención a la Dependencia y a la Discapacidad, por la que se publica el Acuerdo del Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, sobre determinación de la capacidad económica del beneficiario y sobre los criterios de participación de éste en las prestaciones del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, establece que la capacidad económica del beneficiario se determinará de acuerdo con su renta y su patrimonio. Sin embargo, esto no sucede en todas las comunidades autónomas. En la Comunidad Valenciana, Navarra y Vizcaya se calcula la capacidad económica de la unidad familiar y luego se traduce a términos per cápita. En Baleares, Cataluña, Guipúzcoa y La Rioja solamente se tiene en cuenta la renta del beneficiario, pero no su patrimonio. Llama la atención el caso de Álava, en donde para la prestación vinculada al servicio se utiliza la suma de la renta más el patrimonio en términos per cápita, mientras que para la prestación para cuidados en el entorno familiar su emplea la base imponible total anual.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BASS, D., y L. NOELKER (1989), «Home care for elderly persons: linkages between formal and informal caregivers», *Journal Gerontol.,* 44: S63-S70.

BOLIN, K.; B. LINDGREN, y P. LUNDBORG (2007), «Informal and formal care among single-living elderly in Europe», *Health Economics*, 17: 393-409.

BOYD, K.J.; S.A. MURRAY; M. KENDALL; A. WORTH; T. FREDERICK BENTON, y H. CLAUSEN (2004), «Living with advanced heart failure: a prospective, community based study of patients and their carers», *European Journal Hearth Fail*, 6(5): 585-591.

CASADO, D.; P. GARCÍA-GÓMEZ, y A. LÓPEZ-NICOLÁS (2011), «Informal care and labour force participation among middle-aged women in Spain», *SERIEs*, 2: 1-29.

CHAPPELL, N. L., y A. BLANDFORD (1991), «Informal and formal care: exploring the complementarity», *Ageing Soc*, 11: 299-315.

COMISIÓN EUROPEA (1998), Consejo de Europa: Recomendación n.º 98 (9).

— (2007), *Eurobarometer: Health and Long-term Care in the European Union.*

DE MEIJER, C.; W. BROUWER; M. KOOPMANSCHAP; B. VAN DEN BERG, y J. VAN EXEL (2010), «The value of informal care--a further investigation of the feasibility of contingent valuation in informal caregivers», *Health Economics,* 19(7): 755-771.

DENTON, M. (1997), «The linkages between formal and informal care in the elderly», *Canadian Journal on Aging*, 16: 30-50.

DG ECFIN (2006), «The impact of ageing on public expenditure: projections for the EU25 member states on pensions, health care,

long term care, education and unemployment transfers (2004-2050)», *European Economy, Special Report n.º 1/2006.*

DÍAZ, E.; S. LADRA, y N. ZOZAYA (2009), «La creación del Sistema Nacional de Dependencia: origen, desarrollo e implicaciones económicas y sociales», Fundación Alternativas, *Documento de trabajo 143/2009.*

ETTNER, S.L. (1995), «The impact of parent care on female labour supply decisions», *Demography,* 32: 63-80.

EUROPEAN COMMISSION AND THE ECONOMIC POLICY COMMITTEE (2009), «The 2009 Ageing Report: Economic and budgetary projections for the EU-27 member states (2008-2060)», *European Economy* n.º 2/2009.

FISHER, L.R., y N.N. EUSTIS (1994), «Care at home: family caregivers and home care workers», en: Khana E., D. Biegel y M. Wykle (eds.), *Family Care Giving Across Lifespan*, 108-131. State University of New York Press, Albany, NY.

GREENE, V. (1983), «Substitution between formally and informally provided care for the impaired elderly in the community», *Medical Care,* 21: 609-619.

HAMALAINEN, H.; R. SMITH; P. PUUKKA; J. LIND; V. KALLIO; K. KUTTILA, y T. RONNEMAA (2000), «Social support and physical and psychological recovery one year after myocardial infarction or coronary artery bypass surgery», *Scandinavian Journal Public Health*, 28(1): 62-70.

HABERKERN, K., y M. SZYDLIK (2010), «State care provision, societal opinion and children's care of older parents in 11 European countries», *Ageing and Society*, 30: 299-323.

HEITMUELLER, A. (2007), «The chicken or the egg? Endogeneity in labour market participation of informal carers in England», *Journal of Health Economics*, 26(3): 536–559.

HEITMUELLER, A., y P.C. MICHAUD (2006), «Informal care and employment in England: Evidence from the British Household Panel Survey», *IZA DP,* n.º 2010.

IMSERSO (2011), Portal de la Dependencia. Datos estadísticos del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia. Datos de gestión a 1 de junio de 2011. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Accesible en: http://www.dependencia.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/estsisaad20110601.pdf

JIMÉNEZ-MARTÍN, S., y C. VILAPLANA (2009), *La financiación del sistema de autonomía y atención a la dependencia*, Premios Cajamadrid de investigación social.

JIMÉNEZ-MARTÍN, S.; J. OLIVA, y C. VILAPLANA (coords.) (2011), *Atención sanitaria y servicios sociales: ¿matrimonio o divorcio?*, Círculo de Sanidad.

JIMÉNEZ-MARTÍN, S., y C. VILAPLANA (2011), «The trade-off between formal and informal care in Spain», *European Journal of Health Economics*, DOI: 10.1007/s10198-011-0317-z.

KOBELT, G., y M. PUGLIATTI (2005), «Cost of multiple sclerosis in Europe», *European Journal Neurology*; 12(Suppl. 1): 63-67.

LAJAS, C.; L. ABASOLO; B. BELLAJDEL; C. HERNÁNDEZ; L. CARMONA; E. VARGAS; P. LÁZARO, y J. JOVER (2003), «Costs and predictors of costs in rheumatoid arthritis: a prevalence-based study», *Arthritis and Rheumatism*, 49: 64-70.

LEAL, J.; R. LUENGO-FERNANDEZ; A. GRAY; S. PETERSEN, y M. RAYNER (2006), «Economic burden of cardiovascular diseases in the enlarged European Union», *Europea Heart Journal*, 27(13): 1610-1619.

Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia. *BOE* núm. 299, viernes 15 diciembre 2006- 44142- 44156.

LINDGREN, P. (2004), «Economic evidence in Parkinson's disease: A review», *European Journal of Health Economics,* 5(Suppl. 1.): S63-S66.

LINDGREN, P.; S. VON CAMPENHAUSEN; E. SPOTTKE; U. SIEBERT, y R. DODEL (2005), «Cost of Parkinson's disease in Europe», *European Journal of Neurology*, 12(Suppl. 1): 68-73.

LITWAK, E. (1985), *Helping the Elderly: The Complementarity Roles of Informal Networks and Formal Systems*, Guildford Press, Nueva York.

LÓPEZ-BASTIDA, J.; L. PERESTELO; P. SERRANO, y J. OLIVA-MORENO (2006), «Socioeconomic costs and quality of life of people with Alzheimer disease in Canary Island», *Neurology*, 67: 2186-2191.

MAR, J.; A. ARROSPIDE; J.M. BEGIRISTAIN; I. LARRAÑAGA; E. ELÓSEGUI, y J. OLIVA-MORENO (2011), «The impact of acquired brain damage in terms of epidemiology, economics and loss in quality of life», *BMC Neurology*, 11: 46. DOI: 10.1186/1471-2377-11-46.

MCDAID, D. (2001), «Estimating the costs of informal care for people with Alzheimer's disease: methodological and practical challenges», *International Journal Geriatric Psychiatry*, 16: 400-405.

MENTZAKIS, E.; P. MCNAMEE, y M. RYAN (2009), «Who cares and how much: exploring the determinants of co-residential care?, *Review of Economic of the Households*, 7: 283-303.

MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO (2008), *Estrategia en Ictus del Sistema Nacional de Salud,* Madrid.

MONTSERRAT CODORNIZ, J. (2008), «El impacto de la ley de la dependencia en las rentas de los usuarios mayores de 65 años: incidencia del copago», Instituto de Estudios Fiscales*, Documento de trabajo 20/08*.

MOSCOVICE, I.; G. DAVIDSON, y D. MCGAFFREY (1988), «Substitution of formal and informal care for the community-based elderly», *Medical Care*, 26: 971-981.

MURAMATSU, N., y R. CAMPBELL (2002), «State expenditures on home and community based services and use of formal and informal personal assistance: a multilevel analysis», *Journal of Health and Social Behavior*, 43: 107-124.

MURAMATSU, N.; HONGJUN, Y.; CAMPBELL, R.; HOYEM, R.; JACOB, M., y ROSS, C. (2007), «Risk of nursing home admision among older americans: does state's spending on hom-and-community-based services matter?», *The Jornal of Gerontology Series B: Psychological Sciencies and Social Sciencies*, 62, S169-S178.

NAVARRETE-NAVARRO, P.; W.M. HART; J. LÓPEZ-BASTIDA, y M.C. CHRISTENSEN (2007), «The societal costs of intracerebral haemorrhage in Spain», *European Journal Neurology,* 14: 556-562.

OECD (2010), *Health Data*.

OLIVA, J.; C. VILAPLANA, y R. OSUNA (2011), «El valor de los cuidados informales prestados a personas en situación de dependencia en España», Instituto de Estudios Fiscales (mimeo).

PENNING, M.J., y N. L. CHAPPELL (1990), «Self-care in relation to formal an informal care», *Ageing and Society,* 10: 41-59.

PROCTOR, E.K.; N. MORROW-HOWELL; H. LI, y P. DORE (2000), «Adequacy of home care and hospital readmission for elderly congestive heart failure patients», *Health and Social Work*, 25(2): 87-96.

SOSVILLA RIVERO, S. (2008), «Un Análisis Estratégico del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia», FEDEA. Colección Estudios Económicos 23-08.

STABILE, M.; A. LAPORTE, y C. COYTE (2006) «Household responses to public home care programs», *Journal of Health Economics,* 25: 674-701.

SUHRCKE, M.; MCKEE, M.; SAUTO ARCE, R.; TSOLOVA, S., y MORTENSEN, J. (2005), *The contribution of health to the economy in the European Union*, European Communities, Brussels.

SUHRCKE, M.; M. MCKEE; R. SAUTO ARCE; S. TSOLOVA, y J. MORTENSEN (2005), «The contribution of health to the economy in the European Union», *European Commission,* Brussels.

TENNSTEDT, S. L.; CRAWFORD, S. L., y MCKINLAY, J. (1993), «Is family care on decline? A longitudinal investigation of the substitution of formal long-term care services for informal care», *The Mildbank Quarterly*, 71: 601-625.

VAN DEN BERG, B.; W. BROUWER, y M. KOOPMANSCHAP (2004), «Economic valuation of informal care: An overview of methods and applications», *European Journal of Health Economics,* 5: 36-45.

VAN HOUTVEN, C., y E. NORTON (2004), «Informal care and health care use of older adults», *Journal of Health Economics,* 23 (6): 1159-1180.

VIITANEN, T. K. (2007), «Informal and formal care in Europe. Institute for the Study of Labor», *IZA DP,* n.º 2648.

WIMO, A.; E. VON STRAUSS; G. NORDBERG; F. SASSI, y J. LENNARTH (2002), «Time spent on informal and formal care giving for persons with dementia in Sweden», *Health Policy*, 61: 255-268.

DEPENDENCIA, DISCAPACIDAD Y TEMPORALIDAD EN EL EMPLEO

David CANTARERO PRIETO
Patricia MORENO MENCIA
Universidad de Cantabria

Resumen

La inestabilidad laboral, con paro elevado e importante temporalidad, nos lleva a analizar qué características influyen en la probabilidad de desarrollar un empleo temporal dentro del grupo de personas con limitaciones. Los datos provienen de la *Encuesta de discapacidades y atención a la dependencia* (EDAD) de 2008. Se trata de mostrar cómo la temporalidad les afecta tanto o más que al total de la población activa, y por qué. El empleo temporal no sólo se ha de percibir como precario, sino que se ha de tener en cuenta que también se adapta a necesidades y situaciones extraordinarias de algunos trabajadores, incluidos aquellos con limitaciones.

Palabras clave: discapacidad, empleo temporal, EDAD 2008.

Abstract

Lack of job stability, with a high rate of unemployment and short-term hiring, has led us to examine what characteristics affect the probability of being employed on a casual basis within the group of people with limitations. The data come from the *Survey on Disability, Personal Autonomy and Dependency Situations* (EDAD) of 2008. It is a case of showing how casual employment affects them as much or more than the work force as a whole and the reasons why. Temporary employment not only has to be seen as being of a precarious nature, but it also has to be taken into account that it is in keeping with the extraordinary needs and situations of some workers, including those with limitations.

Key words: disability, temporary employment, EDAD Survey 2008.

JEL classification: I12, I18, J20.

I. INTRODUCCIÓN

LOS importantes cambios demográficos y sociales han dado lugar a un notable aumento de la población en situación de dependencia, que ha incrementado las llamadas a su necesaria atención, constituyendo uno de los principales retos sociales para este siglo XXI.

Dichas cuestiones se han institucionalizado, a partir de lo dispuesto en la Ley 39/2006, de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia, en el denominado Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD). Precisamente, la ejecución de este sistema con base en la mencionada Ley, supone ya un importante esfuerzo en cuanto a gasto público en un escenario marcado inicialmente por una fase expansiva de crecimiento económico, que se ha visto truncada recientemente y ha debilitado la recaudación del sistema haciendo a la financiación estimada insuficiente, máxime cuando se prevé en el futuro un incremento de la población con dependencia más severa (Montserrat, 2003; Casado, 2008; López i Casasnovas, 2009; Albarrán y Alonso, 2009).

En este contexto, es necesario mirar hacia la empleabilidad del colectivo de personas dependientes y con discapacidad, así como hacia las políticas de generación de empleo en el mismo. Ante un estudio de la situación laboral y la relación de ésta con un grupo en riesgo de exclusión, como son las personas con cierto grado de dependencia y/o discapacidad, se deben tener en cuenta los efectos de la crisis económica y financiera. Los efectos de la crisis comenzaron a notarse en el mercado laboral a mediados de 2008, ya que el número de desempleados se incrementó en casi dos millones entre el segundo trimestre de ese año y el cuarto trimestre de 2009, situándose la tasa de desempleo en el 18,8 por 100, según datos de la *Encuesta de población activa*.

Se ha producido una gran destrucción de empleo, en la cual uno de los colectivos más perjudicado ha sido el formado por los asalariados con contratos temporales (más de un millón de empleos perdidos) y los trabajadores autónomos (más de 420.000 empleos perdidos), mientras que entre los trabajadores asalariados con contrato indefinido dicha destrucción ha sido solamente el 2,5 por 100. Esto se debe a que los costes de despido han empujado a los empresarios a prescindir de los trabajadores temporales, que han sido así los más afectados por la pérdida de empleo con la crisis.

Esta destrucción de empleo, junto con la dificultad para entrar en el mercado laboral, se hace más paten-

te dentro los colectivos en riesgo de exclusión, por ser los más expuestos a la precarización laboral (Jiménez Lara, 1998). Uno de estos colectivos, junto a los jóvenes, las mujeres y los desempleados de larga duración, es el constituido por las personas con discapacidad, que en muchas ocasiones repercute en cierto grado de dependencia, y que cuentan con unas tasas de actividad y de ocupación muy inferiores a las del resto de la población en edad de trabajar.

El estudio llevado a cabo comienza describiendo las relaciones entre discapacidad (causante en muchas ocasiones de la dependencia) y empleo. A continuación, se exponen las fuentes de datos utilizadas en la investigación, para continuar con un análisis descriptivo de la situación actual. Finalmente, se señalan la metodología empleada en el análisis empírico, los resultados alcanzados y las conclusiones principales.

II. ESTUDIO DE LA DEPENDENCIA Y EL EMPLEO

Los estudios sobre la dependencia en general y la discapacidad en particular, y sobre su relación con el mercado laboral, son temas ampliamente abordados. Las investigaciones desarrolladas muestran, desde diferentes enfoques y con distintas fuentes estadísticas, las dificultades de acceso al mercado laboral con las que se encuentran las personas con cierto grado de dependencia o discapacidad.

Algunos de dichos estudios se centran principalmente en la relación entre la mujer con limitaciones y el mercado laboral (1), mientras que otros han analizado las características más generales que influyen en que las personas con dependencia, en mayor o menor medida, entren o salgan del mercado de trabajo. Loprest *et al.* (1995) muestra cómo afecta la discapacidad a la participación en el mercado laboral, siendo superior en los varones que en las mujeres.

Asimismo, las personas con algún tipo de limitación o discapacidad son un grupo con alto riesgo de exclusión social, y con más probabilidad de estar inactivos o desempleados que las personas sin limitaciones (Burchardt, 2000).

Según Livermore *et al.* (2000), en el análisis de la participación de las personas con limitaciones en el mercado de trabajo se han de tener en cuenta aspectos que afectan tanto a la oferta como a la demanda de éste. Los aspectos que pueden influir sobre la reducida demanda de trabajo de este colectivo son: el hecho de que la discapacidad sea percibida por el empresario como una señal de baja productividad, y el temor a incurrir en costes adicionales, como puede ser cierta adaptación del puesto de trabajo. Por su parte, Kidd *et al.,* (2000), a partir de la *Labour Force Survey* (LFS) de 1996, encuentran que, en el Reino Unido, sólo el 50 por 100 de la diferencia salarial entre hombres con y sin discapacidad se explica por diferencias en las características de los individuos.

Un entorno estimulante ayuda a retrasar el desarrollo de comportamientos apáticos y de dejadez entre el heterogéneo colectivo de las personas con discapacidad. El aislamiento y la falta de incentivos, por el contrario, fomentan el deterioro y la soledad (Ramos, 2002).

Malo (2004) estudiaba la influencia de tener discapacidad sobre la probabilidad de ser activo en España. El resultado fue que las personas que se benefician de programas de protección social tienen una probabilidad de ser activos seis veces inferior que el resto. Además, llegó a la conclusión de que se debía fomentar la formación entre las personas con limitaciones, ya que los resultados obtenidos eran favorables en la relación entre educación e integración laboral.

Finalmente, Malo y Pagán (2009) analizan las diferencias salariales entre trabajadores no discapacitados y discapacitados a partir de datos del *Panel de hogares de la Unión Europea.* Sus resultados muestran que en la mayoría de los países analizados los trabajadores con discapacidad que no presentan limitaciones en su vida diaria ganan lo mismo que los trabajadores no discapacitados.

Por tanto, las desventajas relativas de las personas con limitaciones no dependen únicamente de sus propias características, sino que se ven afectadas por un contexto social y laboral en el que la igualdad de oportunidades se percibe únicamente como una teoría, y la realidad muestra una falta de accesibilidad elevadísima, con una gran cantidad de barreras en el acceso al empleo (2).

Por otro lado, se debe destacar que las tasas de paro de las personas con discapacidad no son tan diferentes de las de la población en general, pero lo realmente preocupante es la diferencia en las tasas de actividad, lo que señala que las personas con limitaciones sufren una doble discriminación, pues se sienten desmotivadas para participar en el mercado laboral, y éste es uno de los motivos por los que se imponen beneficios a la contratación de personas con discapacidad. Es decir, para paliar las dificultades de acceso con las que se encuentran y tratar de fomentar su integración.

CUADRO N.º 1

PRINCIPALES RESULTADOS DE LA ENCUESTA EDAD 2008, EN LO REFERENTE AL MERCADO LABORAL

	Total Encuesta
Muestra total. Viviendas familiares	96.075
Individuos que contestaron el cuestionario	22.795
De esos 22.795, ¿cuántos declararon tener empleo la semana anterior a la encuesta?	1.632
Individuos con limitaciones que respondieron Sí a que el informante era la propia persona con limitaciones	14.706
Individuos (de los 14.706) que declararon que el contrato que tiene o tenía era temporal	1.857
Individuos (de los 14.706) que declararon que la jornada de su último trabajo era parcial	3.589
Individuos (de los 14.706) que declararon ser trabajadores autónomos	2.314

Fuente: EDAD 2008, INE.

III. FUENTE DE DATOS

La fuente de información que se ha empleado en este estudio ha sido la *Encuesta de discapacidades y atención a la dependencia* de 2008, para España, EDAD 2008 (3). Se han realizado tres macro-encuestas relativas a estas cuestiones en los años 1986, 1999 y 2008.

En 1986, la Encuesta estableció que las personas con discapacidad en España eran un 15 por 100 de la población total. Posteriormente, la EDDES *(Encuesta sobre discapacidades, deficiencias y estado de salud)* de 1999 situó esa cifra total en un 9 por 100 de la población, y la EDAD 2008 mantiene que realmente la tasa de discapacidad es menor, del 8,5 por 100 (4).

La muestra se compone de 22.795 individuos que contestaron el cuestionario de la EDAD 2008. Se restringe la muestra a aquellos que responden en el cuestionario Sí ante la pregunta de si es el informante la persona con limitaciones (14.706). De esta muestra restringida, 1.857 personas declararon que el contrato que tienen o tenían era temporal, 3.589 dijeron que la jornada de su último empleo había sido parcial y 2.314 calificaron su situación profesional como autónomos (véase cuadro n.º 1).

IV. TEMPORALIDAD, DEPENDENCIA Y DISCAPACIDAD EN ESPAÑA

El derecho a un trabajo digno se encuentra enmarcado entre los derechos fundamentales de los individuos; además, éste debe estar adecuado a sus habilidades y capacidades. Esta última matización se hace aún más concreta en el caso de las personas que cuentan con limitaciones en las actividades de la vida diaria, ya que su empleo debe estar adaptado a su situación y ha de fomentar la integración laboral de este colectivo en riesgo de exclusión.

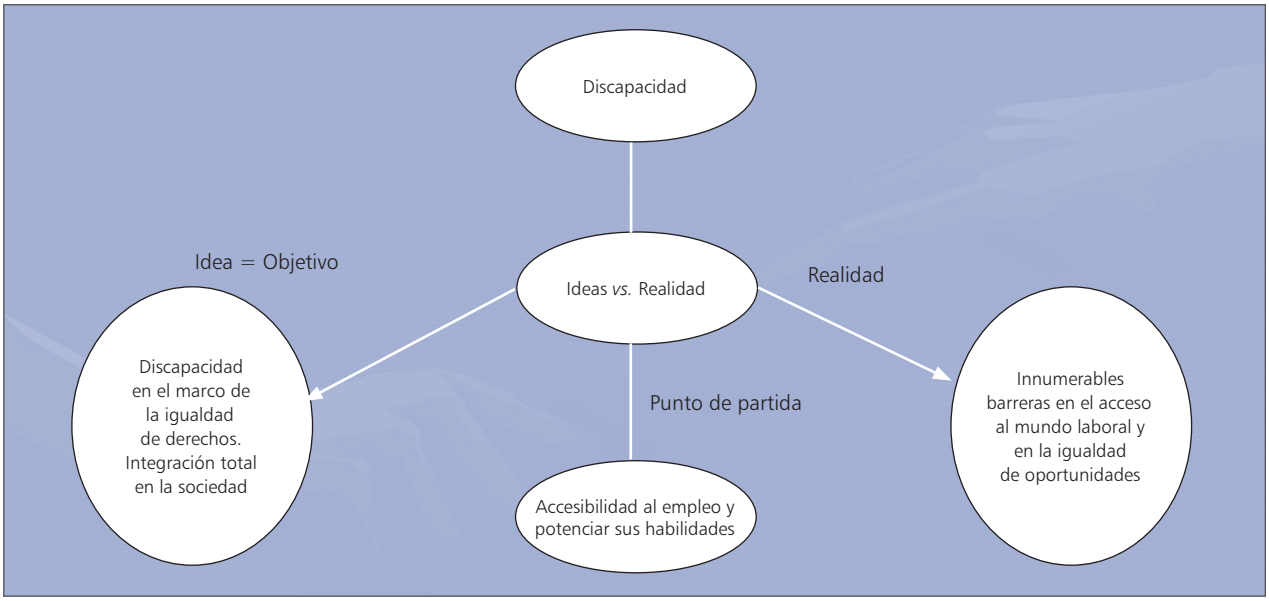
Existen múltiples barreras de entrada al mercado laboral a las que los individuos con alguna limitación deben hacer frente (gráfico 1), lo que explicaría en cierto modo los niveles de empleo tan bajos de este colectivo.

Desde el año 2006, se observa un descenso de la temporalidad en la población activa española y, sin embargo, en los últimos años eso no significa que se haya reducido dicha temporalidad en detrimento de contratación indefinida, sino que el aumento de paro coincide con el descenso de trabajadores con contrato temporal, porque son éstos los que se han quedado fundamentalmente sin empleo (véase cuadro n.º 2).

Por su parte, la temporalidad de los contratos realizados a personas con discapacidad, creciente hasta 2007, comenzó su descenso en 2008, y descendió más aún en 2009. En 2010 aumenta de nuevo la contratación temporal a personas con discapacidad. De hecho, se observa un leve repunte en las modalidades de contratación de carácter temporal (obra o servicio, interinidad o eventual circunstancias de la producción), mientras que las modalidades de contratación indefinida caen levemente en dicho año (véase cuadro n.º 3).

Durante el primer trimestre de 2011 se han realizado 15.166 contratos a personas con discapacidad en nuestro país, frente a 13.971 contratos en el primer trimestre de 2010, según el último informe realizado por el Observatorio Estatal de la Discapacidad sobre la materia. En este informe se indica también que los datos registrados al finalizar el primer trimestre de 2011 suponen un incremento de un 8,6 por

GRÁFICO 1
INTEGRACIÓN LABORAL DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD



Fuente: Elaboración propia.

CUADRO N.º 2

DATOS DE TEMPORALIDAD EN ESPAÑA. 2000-2010

AÑOS	*HOMBRES*		*MUJERES*		*DIFERENCIA EN TASA DE TEMPORALIDAD*
	Trabajadores temporales (miles)	*Tasa de temporalidad (porcentaje)*	*Trabajadores temporales (miles)*	*Tasa de temporalidad (porcentaje)*	
2000	2.364	30,93	1.619	34,20	-3,27
2001	2.427	30,60	1.739	34,66	-4,06
2002	2.438	29,88	1.850	34,84	-4,95
2003	2.528	29,91	1.962	34,57	-4,67
2004	2.657	30,56	2.120	35,18	-4,62
2005	2.857	31,64	2.312	35,67	-4,03
2006	2.984	32,04	2.533	36,74	-4,70
2007	2.910	30,58	2.396	33,13	-2,55
2008	2.559	27,56	2.321	31,36	-3,80
2009	2.021	23,80	1.961	27,29	-3,49
2010	1.956	23,87	1.867	26,12	-2,26
I Trim. 2010	1.887	23,20	1.833	25,80	-2,60
II Trim. 2010	1.969	23,80	1.854	26,00	-2,14
III Trim. 2010	2.031	24,52	1.919	26,75	-2,22
IV Trim. 2010	1.937	23,85	1.863	25,91	-2,06
I Trim. 2011	1.890	23,54	1.856	26,17	-2,63

Fuente: Encuesta de población activa, INE.

100 en la contratación a personas con discapacidad en España, respecto al mismo trimestre de 2010. En el primer trimestre de 2010, la contratación indefinida para el conjunto nacional fue de un 9,6 por 100, frente al 28,7 por 100 de contratos indefinidos realizados a personas con discapacidad. En este mismo periodo de 2009, la contratación indefinida para el conjunto nacional fue de 11,1 por 100 frente al 31,2

CUADRO N.º 3

CONTRATOS EFECTUADOS, SEGÚN MODALIDAD. ESPAÑA. 2005-2010

Modalidad	*2005*	*2006*	*2007*	*2008*	*2009*	*2010*
Indefinido ordinario (bonif/no bonif.)	547.449	665.200	989.589	876.094	602.804	579.933
Indefinido, fomento de la contratación indefinida	285.285	350.763	315.489	187.331	181.217	150.658
Personas con discapacidad	**10.021**	**11.797**	**13.096**	**10.431**	**7.966**	**8.185**
Obra o servicio	6.401.169	6.841.222	6.863.482	6.197.272	5.469.156	5.623.676
Eventual circunstancias de la producción	7.487.659	7.732.664	7.673.381	6.639.433	5.465.298	5.752.225
Interinidad	1.314.449	1.373.861	1.491.771	1.535.263	1.502.009	1.566.999
Temporal personas con discapacidad	**12.646**	**14.775**	**16.739**	**15.327**	**13.135**	**14.485**
Temporal de inserción	4.969	459	-	-	-	-
Relevo	22.751	30.206	34.618	40.646	34.162	20.459
Jubilación parcial	21.232	27.354	29.445	36.884	36.518	27.787
Sustitución jubilación	1.697	1.608	1.978	2.045	2.120	2.220
Prácticas	85.577	90.461	81.017	62.793	43.289	47.536
Formación	120.584	117.654	109.407	78.986	61.527	59.047
Otros contratos	149.394	119.263	99.886	89.983	82.209	74.502
Total contratos iniciales	16.464.882	17.377.287	17.719.898	15.821.537	13.501.410	13.927.712
Contratos convertidos en indefinidos	700.083	1.149.485	902.210	779.700	520.427	489.438
Adscripciones en colaboración social	4.559	4.954	4.696	5.186	4.558	3.913
Total contratos	**17.169.524**	**18.531.726**	**18.626.804**	**16.606.423**	**14.026.395**	**14.421.063**

Fuente: Servicio Público de Empleo Estatal.

por 100 de contratos indefinidos que firmaron personas con discapacidad. La proporción de contratos indefinidos fue algo mayor en enero de 2008, cuando se sitúo en un 12,8 por 100 para la contratación general, y en el 34,6 por 100 para la contratación de personas con discapacidad (véase gráfico 2).

Para facilitar la integración laboral y superar las barreras de entrada al mercado laboral (gráfico 3), la Ley 13/1982 establece una serie de mecanismos como son los siguientes:

— Las empresas con más de cincuenta trabajadores deben contar con un 2 por 100 de los puestos de trabajo ocupados por personas discapacitadas.

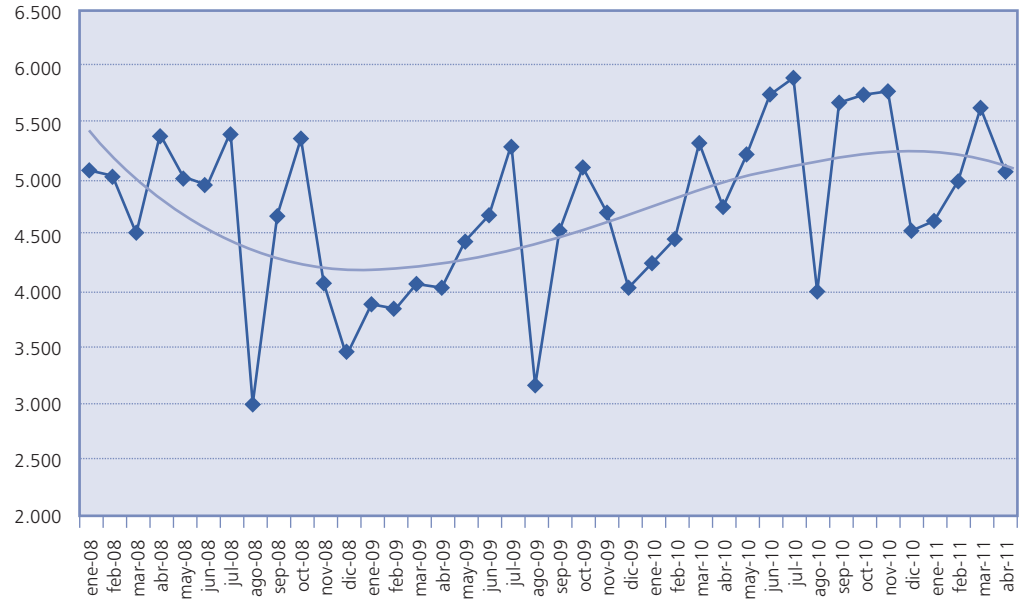
— La existencia de centros especiales de empleo en los que se ocupa a las personas que no cuentan con la capacidad mínima necesaria para poder emplearse en puestos ordinarios de trabajo (Real Decreto 2273/1985, de 4 de diciembre).

En este contexto, se ha de desechar la idea de que la discapacidad inhabilita totalmente al individuo para cualquier clase de trabajo, y debe hacerse un cierto esfuerzo para emparejar sus capacidades con las oportunidades del mercado laboral. Aumentar el número de personas con discapacidad en el mercado laboral puede suponer una buena manera de disminuir las presiones sobre la estabilidad financiera de la seguridad social y alcanzar la integración social de los individuos con limitaciones.

Según se aprecia en el cuadro n.º 4, la limitación de movilidad es la que agrupa el mayor número de personas empleadas, seguida de las limitaciones de tipo auditivo y de las dificultades en la vida doméstica. Por otro lado, las limitaciones de movilidad y de vida doméstica también son las mayoritarias en personas desempleadas, y en personas que reciben pensión contributiva de jubilación o incapacidad permanente, posiblemente porque sean las más comunes. Las limitaciones de movilidad en la vida doméstica y de autocuidado son las que más incapacitan para trabajar. Finalmente, las limitaciones que agrupan al mayor número de personas con discapacidad estudiando son la de movilidad, comunicación y vida doméstica; destacan en el otro extremo las que menor número de estudiantes agrupan, que son las limitaciones de visión y audición.

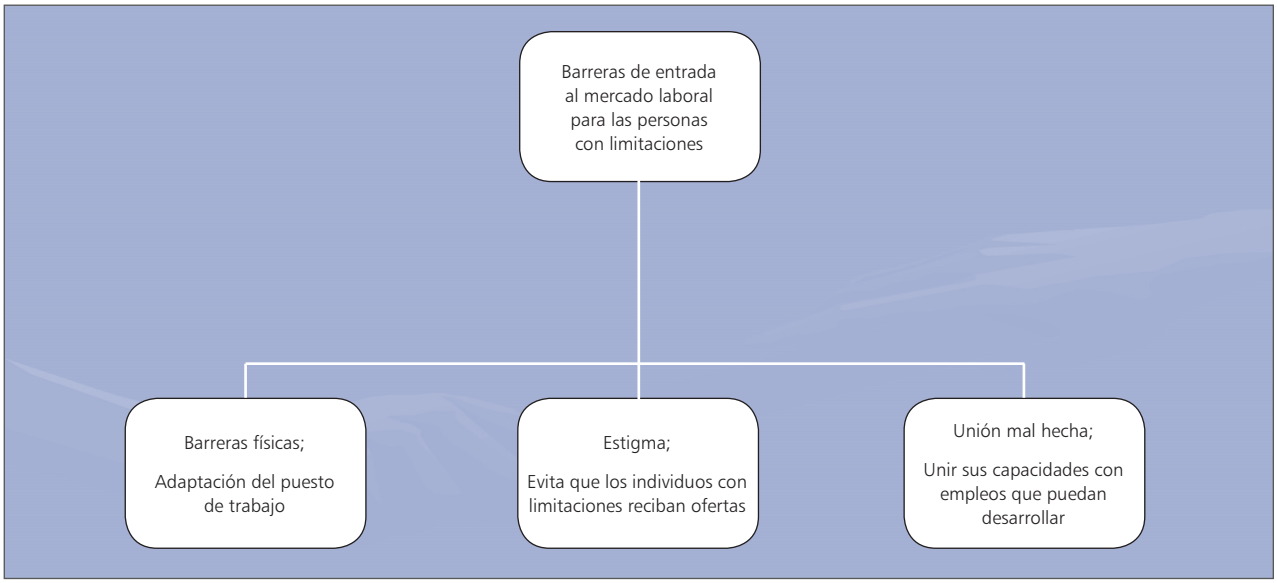
Las medidas de fomento del empleo por cuenta propia de las personas con discapacidad han sido transferidas a las comunidades autónomas, de forma que para conocer la existencia de posibles ayudas, es necesario acudir al departamento de empleo de la comunidad de residencia (5).

GRÁFICO 2
EVOLUCIÓN DEL NÚMERO DE CONTRATOS A PERSONAS CON DISCAPACIDAD. ESPAÑA. 2008-2011



Fuente: Servicio Público de Empleo Estatal. Observatorio Estatal de la Discapacidad.

GRÁFICO 3
BARRERAS DE ENTRADA AL MERCADO LABORAL DE LAS PERSONAS CON LIMITACIONES



Fuente: Elaboración propia.

CUADRO N.º 4

POBLACIÓN DE 16 A 64 AÑOS CON DISCAPACIDAD SEGÚN SU RELACIÓN CON LA ACTIVIDAD POR GRUPO DE DISCAPACIDAD Y SEXO
(Unidades: Miles de personas)

	Trabajando	*Desempleo*	*Percibiendo una pensión contributiva de jubilación o incapacidad permanente*	*Percibiendo otro tipo de pensión*	*Incapacitado para trabajar*	*Estudiando*	*Otras*
Total	419,3	106,8	451,1	157,2	87,2	33,9	226,7
Visión	97,0	21,4	82,6	25,9	13,1	5,2	50,2
Audición	124,7	18,0	71,7	19,3	8,0	5,9	43,8
Comunicación	32,9	12,6	76,0	54,0	33,4	14,1	24,8
Aprendizaje	17,9	10,8	67,8	52,6	33,1	12,3	23,2
Movilidad	195,1	60,8	319,9	108,3	63,6	14,8	140,3
Autocuidado	68,3	25,1	190,0	84,3	52,5	12,0	72,8
Vida doméstica	119,3	40,8	241,1	101,8	63,0	12,5	114,8
Interacciones y relaciones personales	31,2	20,0	90,4	62,7	39,6	10,3	25,9

Fuente: EDAD 2008, INE.

Según se observa en el cuadro n.º 5, la modalidad de contratación más frecuente en el año 2010 a personas con discapacidad fue la temporal (14.485 contratos) seguida de la contratación por obra o servicio y de la eventual por circunstancias de la producción. A la vista de los datos, se percibe la alta temporalidad en la contratación a las personas con discapacidad, al concentrar estas tres modalidades mencionadas el 57,88 por 100 del total de contratos.

Destaca la poca contratación de formación o en prácticas dentro del grupo de personas con discapacidad. Cataluña es la comunidad que más contratos de formación lleva a cabo, seguida de la Comunidad Valenciana. Por otro lado, destaca la elevada contratación eventual por circunstancias de la producción que se da en Asturias, siendo ésta la más elevada de España en el año 2010.

Recordemos en este punto que el objetivo de este trabajo consiste en mostrar la relación existente entre la dependencia (entendida aquí básicamente como discapacidad) y la temporalidad en el empleo. La temporalidad es una característica muy presente en el mercado de trabajo español, y principalmente entre los grupos en riesgo de exclusión, entre los que se encuentran las personas con discapacidad. Generalmente, se asocia el empleo temporal con inestabilidad y precariedad, también con beneficios menores (antigüedad y todo lo asociado a ella). Sin embargo, también debe evaluarse positivamente la flexibilidad que ofrece este tipo de empleo y, más en los tiempos que corren, pues proporciona a las personas con discapacidad una oportunidad para superar sus limitaciones y entrar en el mercado laboral y salir de él sin tanta rigidez.

V. METODOLOGÍA

El estudio empírico que se desarrolla a continuación ha tomado como base los microdatos del INE de la *Encuesta de discapacidades, autonomía personal y situaciones de dependencia* (EDAD) de 2008, en lo referente al cuestionario de discapacidades. Tal y como se explica en el apartado tercero, se restringe la muestra a los individuos con alguna limitación que se encontraban laboralmente en activo la semana de referencia de la encuesta, ya que el estudio que se pretende llevar a cabo se basa en la temporalidad en el empleo.

Se ha realizado un análisis descriptivo previo, y aquellas variables que se han seleccionado como explicativas han sido de tipo socio-económico, como el sexo de la persona con discapacidad, la edad, si declara que su salud en general es mala o muy mala, el nivel de estudios que ha completado, si recibe algún tipo de prestación económica a causa de su discapacidad o si trabaja en una pequeña o mediana empresa, o en una gran empresa.

Por otro lado, se incluyen en el estudio variables asociadas a la dependencia, es decir, a las propias limitaciones del individuo: si padece alguna enfermedad de tipo crónico, si tiene dificultades de comprensión o aprendizaje, si tiene una deficiencia visual o auditiva y,

CUADRO N.º 5

CONTRATACIONES A PERSONAS CON DISCAPACIDAD SEGÚN TIPO POR COMUNIDADES AUTÓNOMAS. AÑO 2010

Comunidades autónomas	*Total*	*Indefinido ordinario (bonificación/ no bonificación)*	*Indefinido fomento contratación indefinida*	*Personas con discapacidad*	*Obra o servicio*	*Eventual circunstancias de la producción*	*Interinidad*
Andalucía	11.912	227	841	1.055	2.042	1.895	2.138
Aragón	1.539	15	32	273	166	275	229
Asturias	4.549	10	86	358	732	2.094	765
Baleares	910	23	55	264	61	89	85
Canarias	1.912	10	36	298	255	200	349
Cantabria	954	37	7	106	61	297	247
Castilla-La Mancha	2.543	82	188	370	574	369	380
Castilla y León	3.640	48	113	376	958	674	363
Cataluña	8.249	74	239	1.324	1.108	804	874
Comunidad Valenciana	5.445	3	117	1.002	905	1.070	451
Extremadura	1.598	18	35	210	355	363	214
Galicia	3.023	32	147	481	414	481	254
Madrid	6.858	98	373	1.224	1.269	818	778
Murcia	1.608		14	377	81	91	278
Navarra	573	2	3	97	51	68	42
País Vasco	5.199	44	89	265	1.286	793	1.458
La Rioja	501	3	10	66	81	93	83
Ceuta	54	4	3	9	14	5	3
Melilla	59	2	3	30	2	4	1
Extranjero	2				1		1
TOTAL	**61.128**	**698**	**2.391**	**8.185**	**10.416**	**10.483**	**8.993**

Comunidades autónomas	*Temporal personas con discapacidad*	*Prácticas*	*Formación*	*Otros contratos*	*Convertible en indefinido*
Andalucía	2.794	1	17	5	897
Aragón	416	2	2	3	126
Asturias	334	1	23	1	146
Baleares	269		3	2	59
Canarias	614	1		2	148
Cantabria	164	7		4	65
Castilla-La Mancha	414		2	3	160
Castilla y León	806	1	3	13	286
Cataluña	2.615	5	257	20	933
Comunidad Valenciana	1.298		52	1	539
Extremadura	261		1	1	140
Galicia	915	2	13	17	268
Madrid	1.685		15	9	584
Murcia	610		3		154
Navarra	208			3	99
País Vasco	919		29	27	287
La Rioja	139				26
Ceuta	11		1		4
Melilla	13				4
Extranjero					
Total	**14.485**	**20**	**421**	**111**	**4.925**

Fuente: Servicio Público de Empleo Estatal.

finalmente, si padece una limitación mental o del uso del lenguaje.

En este análisis econométrico se estima un modelo *probit* según la probabilidad de que las personas con limitaciones que trabajan lo hagan con contrato temporal, con el fin de determinar de qué manera influyen las diferentes características antes descritas.

La estimación de los parámetros se realiza a partir del método de máxima verosimilitud, que sugiere que se elijan como estimadores los valores de los parámetros que maximicen el logaritmo de la función de verosimilitud (Maddala, 1996). El estimador de máxima verosimilitud tiene propiedades asintóticas deseables. Este estimador es consistente, asintóticamente normal y asintóticamente eficiente, de modo que se reafirma al tener una muestra grande (al menos 100 observaciones, como es nuestro caso) (Wooldrige, 2003).

La función logarítmica de verosimilitud para la observación *i* –ésima está dada por la expresión [1].

$$\lambda_i(\beta) = y_i \log (G (x_i\beta)) + (1 - y_i) \log(1 - G(x_i\beta)) \qquad [1]$$

Se trata de modelizar una variable índice, inobservable o latente, no limitada en su rango de variación, I_i^*. (Greene, 2011).

$$Y_i = \begin{cases} 1 \ \text{si} \ I^*_i > 0 \ \text{lo que ocurre cuando} \ X_i\beta + \varepsilon_i > 0 \\ 0 \ \text{si} \ I^*_i < 0 \ \text{lo que ocurre cuando} \ X_i\beta + \varepsilon_i > 0 \end{cases} \qquad [2]$$

Con el modelo así definido, la variable endógena del modelo dicotómico representa la probabilidad de ocurrencia del fenómeno analizado (desarrollar un empleo temporal), siendo la probabilidad de que ocurra la opción 1 más elevada cuando mayor sea el valor de I_i^*.

Una de las características de los modelos *probit* es que los coeficientes obtenidos tras su estimación sólo admiten una interpretación directa de tipo cualitativo. En otras palabras, indican si existe o no algún tipo de asociación entre los factores y la variable dependiente, así como su signo de asociación (positivo o negativo), pero no su magnitud. Sin embargo, a partir de los coeficientes estimados, es posible realizar una interpretación cuantitativa de los resultados obtenidos calculando o bien los denominados efectos medios o bien los efectos marginales (6).

Se espera así que el coeficiente relacionado con el SEXO (donde masculino es la referencia) tenga signo negativo, ya que la temporalidad afecta con más frecuencia a las mujeres que a los varones, tal y como indica la última información al respecto.

El coeficiente asociado a la EDAD en el caso de desarrollar empleo temporal podría resultar negativo, ya que son los individuos más jóvenes uno de los colectivos más afectados por ella, mientras que los adultos, al ser más mayores y contar con más experiencia y madurez laboral, es más probable que tengan más estabilidad en el mercado laboral y tengan un empleo indefinido. A fin de capturar correctamente este efecto se consideran cinco estratos de edad: EDAD1 (de 16 a 24 años), EDAD2 (de 25 a 34), EDAD3 (de 35 a 44), EDAD4 (de 45 a 54) y EDAD5 (referencia, de 55 a 64 años).

Asimismo, realizar regularmente una actividad física (ACTFISIC) es de esperar que reduzca la probabilidad de tener un empleo temporal, al reducir el absentismo laboral.

La variable de formación corresponde al nivel de educación más elevado obtenido al momento de realizar la encuesta. Los coeficientes de los niveles de formación evaluados (ESTUDIOS PRIMARIOS y ESTUDIOS SUPERIORES, dejando ESTUDIOS SECUNDARIOS de referencia) podrían mostrarse con signo negativo a medida que aumentase el nivel educativo, descendiendo así la probabilidad de tener un contrato temporal, pues se espera que los individuos con niveles educativos más altos sean contratados indefinidamente, dada su hipotética mayor productividad laboral.

En cuanto al coeficiente de la variable de percepción de PRESTACIONES, podríamos pensar en que apareciese con un signo negativo, ya que si reciben prestaciones por su incapacidad, y con ello unos ingresos mínimamente aceptables, podrían desistir de cualquier tipo de participación laboral. Del mismo modo, se puede intuir que a mayor ingreso por prestaciones, menor será la probabilidad de trabajar y de tener un trabajo temporal.

Trabajar en una gran empresa (250 o más trabajadores) puede afectar de manera positiva a la probabilidad de tener un empleo temporal, ya que este tipo de empresas tienen ayudas para contratar a personas con discapacidad en forma tanto de bonificaciones a la contratación como de incentivos fiscales.

Finalmente, las variables relativas al grado de dependencia y/o discapacidad, tales como la CRONICIDAD, las relativas a la COMPRENSIÓN Y APRENDIZAJE, VISIÓN

Y AUDICIÓN y las MENTALES y de LENGUAJE, es de suponer que tendrían efectos dispares en la probabilidad de tener un empleo temporal.

VI. RESULTADOS

Tal y como se señalaba anteriormente, en este estudio se estima la relación entre ciertas variables socioeconómicas y el grado de discapacidad con el trabajo temporal como una función de varias de esas características o las propias deficiencias.

El cuadro n.º 6 representa las estimaciones del modelo *probit* con las variables que verdaderamente hacen un aporte significativo al modelo. El valor del coeficiente para cada variable indica el aumento (signo positivo) o disminución (signo negativo) en la probabilidad de tener empleo cuando se presenta un cambio unitario en la variable. Además, se muestran los efectos marginales de la estimación del modelo *probit* de la probabilidad de tener un contrato temporal. Los efectos marginales se interpretan así en relación con la magnitud de probabilidad media de tener dicho contrato temporal. De entre todas las estimaciones realizadas, hemos elegido la que mejor representa al modelo, según el test del cociente de máxima verosimilitud, el criterio de información de Akaike y el porcentaje de casos bien clasificados (8).

Tal y como se muestra en dichos resultados, los varones tienen menor probabilidad que las mujeres de trabajar con contrato temporal (un 0,031 menos). Estos resultados son consistentes con los datos procedentes de distintos censos, encuestas y estudios ya existentes, los cuales muestran que las mujeres con discapacidad, como grupo, ocupan un estatus inferior en nuestra sociedad, encontrándose en una situación de enorme desventaja social, económica, educativa y profesional (Bayot, *et al.* 2009).

Los más jóvenes presentan una mayor probabilidad de tener empleos temporales que los mayores. Esta probabilidad se va reduciendo a medida que aumenta la edad; así, los individuos de entre 16 y 24 años (EDAD1) muestran una probabilidad de 0,764 puntos mayor de tener empleo temporal. Esto reafirma que la desaceleración económica que atraviesa España en la actualidad está afectando de forma más acusada a los jóvenes que al resto de los integrantes del mercado de trabajo.

La realización de actividad física con frecuencia (ACTFISIC) disminuye la probabilidad de tener un empleo temporal. Posiblemente, las personas con discapacidad que realizan actividades de tipo físico o deportivo son personas más extrovertidas y optimistas respecto a su salud, lo que propicia que sean productivas laboralmente y puedan tener un trabajo indefinido.

CUADRO N.º 6

ESTIMACIONES *PROBIT* INCLUYENDO LOS EFECTOS MARGINALES

Variable	*Coeficiente*	*Efecto marginal*
Características Sociodemográficas		
Sexo	-0,131**	-0,031
Edad 1	2,41***	0,764
Edad 2	1,326***	0,463
Edad 3	0,771***	0,219
Edad 4	0,364***	0,081
Actfisic	-0,091**	-0,021
Estudios Primarios	0,126**	0,030
Estudios Superiores	-0,234***	-0,052
Prestaciones	0,425***	0,119
Gran empresa	0,101	0,024
Grado de dependencia y/o discapacidad		
Cronicidad	-0,06	-0,0144
Comprension y aprendizaje	0,232*	0,061
Visión y audición	-0,076	-0,018
Mentales y lenguaje	0,042	0,010
Log. Max Verosimilitud	*-740,124*	

*** Significativo al nivel 1 por 100; ** Significativo al nivel 5 por 100 y * Significativo al nivel 10 por 100.
Fuente: Elaboración propia a partir de la EDAD (2008).

Asimismo, el hecho de que la persona tenga más educación (por ejemplo, ESTUDIOS SUPERIORES) reduce la probabilidad de tener un contrato temporal. La educación de la persona con cierto grado de discapacidad, como la de cualquier otra persona, se relaciona directamente con una mejor calidad de vida y, al igual que el empleo, supone el puente hacia el reconocimiento pleno de derechos ciudadanos.

La percepción de PRESTACIONES podría ser un incentivo desmotivador a la hora de trabajar, ya que el individuo percibe ingresos que reducirían la necesidad de un trabajo.

El tamaño de la empresa en la que trabaja el individuo con limitaciones puede resultar propicio para el trabajo, ya sea temporal o no. Se observa un signo positivo en el caso de grandes empresas (están obligados a tener un porcentaje de su plantilla para personas con discapacidad). Esto puede interpretarse como que la legislación vigente impone un cupo de plazas tanto en la Administración pública como en las grandes empresas, pero la PYME, invadida por los prejuicios, sigue pasando de puntillas por la integración, dando la espalda a las personas con discapacidad cada vez que se realiza un proceso de selección.

La probabilidad de desarrollar un trabajo temporal no se ve afectada en gran medida por la naturaleza específica de la limitación del individuo. Este resultado resulta interesante, ya que tener una enfermedad crónica o una deficiencia visual o auditiva influiría negativamente sobre la probabilidad de tener un empleo temporal. Sin embargo, tener cierto grado de discapacidad en comprensión y aprendizaje, así como las mentales o dificultades con el lenguaje, influiría en esta probabilidad aumentando su participación en el mercado laboral. No obstante, hemos de reseñar que estas deficiencias específicas no resultan especialmente significativas en el estudio.

VII. CONCLUSIONES

La mayoría de las personas con dependencia y discapacidades desea participar activamente en la sociedad y se encuentra perfectamente capaz de ello. Lo que falla realmente son las oportunidades que tiene, así como la formación y la ayuda necesarias en muchos casos de ciertas administraciones públicas.

La accesibilidad es la clave para entender las oportunidades y limitaciones que se plantean para las personas con discapacidad. En cuanto los obstáculos, están por un lado los físicos, relacionados con la falta de adaptación del entorno a las necesidades de la persona y, por otro, los mentales, que se relacionan con actitudes bien de la persona con discapacidad hacia el empleo, bien de la población general ante la integración laboral de las personas con discapacidad.

A modo de principales conclusiones de este trabajo, podemos citar básicamente dos. *Primera*, el empleo es uno de los elementos esenciales para el desarrollo de una vida personal y social normalizada, considerado también como un factor fundamental de inclusión social para personas con discapacidad y uno de los que más preocupan, tanto por la generación de ingresos como por las importantes repercusiones que conlleva en el ámbito personal y en la esfera social. Si bien es cierto que existe una gran escasez de empresas que contratan a personas de este colectivo, también es verdad que existe cierto temor por ellos mismos a presentarse a determinados puestos de trabajo, por considerar que no están lo suficientemente preparados o porque no cumplirán con el perfil deseado.

Segunda, las estimaciones presentadas en el apartado anterior muestran hallazgos interesantes y novedosos sobre los factores que influyen en la propensión de las personas con limitaciones a desarrollar empleos temporales, y proporcionan una llave de estudio para el diseño de políticas y programas que fomenten un empleo de calidad y atención a las personas con discapacidad. Resultaría así clave abordar la temporalidad en el empleo debida a la discriminación por razones de género, al hecho de que el individuo sea joven, a su menor grado educativo, a la falta de adaptabilidad de las PYME, en comparación con las grandes empresas, a la demanda de empleo del colectivo discapacitado o los efectos negativos de ciertas discapacidades específicas, como las relativas a dificultades en comprensión y aprendizaje, o las mentales, o problemas en el lenguaje al intentar expresarse.

NOTAS

(1) IGLESIAS (2003), DÁVILA (2006) y MALO (2007).

(2) KIDD *et al.* (2000) demuestran que las personas con limitaciones tienen unas diferencias importantes, en cuanto a salario y tasas de participación laboral, compradas con el resto de la población.

(3) Esta encuesta contiene información individual de hogares y centros donde se encuentran las personas con discapacidad en España. Es una macro-encuesta que contiene datos relativos a la propia discapacidad del individuo, a su relación con el mercado laboral, a su salud y demás variedad de características del hogar y de los centros.

(4) Aunque el número de personas con limitaciones ha aumentado, lo ha hecho en menor medida que el crecimiento poblacional, lo que hace

que finalmente se reduzca la tasa de discapacidad a este 8,5 por 100 mencionado.

(5) En un estudio llevado a cabo por la OCDE en el año 2003: *Transforming disability into ability: Policies to promote work and income security*, referido a veinte países, una de las conclusiones más preocupantes es que entre las personas que entran en el sistema de protección por discapacidad, muy pocas vuelven a tener empleo. Este hecho invita a investigar sus causas y a elaborar propuestas bien fundamentadas sobre vías de «activación» de las personas que tienen reconocida una discapacidad, pero que, a pesar de ello, están capacitadas (o pueden capacitarse) para desarrollar un empleo productivo.

(6) Se entiende por efecto marginal de una variable explicativa de un modelo cualquiera la variación experimentada por la variable explicada cuando la variable explicativa se incrementa en una unidad, es decir: la derivada de y_i con respecto de x_j.

(7) Trabajo temporal: se define como el trabajo desarrollado en un empleo no permanente, no indefinido (trabajo casual, estacional y otros tipos de contratos temporales).

(8) Se han estimado diversos modelos con distintas variables explicativas, omitiendo variables que no eran significativas, incluyendo alguna otra buscando mejores resultados o combinando las ya existentes. Los resultados muestran que los signos de los coeficientes estimados son los correctos y sus magnitudes razonables. En cuanto a la bondad de ajuste, se mide por el R^2 *de McFaden* → *pseudo-R*→ el cual representa el incremento en la verosimilitud que está explicado por las variables incluidas en el modelo. Hay un buen ajuste del modelo y existe una buena dependencia en términos del estadístico de cociente de verosimilitudes (LR), el estadístico chi-cuadrado. Además el estadístico ML es superior al valor de la chi-cuadrado al 5 por 100 de significancia con 18 grados de libertad; por lo tanto, se rechaza la hipótesis de heterocedasticidad. Resultados más detallados están a disposición del lector interesado.

BIBLIOGRAFÍA

ALBARRÁN, I., y ALONSO, P. (2009), «La población dependiente en España: estimación del número y coste global asociado», *Estudios de Economía Aplicada,* 36 (2): 127-163.

BAYOT, A.; MONDÉJAR, J., y VARGAS, M. (2009), *Una aproximación a la situación socio-laboral de la mujer discapacitada en Castilla-La Mancha. Ensayos sobre economía, discapacidad y empleo.* Delta Publicaciones, Madrid (29): 223-246.

BURCHARDT, H. (2000), *Tiempos de cambio: repensar América Latina*, Ediciones Boell 23, El Salvador: http://www.boell-latinoamerica.org/. (13).

CASADO, D. (2008), «Políticas públicas alternativas en el marco de la dependencia: un ejercicio de simulación para el caso español», *Hacienda Pública Española,* 186: 61-90.

CERMI (2001), Informe «Para la inclusión social, desde la discapacidad».

DÁVILA, C.D. (2006), «Discapacidad y género. Un estudio de participación en el mercado de trabajo español», *Moneda y Crédito,* 223:127-158.

GREENE, W. (2011), *Econometric Analysis,* Prentice Hall, New Jersey, primera edición (21).

IGLESIAS, M. (2003), «Mujeres y discapacidad: la doble discriminación», *Emakunde*, n.º 50: 6-39.

IMSERSO (2005), *Libro Blanco de la Dependencia,* tomos I y II, Madrid, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (2).

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA (2008), *Encuesta de discapacidades, autonomía personal y situaciones de dependencia.* Resultados detallados, Madrid.

— (Varios años), *Encuesta de población activa*.

JIMÉNEZ LARA, A. (1998), «Jóvenes con discapacidad. Características y necesidades», en *Estudios de Juventud*, n.º 43.

KIDD, M.; SLOANE, P., y FERKO, I. (2000), «Disability and the labour market: an analysis of British males», *Journal of Health Economics,* Elsevier, volumen 19. (6): 961-981.

LIVERMORE, G.; STAPLETON, D., y WITTENBURG, D. (2000), «The economics of policies and programs affecting the employment of people with disabilities», http://www.ilr.cornell.edu/RRTC/papers.html.

LÓPEZ CASASNOVAS, G. (2009), «Una visión de futuro de las políticas de salud», *Gaceta Sanitaria,* 23(5): 458-461.

LOPREST, P.; KALMAN, R., y STEVEN, H. (1995), «Gender, disabilities, and employment in the Health and Retirement Study», *Journal of Human Resources*, vol. 30: 293-318.

MADDALA, G.S. (1996), *Introducción a la Econometría,* Ed.McGraw-Hill (21).

MALO, M.A. (2004), «Cómo afectan las discapacidades a la probabilidad de ser activo en España. Un análisis empírico con datos de la Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud de 1999», *Cuadernos de Economía,* vol. 27 (5): 75-108.

— (2007), «La definición de la discapacidad en la investigación económica: Una reflexión necesaria sobre qué características debería cumplir», *Estudios de Economía Aplicada*, vol. 25-2: 407-428.

MALO, M.A., y PAGÁN, R. (2009), «Job satisfaction and disability: Lower expectations about jobs or a matter of health», *Spanish Economic Review*, 11. (5): 51-74.

MONTSERRAT, J. (2003), «El coste de la dependencia», *Revista de Gerontología,* 13(3): 194-200.

OBSERVATORIO ESTATAL DE LA DISCAPACIDAD (2011), «Informe estadístico sobre contratación a personas con discapacidad».

OCDE (2003), «Transforming disability into ability: Policies to promote work and income security».

RAMOS, F. (2002), «Perspectivas del envejecimiento en las personas con discapacidad intelectual», *Inclusión socio-laboral y envejecimiento en las personas con discapacidad intelectual,* A Coruña, Instituto Gallego de Iniciativas Sociales y Sanitarias: 220-244.

VILAPLANA, C. (2010), «Estimación de la dependencia en España a partir de la EDAD (2008)», *Hacienda Pública Española,* 194: 125-175.

WOOLDRIDGE, J. (2003), *Introducción a la Econometría,* segunda edición, Thomson (21), capítulos 13 y 14.

COLABORACIONES

II.
LA EXPERIENCIA INTERNACIONAL

ALIANZAS PÚBLICO-PRIVADAS EN LA FINANCIACIÓN DE LA DEPENDENCIA EN EUROPA

Joan COSTA FONT

London School of Economics and Political Science (LSE)

Resumen

En este artículo se argumenta que el aseguramiento de la dependencia está potencialmente afectado por un doble efecto expulsión: un «efecto expulsión público», en aquellos países en los que la cobertura estatal de la dependencia es amplia o se halla en crecimiento, y un «efecto expulsión social», en aquellos países en los que la sociedad, y especialmente la familia, asume el protagonismo en la atención a la dependencia, contando eventualmente con instrumentos específicos de financiación (auto-seguro). El doble efecto, junto con la existencia de problemas de asimetría de información sobre el riesgo de la dependencia, podría explicar el limitado desarrollo de este mercado asegurador. Las «alianzas público-privadas» pueden promover la complementariedad de los mecanismos de mercado y la cobertura pública, mientras que las «alianzas sociales» entre el Estado y las familias pueden integrar en la cobertura pública de la dependencia las normas sociales que orientan la atención informal.

Palabras clave: seguro de dependencia, alianzas público-privadas, efecto expulsión público, efecto expulsión social.

Abstract

This article argues that long term care insurance is potentially affected by a double crowding out effect: a «public crowding out effect» in those countries in which public coverage is wide or growing; and a «social crowding out effect» in those coutries in which society, and particularly the family, adopts a fundamental role in long-term care. This double effect, together with the existence of problems of information asymmetry, may explain the limited development of this dependency insurance market. The public-private partnerships may further the complementarity of market mechanisms and public coverage, whereas social partnerships between the state and the families may crowd in social norms which generally apply to informal care.

Key words: long term care insurance, public-private partnerships, public coverage out effect, social crowding out effect.

JEL classification: I18, H0, Z10.

I. INTRODUCCIÓN

EUROPA se enfrenta a un envejecimiento de la población rápido y, hasta cierto punto, inesperado. Estamos evidenciando un incremento sin precedentes de la esperanza de vida, lo que es, sin lugar a dudas, un gran logro económico (Breyer *et al.*, 2010), aun cuando también representa un gran desafío tanto para la sociedad en general como para la sostenibilidad financiera de los estados del bienestar (Costa Font, Wittenberg *et al.*, 2008; Costa Font y Patxot, 2004).

Salvo que se produzca una sustancial compresión de la morbilidad (probabilidad de dependencia), una parte muy importante de nuestro tiempo vital lo viviremos con algún grado de dependencia; es decir, careciendo de la plena movilidad y de la autonomía necesaria en las actividades básicas de la vida diaria (por ejemplo, levantarse, asearse, etc.), y con los efectos obvios sobre la necesidad de recibir atención de una tercera persona. En consecuencia, es presumible una mayor demanda de servicios de atención personal al mayor dependiente (en la literatura anglosajona, *long term care*), lo que, a su vez, trae consigo la necesidad de revisar los mecanismos existentes de financiación pública, así como el papel que el mercado y la sociedad deben tomar en un contexto de austeridad en las cuentas públicas. Esta última cuestión motiva el desarrollo del presente artículo.

En el mundo occidental es posible distinguir entre:

a) sistemas de financiación universal, como los que prevalecen en Alemania o en Japón, donde toda persona con un determinado nivel de dependencia está cubierta por un seguro financiado públicamente, o como en Dinamarca y Suecia, países en los que la financiación se realiza a través de programas ofrecidos por las corporaciones locales, y

b) sistemas en los que se requiere, adicionalmente, una comprobación o prueba de medios económicos (*means test*) para obtener prestaciones, que son financiadas mediante impuestos (como es el caso del programa *Medicaid* en Estados Unidos).

No obstante, la mayoría de países presentan otras opciones, que pueden catalogarse como *c)* sistemas híbridos, como es el caso de Francia o España, en los que la cobertura se define como «universal», si bien no existe un contrato explícito, y no incluye todas las contingencias o requiere de una elevada participación en el coste del servicio, dependiendo del nivel de renta del beneficiario.

Un segundo proceso, paralelo al del envejecimiento demográfico, y que tiene consecuencias sobre la demanda de servicios de atención a la dependencia, es el de redefinición del modelo de familia. Ese proceso implica la reinterpretación

y modificación de los contratos intergeneracionales preexistentes que presuponían la oferta informal de cuidados en el seno de la familia, de acuerdo con la cultura de cada país (Costa Font, 2010). El fenómeno adquiere importancia porque, a diferencia de lo que ocurre con los servicios sanitarios o educativos, los servicios de atención a la dependencia pueden ser prestados «informalmente», lo que da lugar a un cierto nivel de sustitución o complementariedad entre prestaciones asistenciales, ya sea en la vivienda del dependiente o de un familiar, o en las instituciones de día o en centros residenciales. No obstante, la elección de un servicio u otro depende, en gran parte, de la aplicación de las normas sociales prevalentes en cada sociedad (Costa Font, 2010).

Cabe apuntar una cierta regularidad entre las restricciones institucionales propias del modelo de familia y la cobertura aseguradora. En efecto, en aquellas sociedades en las que la familia es considerada una institución central para la provisión informal de servicios personales, la financiación pública tiende a ser ofrecida a través de subsidios monetarios (por ejemplo, *indennità di accompagnamento,* en Italia), o por vía de desgravaciones fiscales (algo menos transparentes), ya que ello supuestamente da mayor capacidad de elección al individuo para escoger el cuidador más adecuado en función de sus preferencias y las de su ámbito familiar. De forma análoga, aquellas sociedades en las que el Estado es percibido como el agente garante de la autonomía personal (por ejemplo, la sueca y la danesa) tienden a ofrecer prestaciones públicas en especie, es decir, agencias públicas o, en su caso, financiadas públicamente que contratan directamente a cuidadores, o bien canalizan la demanda de servicios de cuidado hacia plazas residenciales o centros de día, con mecanismos diversos de participación en el coste, ya sea vía copagos, coseguros o mediante franquicias, como mecanismos de moderadores de la demanda (1).

Dado el dinamismo de las sociedades y los cambios de los modelos familiares, cabe esperar que reformas que comporten un nuevo papel de los agentes familiares tengan un efecto sobre los servicios personales de atención al dependiente. Aquellas reformas asociadas a la plena integración femenina en el mundo laboral y la desregulación de los mercados laborales tienen un sustancial efecto sobre la disponibilidad de cuidadores en el seno familiar, lo que conllevaría una menor capacidad de absorber informalmente la creciente demanda de cuidados. En consecuencia, cabe esperar una mayor demanda de servicios formales, principalmente canalizada basándose en las demandas políticas de reforma de los estados del bienestar y, en su ausencia, incentivos a la expansión de la oferta de prestaciones a través de mecanismos de mercado cuando tales estados carecen de mecanismos de expansión de la cartera de prestaciones.

La dependencia se distingue de otras contingencias, tales como los riesgos sanitarios y de sustitución de rentas (que justifican los sistemas de pensiones) por su menor nivel de cobertura pública y privada, y por un lento desarrollo de su cobertura en Europa (Costa Font y Courbage, 2011), que acompaña a un desarrollo aún más lento del mercado de seguros privados, incluso en aquellos países con una amplia tradición de compra en el mercado voluntario (2).

En este artículo se desarrolla una explicación de la paradoja resultante de la existencia simultánea de una creciente demanda de servicios de atención a la dependencia y un limitado desarrollo de la cobertura de la misma. Esta paradoja se explica en virtud de la interacción de los mecanismos públicos, sociales y privados de aseguramiento, y los efectos expulsión que provoca. Se examinan las diferentes razones por las que el mercado de aseguramiento de la dependencia es limitado, centrando la atención en el «efecto expulsión público» y en el «efecto expulsión social» como posibles causas. Asimismo, se plantean diferentes propuestas de alianza público privadas (*public–private partnerships*) cuyo objetivo es la reducción de los efectos no deseados, asociados a la falta de colaboración entre Estado, sociedad y mercado en la cobertura de los riesgos de dependencia.

En el siguiente apartado se exponen algunas evidencias sobre el argumento central del artículo. En concreto, se examina el papel del sector público en lo que se refiere al volumen de gastos asociados a la dependencia. A continuación se hace referencia a las limitaciones para el desarrollo de sistemas de financiación privada de la dependencia. En esta línea de trabajo, se proponen diferentes mecanismos de cooperación entre el sector público y el privado, y se ofrecen algunas propuestas respecto a formas de institucionalizar y hacer más explícita la cooperación entre el mercado, el Estado y la sociedad para mejorar la cobertura de la dependencia.

II. INTERVENCIÓN PÚBLICA EN ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA EN EUROPA

La combinación entre diferentes opciones de financiación pública o/y privada de la dependencia es el resultado de procesos de cam-

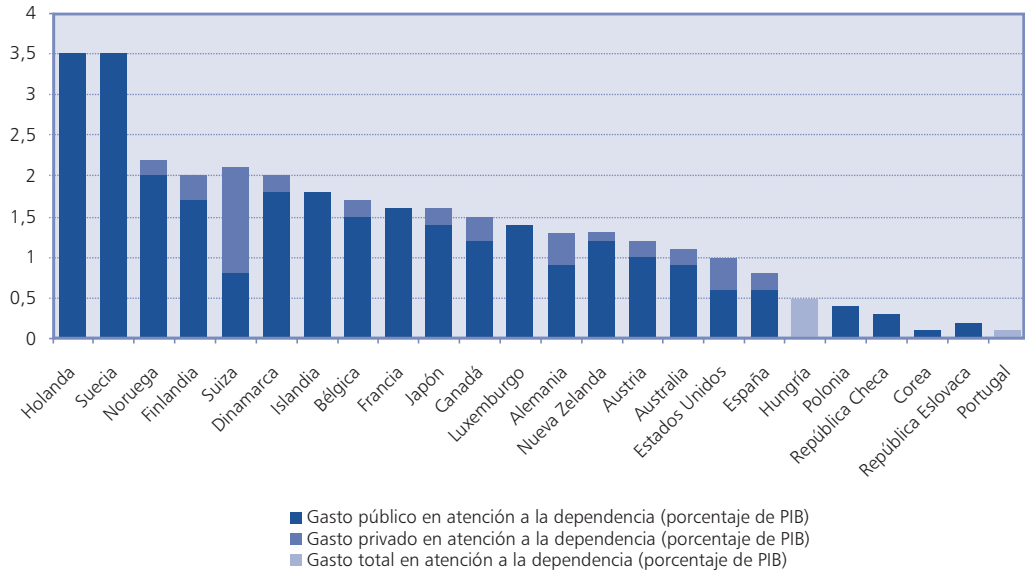
bio institucional que no solamente determinan los límites del modelo de financiación, sino también inhiben la posibilidad de su reforma. Es cierto que en casi todos los países europeos existe, más o menos explícitamente, una cobertura pública básica, ya sea universal o residual. Ello responde a *criterios de eficiencia*, ya que la centralización de la gestión de riesgos permite aprovechar economías de escala y alcance, a base de ampliar el *pool* de riesgos y reducir los costes de administración y transacción.

Por otra parte, hay *razones de equidad* que justifican una cobertura básica pública ante el potencial efecto catastrófico que los gastos asociados a la dependencia pueden tener en personas mayores con menos recursos. El reducido peso del sector privado es consecuencia, en ocasiones, del espacio ocupado por la financiación pública y, en este sentido, se puede llegar a hablar de la posibilidad de un efecto expulsión del aseguramiento privado por parte de la cobertura pública en aquellos países en los que esta segunda está más desarrollada. No obstante, la evidencia sobre la existencia de un efecto expulsión es escasa y poco robusta (Costa Font, 2010).

Además de la complejidad de las fuentes de financiación, cabe mencionar que la estimación de las partidas de gastos es normalmente tanto o más complicada de analizar. La OCDE ofrece algunas estimaciones. De dicha información se extrae el gráfico 1, que presenta la proporción del gasto público y privado en atención a la dependencia como porcentaje del PIB. Es interesante hacer notar que el gasto en atención a la dependencia varía significativamente entre países. En dicho gráfico se muestra un papel relativamente más relevante del sector privado en países como Alemania y Suiza, donde el sistema se basa, en buena medida, en prestaciones monetarias y en aseguramiento privado. El peso del sector privado adquiere, en líneas generales, una presencia reducida en el ámbito europeo. En el caso de Estados Unidos, el programa *Medicaid* está diseñado para ofrecer atención sanitaria a la población con menores recursos, y resulta ser la principal fuente de financiación pública.

El gráfico 1 no recoge información cuantificada sobre el valor de la atención informal no remunerada, aunque su importancia es obvia. Incluso en países en los que los mecanismos de mercado se encuentran ampliamente desarrollados, como es el caso de Estados Unidos, la atención informal sigue siendo el principal mecanismo de atención a la dependencia. Este tipo de atención no remunerada, por lo general inadecuadamente cuantificada, contribuye a explicar

GRÁFICO 1
GASTO TOTAL, GASTO PÚBLICO Y GASTO PRIVADO EN ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA COMO PORCENTAJE DEL PIB (2007)



Fuente: OECD, 2010.

las pautas de gasto: así, en aquellas sociedades menos «familiaristas» el gasto en dependencia es mayor (Costa Font, 2010). El ajuste por esta magnitud es fundamental, tal como se muestra en el gráfico 2. Aquellos países con menor gasto en dependencia en relación con el PIB presentan mayor apoyo a través de opciones de atención informal. Si bien la causalidad de la relación no queda explícita, la información aportada por este gráfico sí resulta indicativa de un potencial efecto expulsión familiar o social (*family crowding-out* en la literatura anglosajona).

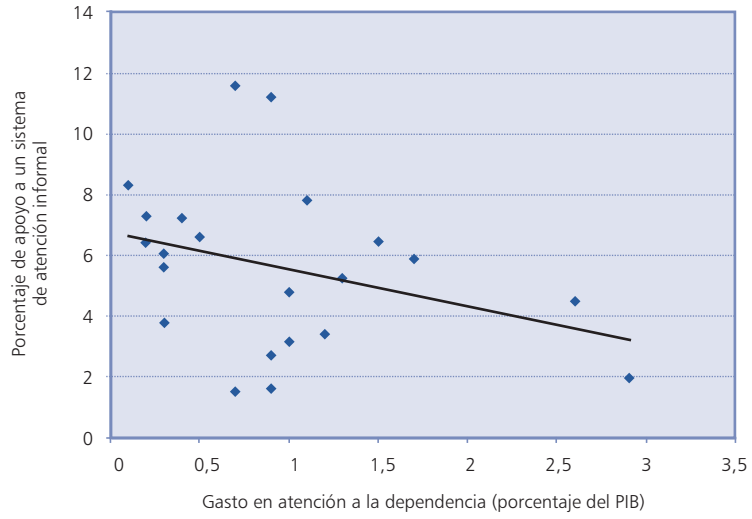
Otro factor explicativo del mayor gasto, y en especial del gasto público en dependencia, es atribuido al modelo de financiación pública. En este sentido, cabe establecer otra forma de clasificar los sistemas de financiación pública:

—*Sistemas financiados con cargo a impuestos específicos o contribuciones obligatorias*, con un derecho explícito a los servicios universalmente disponibles, con independencia de la riqueza de la persona dependiente (por ejemplo, en Austria, Suecia, Francia), o un derecho asociado al pago de contribuciones sociales (por ejemplo, en Alemania, Luxemburgo y Holanda). En general, las contribuciones obligatorias se recaudan, respecto al mínimo, de los empleados y empleadores, y el beneficiario tiene derechos explícitos sobre la base de objetivos aplicados a escala nacional en función de su necesidad, medida en términos de actividades de la vida diaria (AVD).

—*Sistemas financiados por impuestos generales*, cuyo acceso se condiciona a una evaluación de las necesidades particulares del individuo, incluyendo su posibilidad de contar con cuidados informales y también pruebas de medios económicos (por ejemplo, en Inglaterra, Escocia y España). El nivel de discapacidad a partir del cual se ofrecen servicios y la cantidad de los servicios prestados se hace depender de la disponibilidad de recursos. Una agencia gubernamental lleva a cabo la evaluación y establece las condiciones de acceso, siguiendo un modelo más o menos descentralizado y que prevé la participación del usuario en el coste. Las pruebas de medios pueden ser exhaustivas e involucrar copagos elevados (así, por ejemplo, en Inglaterra), o tan sólo tener en cuenta algunas circunstancias y establecer copagos muy reducidos, básicamente para cubrir los gastos de hospedaje (como se hace, por ejemplo, en Escocia). En el caso español, la Ley de Dependencia prevé que un 33 por 100 de los gastos asociados a la dependencia se asuman por el usuario, y la aportación autonómica tiene en cuenta la capacidad económica del usuario. Es decir, la contribución pública (autonómica y estatal) es inferior al 100 por 100 del coste en cualesquiera de los escenarios en que la prestación sea recibida por la persona en situación de dependencia, ya sea en especie o dineraria, salvo en casos muy excepcionales.

GRÁFICO 2

RELACIÓN ENTRE EL APOYO DE LA SOCIEDAD A LA ATENCIÓN INFORMAL Y EL GASTO EN ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA



Fuente: Eurobarómetro, 2007, y OECD, 2007.

III. LIMITACIONES DEL ASEGURAMIENTO PRIVADO DE LA DEPENDENCIA

Para comprender el reducido peso de la financiación privada de la dependencia, en este apartado se exponen algunas características del riesgo cubierto y propuestas para desarrollar mecanismos de financiación privada.

1. El riesgo de dependencia: estimación y demanda

El riesgo de dependencia es, por sus características objetivas, netamente asegurable, ya que se

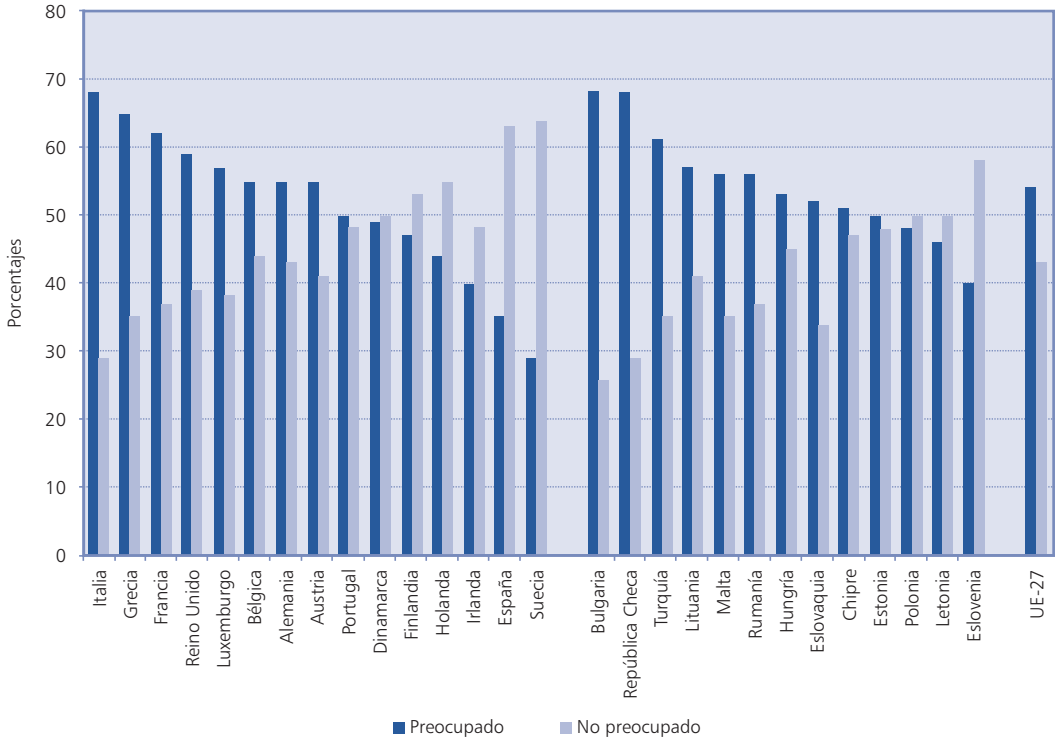
trata de una contingencia independiente, con una probabilidad estimable de manera suficientemente precisa. No obstante, se observa de forma generalizada en los países de la OCDE una cierta falta de desarrollo del mercado de seguros privados de dependencia, lo cual puede obedecer a varias razones, incluyendo la existencias de sesgos cognitivos en la apreciación del riesgo, que van desde problemas de percepción del riesgo (Costa Font y Font Vilalta, 2009) hasta problemas de preferencia temporal positiva, elevada incertidumbre en el ámbito de los costes de la atención y una defectuosa comprensión de la cobertura pública.

Por otro lado, la falta de incentivos que tienen individuos no dependientes para plantearse un escenario (no agradable) de dependencia propia en edades avanzadas explica la baja suscripción de contratos de seguro orientados a este fin. La evidencia sugiere que los individuos que se hacen algún planteamiento al respecto tienden a ser optimistas (Costa Font y Costa Font, 2011) y a sobreestimar los eventos asociados a una baja probabilidad de pérdida de autonomía (Kunreuther, 1978). También se observa una elevada variación en el grado de preocupación ante la posibilidad de convertirse en dependiente y precisar atención de terceras personas (gráfico 3), que no parece relacionada con la existencia de un sistema específico de financiación.

En general, el seguro privado de dependencia se percibe como una opción muy cara y sensible al precio (Costa Font y Rovira, 2008), lo que hasta cierto punto responde a una falta de información sobre los productos disponibles (Kunreuther, 1978). Ello puede plantearse en el sentido de que, si la información es un bien de lujo, la conveniencia de cobertura para este tipo de contingencias se comprenda mejor por aquellas personas con mayor nivel de educación y, generalmente, mayores recursos económicos. En efecto, en Estados Unidos un 20 por 100 de los individuos más ricos, con edades entre 70 y 80 años, tienen seguro de dependencia (Brown y Finkelstein, 2009). En España, se observa que las actitudes acerca de la cobertura de esta contigencia dependen sustancialmente del nivel de renta relativa de los individuos (Costa Font, García y Font, 2008).

GRÁFICO 3

PREOCUPACIÓN ANTE LA IDEA DE «SER DEPENDIENTE DE LA ATENCIÓN DE TERCERAS PERSONAS»



Fuente: Eurobarómetro, 2007.

Otra explicación adicional al escaso desarrollo de la cobertura privada de dependencia incluye los fenómenos de riesgo moral (el consumo excesivo de servicios de atención alentado por el seguro) y de selección adversa (sobrerrepresentación de los malos riesgos entre la población asegurada). No obstante, no todas las limitaciones se encuentran del lado de la demanda, dado que existen restricciones de oferta que incluyen tanto ineficiencias en el establecimiento de un precio eficiente como problemas de selección de riesgos (Brown y Finkelstein, 2007).

Finalmente, tal como se expone en los siguientes apartados, cabe identificar efectos de *expulsión pública y social*. Por ejemplo, en países como Alemania, donde existe un seguro privado sustitutivo para individuos con elevado poder económico, más del 90 por 100 de la población está ubicada por ley en el ámbito de la cobertura pública, lo que deja poco espacio para el desarrollo de instrumentos privados.

Por otro lado, también se han enunciado factores intergeneracionales para explicar la demanda de seguros de dependencia (Pauly, 1990). El deseo de garantizar la herencia de los hijos parece ser un motivo suficientemente importante para promover el seguro de dependencia; por otra parte, la preferencia del mayor dependiente por recibir atención prestada por familiares puede dar lugar a una forma de azar moral intrafamiliar (Zweifel y Struwe, 1996).

2. Propuestas para desarrollar el mercado de seguros privados

Para abordar las razones del desarrollo relativamente escaso del mercado en la cobertura de la dependencia cabe exponer, aunque sea brevemente, algunas propuestas que se encuentran sobre la mesa en diversos países; entre ellas, el establecimiento de seguros de prepago, la asociación de seguros de dependencia con planes de pensiones, la combinación de seguro de dependencia y seguros de vida, y la utilización de la vivienda, vía préstamos hipotecarios.

Con el fin de evitar algunos problemas de miopía ya enunciados, que inhiben la suscripción de un seguro en edades tempranas, se han desarrollado en el Reino Unido los denominados *seguros de prepago*. Estos seguros se basan en que el asegurado efectúa el pago de una cantidad monetaria antes de ser dependiente a cambio de una cantidad predeterminada anual indexada si la contingencia de la dependencia se produce. El tomador del seguro debe asumir cualquier diferencia entre la cobertura del seguro y el coste real de la atención a largo plazo. Normalmente, la compañía de seguros tiene el derecho de revisar las primas en fecha posterior a la suscripción. En el caso específico del Reino Unido, este tipo de productos no han tenido éxito.

También se ha barajado la opción de *instrumentos basados en planes de ahorro y planes de pensiones*. Esta opción consiste en el compromiso asumido por personas que pagan por su cuidado, a cargo de una cuenta de ahorro específica acumulada en algún periodo de su vida, durante su vida laboral. En tal caso, el Estado podría contribuir financieramente a esta cuenta, entre otras formas, a través de una rebaja de impuestos. La idea reside en que la cantidad de ahorros crezca de tal modo que sea suficiente para cubrir costes en una fase de la vida en que dicha atención pase de probable a necesaria. En este sentido se presentó la propuesta de la Asociación Británica de Actuarios, que incorporaba una desgravación fiscal condicionada a que se utilizase para adquirir un seguro de dependencia asociado al plan de pensiones. Este modelo sería una opción en todos aquellos países, como España, donde ya se incentiva fiscalmente la compra de planes privados de pensiones. El principal inconveniente del modelo reside en que está sujeto a una decisión de carácter individual, a menudo carente de la información deseable, a menos que esta opción fuera generalizada como la opción común o suscrita por defecto.

Otra posibilidad reside en la *combinación de un seguro de dependencia y de vida*. Combinar ambos productos en uno solo se justifica en virtud de que los riesgos se compensan entre sí, dado que aquellas personas con una mayor esperanza de vida y menor discapacidad ejercerán mayor demanda de un seguro de vida, lo que contrarrestaría la mayor demanda de aquellas personas con mayor riesgo de discapacidad. En términos generales, la combinación de ambos riesgos en un solo producto tiene dos ventajas. En primer lugar, reduce el fenómeno de selección adversa en el mercado de seguros de vida, ya que las personas dependientes no serán suficientemente longevas para poder ser tenidas en cuenta en periodos a largo plazo (Costa Font y Courbage, 2011). En segundo lugar, la selección de riesgos se minimiza, ya que filtraría a aquellos individuos que podrían beneficiarse de forma inmediata de pagos derivados del seguro. En un estudio reciente de Murtaugh *et al.* (2001) se muestra cómo la combinación de ambos seguros reduciría el coste de aseguramiento de ambas contingencias por separado y, a su vez, resultarían

más accesibles a los compradores potenciales.

Entre las opciones también contempladas en este ámbito hay que contar con la *vinculación de la financiación de la dependencia a la propiedad de una vivienda*. Responde a una forma de autoseguro con algunas ventajas específicas, dada la dificultad de estimar con cierto grado de certeza la probabilidad de dependencia. La aceptación de esta fórmula varía también considerablemente entre las sociedades europeas, como se aprecia en el gráfico 4. Varios países, especialmente aquellos en los que una gran proporción de ancianos son propietarios de los inmuebles en que residen, están considerando la propiedad de vivienda para financiar parte de los gastos por dependencia (Costa Font *et al*., 2009). La financiación de la dependencia a través de la propiedad es posible mediante esquemas de préstamos hipotecarios para uso doméstico (hipotecas inversas). Una hipoteca inversa es un préstamo garantizado sobre el valor de una propiedad que permite hacer líquidos los activos inmobiliarios, sin ningún tipo de transferencia de la propiedad. Estos sistemas existen en la mayoría de los países, pero se hallan sólo un poco desarrollados en el Reino Unido y los Estados Unidos. Sin embargo, el mercado de hipotecas inversas se ha visto frenado debido, en parte, a la incertidumbre que rodea a los precios de la vivienda y, en algunos países, también a un cierto nivel de resistencia de los consumidores, que esperan legar su propiedad de vivienda a sus hijos (Costa Font *et al.*, 2010).

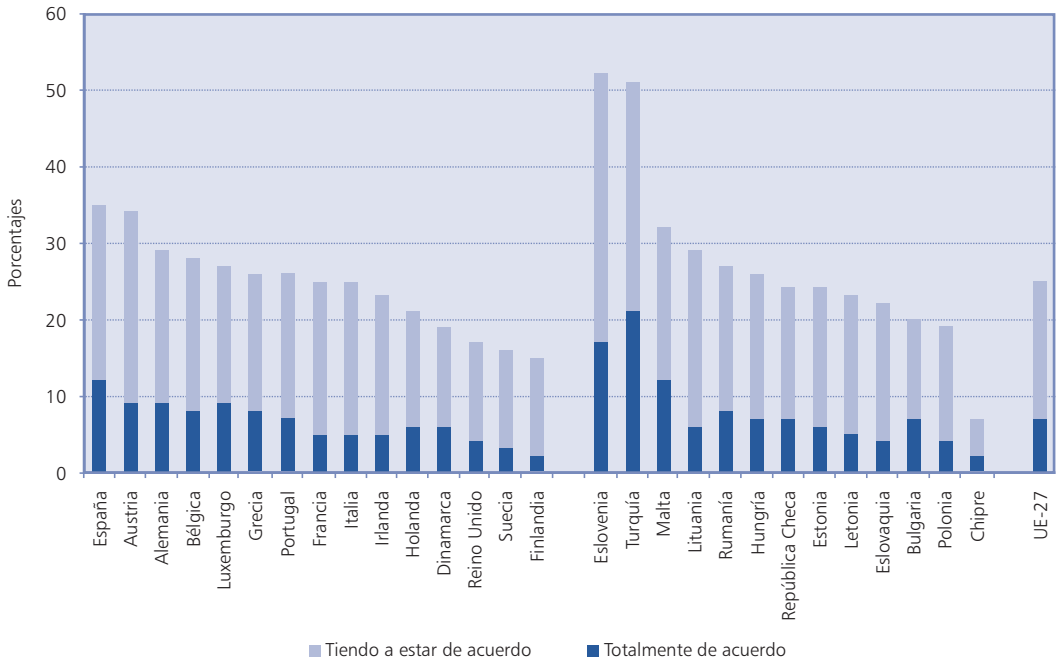
IV. INTERACCIÓN MERCADO-ESTADO-SOCIEDAD

1. Interacción Estado-mercado

Tal como se ha indicado anteriormente, la coexistencia entre sistemas de seguro público y seguro privado puede dar lugar a un efecto expulsión (Pauly, 1990). Este fenómeno, de existir, ofrecería una explicación al lento desarrollo de asegurados. Supondría básicamente que la financiación pública de la dependencia inhibe la actuación de los mecanismos de mercado. En tal caso, una parte de la población no compraría un seguro privado, esperando que la financiación pública le cubriera su necesidad de servicios cuando ésta se produjera. Un ejemplo clásico

GRÁFICO 4

GRADO DE ACUERDO CON LA IDEA DE QUE, EN CASO DE QUE UNA PERSONA SEA DEPENDIENTE Y NO PUEDA PAGAR CON SU RENTA LOS GASTOS ASOCIADOS A LA DEPENDENCIA, SU VIVIENDA DEBERÍA SER VENDIDA O UTILIZADA PARA EL PAGO DE ESTA PRESTACIÓN



Fuente: Eurobarómetro, 2007.

a este respecto sería el de Estados Unidos y, en particular, el programa *Medicaid*. Debe tenerse en cuenta que éste es un programa de aseguramiento sanitario financiado conjuntamente por fondos federales y estatales, y administrado por los estados de la Unión. Fue pensado originalmente para atender a ciudadanos con escasos recursos. Sin embargo, alrededor de un tercio del presupuesto de *Medicaid* se dedica a cubrir gastos por dependencia. Si bien la cobertura de este programa está sujeta a prueba de medios económicos, existen incentivos para rebajar la riqueza individual con el fin de superar la prueba de medios y obtener así cobertura pública. Con ello se reduce la probabilidad de que la población compre un seguro privado, salvo que, tal como se explica en los apartados siguientes, se planteen opciones de alianzas público-privadas en evitación de efectos no deseados de la cobertura pública.

Para abordar estas cuestiones, el Congreso de Estados Unidos aprobó en febrero de 2006 una normativa que despejaba el camino para la ampliación de las citadas alianzas, contemplando la posibilidad de suscribir seguros privados de dependencia en coordinación con la condición de acceso a la cobertura pública a través de *Medicaid*. De esta manera, se posibilita la suscripción de pólizas de seguro privado con la certeza de que *Medicaid* cubrirá los gastos no cubiertos por la cobertura privada. Conforme a este nuevo marco legal, las personas con seguro privado de dependencia carecen de incentivos para trasladar o rebajar sus recursos económicos restantes con el objetivo de acceder al programa *Medicaid* y, a su vez, se reducen los costes del programa a largo plazo.

2. Interacción sociedad-Estado-mercado

De una forma análoga, la falta de integración de la «atención informal de la dependencia» en el marco de un sistema de seguro público-privado comporta un «efecto expulsión familiar» (o social) (Costa Font, 2010). Con anterioridad al desarrollo de los estados del bienestar europeos, la familia desempeñaba en todos los países del área un papel central en la provisión de cuidados de forma integrada. Sin embargo, si bien las transformaciones de los contratos familiares limitan hoy día la viabilidad de esta opción, la evidencia indica que una parte significativa de los europeos son «familiaristas» (o «familistas», término equivalente utilizado por otros autores), de tal modo que su conducta está guiada por la creencia de que los cuidados por parte de la familia constituyen una obligación personal (Costa Font, 2010). Esta creencia, y las correspondientes actuaciones, tienen un impacto sobre el desarrollo del mercado asegurador, en la medida en que inhiben la demanda de aseguramiento público.

El gráfico 5 muestra, en consonancia con lo mencionado anteriormente, la existencia de una asociación negativa entre el gasto en dependencia (en relación con el PIB) y el grado de familismo. Tal circunstancia permite justificar la existencia de lo que se viene a denominar «efecto expulsión social» (3).

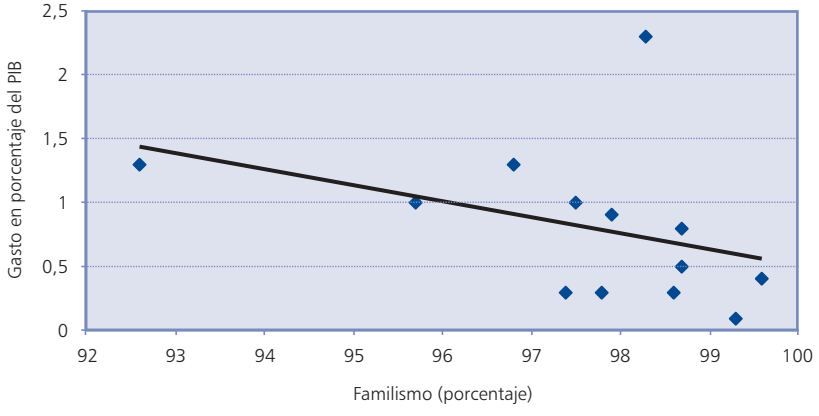
V. ALIANZAS PÚBLICO-PRIVADAS *(PUBLI-PRIVATE PARTNERSHIPS)*

1. La racionalidad de las alianzas público-privadas

Una posible explicación sobre la evidencia limitada de un efecto expulsión del mercado asegurador por parte de la cobertura pública reside en el hecho de que las alianzas público-privadas están implícitamente extendidas en Europa. Según un reciente informe de la Comisión Europea (European Commision,

GRÁFICO 5

RELACIÓN ENTRE GRADO DE FAMILISMO (PORCENTAJE DE ACUERDO CON LA AFIRMACIÓN: «LA FAMILIA ES MUY IMPORTANTE EN LA VIDA») Y GASTO EN DEPENDENCIA (PORCENTAJE DEL PIB) EN EUROPA



Fuente: *World Values Survey,* 2000; OECD Data, 2007.

2008), la mayoría de los países europeos reconocen la importancia de lograr un equilibrio adecuado entre las fuentes públicas y las privadas de financiación de la dependencia. En esta línea de trabajo, el *Libro Verde de la Dependencia* británico contiene propuestas explícitas de financiación privada como complemento de la financiación pública (Mayhew *et al.*, 2010).

Hay que tener en cuenta que los modelos de atención totalmente gratuitos, financiados por los impuestos, plantean desincentivos para el denominado cuidado informal (Pauly, 1990). Además, pueden proporcionar a posteriori problemas de riesgo moral, en la medida en que incentivan el uso intensivo de los cuidados de dependencia que, a su vez, pueden propiciar una escalada de los gastos públicos. Asimismo, es posible sostener que un sistema de estas características perjudicaría a aquellos que han ahorrado para su vejez (Mayhew *et al.*, 2010), escenario que solamente podría ser corregido con el establecimiento de copagos que no penalizasen el ahorro de los individuos. Por otro lado, emerge una ventaja obvia de tal corrección consistente en el copago, toda vez que se lograría ampliar la base financiera, que sería simple y universal, y comportaría unos costes administrativos más bajos que en los otros sistemas.

En un extremo opuesto, cabría imaginar un sistema basado en la no intervención del Estado, y centrado en la atención únicamente familiar y el tercer sector (representado por la sociedad), con un desarrollo del mercado limitado. También este escenario resultaría ineficiente, ya que impediría que tanto el propio mercado como la intervención del Estado se desarrollasen, sin ofrecer una respuesta satisfactoria alternativa. La lógica de la financiación mixta, basada en las alianzas público-privadas para la cobertura del riesgo de dependencia, parece ser el camino elegido por el mayor número de países.

2. La propuesta británica

En el Reino Unido se viene discutiendo desde hace casi una década la aplicabilidad de un modelo de alianza público-privada. En efecto, Le Grand (2003) propuso a principios de la primera década del siglo XXI, bajo el nombre de alianza público-privada, un sistema diseñado para eliminar la falta de incentivos al ahorro que subyace al esquema actual de cobertura residual basada en la comprobación de medios. Este autor planteó la posibilidad de un sistema de subvenciones públicas, aplicables para la cobertura de la dependencia por encima de un nivel básico, y de igual magnitud que las contribuciones privadas realizadas por el propio individuo (o sus familiares) para cubrir los costes de atención social («unidad monetaria de aportación pública por cada unidad de aportación individual»). Según esta propuesta, se pondría fin al sistema de comprobación de medios y a los gastos derivados de su gestión y, en compensación, toda persona tendría derecho a acceder a un nivel básico de atención, financiado con cargo a fondos públicos.

El esquema está diseñado para «ayudar a aquellos que se ayuden a sí mismos», a la vez que para limitar el número de personas elegibles y mantener el gasto bajo control, ya que se fijaría el importe total que se pagaría a cualquier individuo dependiente. Este sistema garantizaría la libertad de elección de las personas mayores y sus familiares, puesto que podrían decidir si aportar recursos privados a los costes de la atención y, con ello, se respetaría la decisión de dejar una herencia a los hijos. Quizás el problema del sistema estribe en la equidad, ya que otorga más beneficios a los que pagan más y, en tales circunstancias, se dirigiría en menor medida a los pobres que el actual sistema, basado en la comprobación de medios, que se aplica en Inglaterra. Pero, dado que a mayor coste del servicio mayor es la aportación, resultaría más equitativo que el uso generalizado de desgravaciones fiscales. Para paliar la inequidad del sistema, Le Grand sugirió que las personas con pocos, o sin, recursos financieros realizaran contribuciones no financieras.

Otro ejemplo, ajeno a la propuesta británica, se encuentra en las alianzas sociales (también llamadas *social partnerships*). Responden a acuerdos entre el Estado, la familia y la sociedad civil. Por ejemplo, en lo que respecta a los cuidados informales, en algunos países se efectúan los pagos directamente a los cuidadores informales. Tal es el caso de Noruega y Dinamarca, que permiten a familiares y vecinos que están proporcionando atención regular en casa convertirse en empleados municipales, completando así sus prestaciones regulares de jubilación. También en Finlandia los cuidadores informales reciben una cuota fija municipal. En Austria, Alemania y Luxemburgo se ha comenzado asimismo a ofrecer el pago en metálico a los beneficiarios de servicios, que podrían a su vez utilizarlo para pagar a los cuidadores informales. En Alemania se prevén contribuciones a la pensión del cuidador informal si trabaja más de 14 horas a la semana, mientras que en Suiza, el tiempo dedicado a la prestación de cuidados de

un familiar puede ser tomado en cuenta para el cálculo de las prestaciones de jubilación y de supervivencia, siempre y cuando el cuidador y la persona a quien cuida vivan juntos.

3. Políticas públicas

Por el lado de la demanda, el Gobierno puede ofrecer desgravaciones fiscales por los gastos derivados de las primas de seguro de dependencia si la elasticidad con respecto a la prima es suficientemente elevada. En el caso español, un estudio muestra que la elasticidad es significativa y cercana a valores de 0,4 (Costa Font y Rovira, 2008). En tal caso, una deducción de impuestos por una parte de gastos en dependencia tendría un impacto sobre la suscripción de seguros y, a la vez, el Gobierno podría subvencionar las primas para los suscriptores de bajos ingresos, como ocurre en varios países respecto a los seguros privados de salud. El Gobierno puede actuar también de forma indirecta mediante la sensibilización sobre los riesgos de la dependencia y la probable necesidad futura de atención a las personas en situación de dependencia. En este sentido, en Francia se debate con una clara concienciación pública sobre este riesgo, tal como han subrayado Durand y Taleyson (2003).

4. Alianzas y participación en el coste

Otra alternativa para el desarrollo del mercado asegurador se centra en la limitación de la cobertura pública y la privada, y el establecimiento de formas de participación en el coste. Al respecto, una propuesta podría contemplar que sólo un estado de gran dependencia se considerara como un riesgo y estuviera cubierto por el seguro privado. Esta solución sería relevante en términos de eficiencia del mercado, ya que la gran dependencia es un riesgo que puede ser más fácil de identificar que la dependencia moderada. Además, hay que tener en cuenta que los problemas de riesgo moral son menos frecuentes en situaciones de gran dependencia. Kessler (2010) sugiere un seguro privado obligatorio con una participación en los costes, que se incremente en función de los recursos del hogar. Por supuesto, ello requeriría una armonización o, al menos, la coordinación de las escalas en virtud de las cuales se valora el grado de dependencia en los sectores público y privado. Kessler (2010) también sugiere ir más allá de una exención tributaria simple, y propone establecer un crédito fiscal reembolsable que beneficie a todos los hogares, independientemente de su nivel de ingresos.

5. El Gobierno como regulador de los seguros privados

La existencia de fallos de mercado, asociados a problemas de información, sugiere la necesidad de proteger a los consumidores, ofreciéndoles información y, en general, la necesaria regulación y protección contra la insolvencia del asegurador. Baltensperger *et al.* (2008) apuntan a instrumentos de regulación de solvencia tales como las restricciones de inversión de cartera, fondos de emergencia, control de acceso al mercado, supervisión e inspección. Otro argumento que justificaría la exigencia de una regulación reside en la falta de mercado debido a las imperfecciones de la información. Ahora bien, no cabe pasar por alto que dichas normas de protección de los consumidores también pueden dar lugar a efectos perversos, e incluso aumentar el riesgo de insolvencia.

6. El Gobierno como reasegurador de las compañías de seguros privados

Para algunas contingencias en las que la pérdida puede ser elevada, si bien con probabilidad reducida, los gobiernos son más propensos a actuar como reaseguradores para las compañías de seguros privadas. Éste es especialmente el caso de eventos naturales catastróficos. En tal caso, el Gobierno no haría más que intervenir para apoyar a los mercados de seguros. Una de las ventajas es que el Gobierno tiene la capacidad para diversificar los riesgos sobre toda la población y para distribuir las pérdidas pasadas sobre las generaciones futuras. Sin embargo, el Gobierno proporcionaría reaseguros a un precio inferior al de mercado, hecho que podría ser contraproducente en términos de eficiencia del mercado.

VI. CONCLUSIÓN

El mercado de seguros de dependencia está aún por desarrollar. Una de las explicaciones apuntadas en este trabajo gira en torno a los posibles efectos de expulsión, público y social, del mercado asegurador. No obstante, las expectativas de expansión de la financiación pública disponible no parecen realistas en el actual contexto de austeridad y de limitaciones al déficit público. A su vez, la redefinición de los contratos familiares implícitos con los cambios sociales y la mayor demanda de servicios de atención derivada del envejecimiento sugieren la necesidad de una alianza público-priva-

da más explícita y decidida entre Estado, familia y mercado.

En este artículo se han analizado algunos de los principales problemas en torno a la cobertura de la dependencia en Europa, destacando la necesidad de diseñar alianzas público-privadas como solución a la existencia de una mayor demanda de cobertura aseguradora a raíz de cambios sociales y democráticos, al tiempo que aumentan las limitaciones a una mayor cobertura pública. Se han examinado algunos modelos de alianzas con los que reforzar la cooperación y la libertad de elección, virtudes propias de sociedades avanzadas, sin dejar de garantizar la universalidad de las prestaciones, minimizando los efectos adversos sobre la equidad y reduciendo potenciales problemas de neutralidad financiera.

NOTAS

(1) No obstante, la mayoría de sistemas de atención a la dependencia en Europa ofrece una combinación de ambos mecanismos (así, por ejemplo, en Alemania, donde la persona en situación de dependencia puede escoger entre un sistema de prestación en especie o de subsidio, pero, en este caso, con un valor equivalente de servicios menor para evitar problemas de oportunismo o riesgo moral (*moral hazard*)).

(2) Por ejemplo, en Francia, país de Europa en el que existe un mayor número de pólizas privadas contratadas, sólo el 1 por 100 de los gastos de salud son financiados por un seguro privado (ROSSO-DEBORD, 2010).

(3) Para más detalles sobre el particular, véase COSTA-FONT (2010).

BIBLIOGRAFÍA

BALTENSPERGER, E.; BUOMBERGER A.; LUPPA, A.; KELLER, B., y WICKI, A. (2008), «Regulation and intervention in the insurance industry - Fundamental issues», *The Geneva Reports*, n.° 1.

BREYER, F.; COSTA FONT, J., y FELDER, S. (2010), «Ageing, health, and health care», *Oxford Review of Economic Policy*, 26(4).

BROWN, J.R., y FINKELSTEIN, A. (2007), «Why is the market for long-term care insurance so small?», *Journal of Public Economics*, 91: 1967-1991.

— (2009), «The private market for long term care insurance in the United States: A review of the evidence», *Journal of Risk and Uncertainty*, 76: 5-29.

CHEN Y. P. (2001), «Funding long-term care in the United States: the role of private insurance», *The Geneva Papers on Risk and Insurance-Issues and Practice* 26: 656-666.

COSTA FONT, J. (2008), «Housing assets and the socio-economic determinants of health and disability in old age», *Health and place*, 14 (3): 478-491.

— (2010), «Family ties and the crowding out of DEPENDENCIA insurance», *Oxford Review of Economic Policy*, 26 (4).

COSTA FONT, J., y COSTA FONT, M. (2011), «Explaining optimistic old age disability and longevity expectations», *Social Indicators Research* (en prensa).

COSTA FONT, J., y COURBAGE, C. (2011), «Long term care insurance: Partnership or crowding out?», en COSTA-FONT, J., y COURBAGE, C. (eds.), *Long Term Care Financing in Europe: Institutions, Markets and Models*, Londres, Palgrave.

COSTA FONT, J., y FONT VILALTA, M. (2006), «Design limitations of long-term care insurance schemes: a comparative study of the situation in Spain», *International Social Security Review*, 59 (4): 91-110.

— (2009), «Risk perceptions, myopia and the willingness to pay for long term care insurance in Catalonia», *Applied Economics Letters*, 16(13): 1301-1305.

COSTA FONT, J.; GARCÍA GONZÁLEZ, A., y FONT VILALTA, M. (2008), «Relative income and attitudes towards long-term care financing», *Geneva Papers on Risk and Insurance*, 33 (4): 673-693.

COSTA FONT, J.; GIL, J., y MASCARILLA MIRÓ, O. (2010), «Housing wealth and housing decisions in old age: sale and reversion», *Housing Studies*, 25 (3): 375-395.

COSTA FONT, J.; MASCARILLA MIRÓ, O., y ELVIRA, D. (2009), «Ageing in place? An examination of elderly people housing preferences in Spain», *Urban Studies*, 46 (2): 295-316.

COSTA FONT, J., y PATXOT, C. (2004), «The intergenerational impact of long-term care financing alternatives in Spain», *The Geneva Papers of Risk and Insurance*, 29 (4): 599-619.

— (2005), «The design of the long-term care system in Spain: policy and financial constraints», *Social Policy & Society*, 4(1): 11-20.

COSTA FONT, J., y ROVIRA FORNS, J. (2008), «Who is willing to pay for long-term care insurance in Catalonia?», *Health Policy*, 86 (1): 72-84.

COSTA FONT, J.; WITTENBERG, R.; PATXOT, C.; COMAS-HERRERA, A.; GORI, C.; DI MAIO, A.; PICKARD, L.; POZZI, A., y ROTHGANG, H. (2008), «Projecting long-term care expenditure in four European Union member states: the influence of demographic scenarios», *Social Indicators Research*, 86 (2): 303-321.

DURAND R., y TALEYSON, L. (2003), «Les raisons du succès de l'assurance dépendance en France» [Reasons for the success of dependency insurance in France], *Risques*, 55, septiembre: 115-20.

EUROPEAN COMMISSION (2008), *Long-term Care for Older People*, Bruselas, Economic Committee.

KESSLER, D. (2010), «Confronting the challenge of long-term care in Europe», *CESifo DICE Report*, n.º 2: 18-23.

KUNREUTHER, H. (1978), *Disaster Insurance Protection: Public Policy Lessons,* John Wiley & Sons, New York.

LE GRAND, J. (2003), *Motivation, Agency and Public Policy: Of Knights and Knaves, Pawns and Queens,* Oxford, Oxford University Press.

MAYHEW, L.; KARLSSON, M., y RICKAYZEN, B. (2010), «The role of private finance in paying for long term care», *The Economic Journal*, 120: F478-F504.

MURTAUGH, C.; SPILLMAN, B., y WARSHAWSKY, M. (2001), «In sickness and in health: an annuity approach to financing long-term care and retirement income», *Journal of Risk and Insurance*, 68(2): 225-254.

OECD (2005), *Long-term Care for Older People*, París, OECD.

— (2010), *OECD Health Data 2010*, París, OECD.

PAULY, V. M. (1990), «The rational nonpurchase of long-term care insurance», *Journal of Political Economy,* 98: 153-168.

ROSSO DEBORD, V. (2010), *Rapport d'information sur la prise en charge des personnes âgées dépendantes*, París, Rapport de l'Assemblée Nationale.

ROYAL COMMISSION ON LONG-TERM CARE (1999), *With Respect to Old Age: Long term care – Rights and Responsibilities*, Londres. The Stationery Office.

WANLESS, D. (2006), *Securing Good Care for Older People. Taking a Long Term View,* Londres, Kings Fund.

ZWEIFEL, P., y STRÜWE, W. (1996), «Long-term care insurance and bequests as instruments for shaping intergenerational relationships», *Journal of Risk and Uncertainty*, 12: 65-76.

EL SEGURO SOCIAL DE DEPENDENCIA EN ALEMANIA (*)

Karl HINRICHS
A. Caroline WARFELMANN
Zentrum für Sozialpolitik
Universidad de Brema

Resumen

Desde mediados de los años noventa del pasado siglo, el Estado del bienestar alemán ofrece una prestación contributiva específica para personas de cualquier edad que precisen asistencia diaria. El Seguro Social de Dependencia presta servicios asistenciales de diverso tipo a aquellas personas que, previa solicitud y después de someterse a un estricto examen médico, son clasificadas en uno de los tres niveles reconocidos en la correspondiente Ley. Prácticamente toda la población está cubierta por este seguro, que se financia mediante cotizaciones sociales y prioriza el cuidado en el hogar dispensado por parientes y allegados de la persona dependiente. Desde la implantación de este nuevo seguro social ha persistido la preocupación por su sostenibilidad financiera. Durante muchos años, las prestaciones no se han revalorizado, mientras que las tasas de cotización se han incrementado en varias ocasiones en respuesta a los crecientes gastos. A pesar de las reformas introducidas últimamente, la cuestión de la financiación sigue lastrando las perspectivas de desarrollo de este seguro.

Palabras clave: Seguro Social de Dependencia, sostenibilidad financiera.

Abstract

Since the mid 90s of the past century the German welfare state offers a specific contributory benefit for all those individuals in need of daily care. The Social Care Insurance provides different types of services to persons who, having applied for it and passed a strict medical exam, are classified according to the three dependency levels which the corresponding law distinguishes. Nearly the whole population is covered by this insurance, which is financed through social contributions and prioritizes home care by relatives of the dependent person. Since the implementation of this new insurance, its financial sustainability has been a matter of concern. Benefits have been not revalued during many years, while the contribution rates have been increased several times in response to growing outlays. Despite the recently introduced reform measures, the financing question puts a burden on the development perspectives of this insurance.

Key words: Social Care Insurance, financial sustainability.

JEL classification: H-51, I18, I38.

I. INTRODUCCIÓN

CON la promulgación, en el año 1994, de la Ley del Seguro Social de Dependencia (Gesetz zur *Sozialen Pflegeversicherung*) se puso fin (provisional) a un largo conflicto político en torno al aseguramiento del riesgo de dependencia. La configuración de las prestaciones no generó mucho conflicto. En cambio, los actores políticos tardaron en ponerse de acuerdo sobre la forma de organización y la cuestión de la financiación, que todavía hoy se discute. Estos conflictos provocaron el retraso durante muchos años de la legislación (Hinrichs, 1995).

El Seguro Social de Dependencia (a partir de ahora, SSD) se añade a los cuatro seguros sociales existentes, que cubren los riesgos de accidente, enfermedad, edad/invalidez y desempleo. Desde un punto de vista organizativo, este quinto seguro se estableció como entidad independiente, con una financiación específica a través de cotizaciones y una definición novedosa de prestaciones, que desde el principio incluían a (casi) toda la población. De este modo, el riesgo de dependencia fue reconocido como un riesgo vital general y, tal como ocurrió mucho antes con los riesgos clásicos relacionados con el empleo asalariado, se trasladó desde el «sótano» de la seguridad social (la beneficencia pública) hasta su planta alta. En este sentido, el SSD representa una «innovación institucional» en la política social alemana. Su introducción supuso la última reforma expansiva sustantiva del Estado del bienestar alemán. Simpatizantes de los dos grandes partidos (los cristianodemócratas y los socialdemócratas) coincidieron en que el SSD podía ser contemplado como el «colofón» del Estado social alemán.

La introducción del SSD resulta más destacable a la vista de los duros conflictos previos y del alcance de la regulación aprobada. Esta afirmación es válida independientemente de que antes de la entrada en funcionamiento del SSD ya se destinaran recursos públicos a las personas dependientes. Bajo la condición de que cumplieran determinados criterios de acceso, a través de la «ayuda social» (*Sozialhilfe*) se concedía un volumen considerable de prestaciones para el cuidado tanto ambulatorio como institucionalizado de un número creciente de personas dependientes (*Hilfe zur Pflege* se denominaba el programa correspondiente). Además, las aseguradoras médicas (*Krankenkassen*) costeaban desde 1991 prestaciones en dinero o en especie a personas residentes en sus domicilios que dependían de la asistencia de terceros. Estas prestaciones de las aseguradoras médicas se consideraban provisionales ante la expectativa de una regulación global del riesgo de dependencia, y en 1995 se suprimieron.

La innovación institucional del SSD reside en que un seguro social de nueva creación proporciona prestaciones, financiadas mediante

cotizaciones, para la asistencia doméstica e institucionalizada; se trata de un derecho subjetivo, siempre y cuando la necesidad de asistencia se fundamente facultativamente; un derecho que se puede hacer valer con independencia de la situación de ingresos y patrimonio de los beneficiarios. El establecimiento del SSD ha significado un cambio en la financiación del gasto público destinado a la protección de la dependencia (trasladándose los gastos desde diversas instancias estatales al SSD) y una mayor responsabilidad de financiación pública. Los gastos asumidos hasta 1995 por agentes privados fueron (parcialmente) sustituidos por prestaciones públicas. Cabe, por tanto, afirmar que el SSD representa una «expansión y una reorganización» del aseguramiento social (Hinrichs, 1995).

Este artículo ofrece una panorámica del SSD implantado en Alemania, que sirvió de orientación al seguro de dependencia implantado posteriormente en Japón (1997) y en España (2007). En el siguiente apartado se exponen los argumentos que motivaron la introducción de este seguro público. A continuación se describe la configuración institucional, ofreciendo asimismo datos sobre la forma actual de provisión, la estructura de los beneficiarios y el desarrollo financiero. En el quinto apartado se presentan algunas medidas de reforma para el desarrollo ulterior del SSD. En el sexto se discuten problemas presentes y futuros, en particular los relacionados con la financiación de gastos venideros.

II. LAS RAZONES DE LA INTRODUCCIÓN DEL SSD

Los argumentos que, aproximadamente desde la mitad de los años setenta, se han formulado a favor de una amplia protección social pública del riesgo de dependencia pueden resumirse en cuatro puntos (1):

1) Las personas dependientes y sus familias soportaban las consecuencias y los costes de la dependencia. Cuando se precisaba la intervención de profesionales para el cuidado ambulatorio, o cuando se decidía la institucionalización en una residencia asistida y los medios económicos propios para cubrir esos costes no bastaban, había que recurrir subsidiariamente a la «ayuda social» (*Sozialhilfe*). Ello implicaba la utilización del propio patrimonio para la cobertura de los costes (puesto que la «ayuda social» se concede previa prueba de medios económicos disponibles); asimismo, los ingresos corrientes (por pensiones), excepto una pequeña suma para gastos propios, se retenían, mientras que los familiares obligados a la manutención (hijos o padres) habían de contribuir a los gastos. Especialmente problemático resultaba para mucha gente que los mayores dependientes, quienes durante una larga vida laboral habían pagado impuestos y cotizaciones, adquiriendo así el derecho a una pensión de jubilación desahogada, en la última fase de sus vidas tuvieran que depender de prestaciones de beneficencia y fueran degradados a solicitantes de «ayuda social». Éste era, por ejemplo, el caso del 80 por 100 de las personas dependientes atendidas en instituciones a comienzos de los años noventa.

2) El recurso a los ingresos y el patrimonio de las personas dependientes y de sus familiares para cubrir los costes de las ayudas ambulatorias y residenciales no pudo, sin embargo, impedir que los gastos de los estados federados (*Länder*) y de los municipios para cubrir las prestaciones de dependencia, derivados de la aplicación de la legislación social, crecieran fuertemente ante el aumento de beneficiarios y el encarecimiento desproporcionado de los servicios, dado el empleo intensivo de personal. En 1970, estos gastos representaban sólo el 2 por 100 de los gastos municipales; en 1990 ya suponían el 5 por 100. El grueso de estos gastos (aproximadamente el 85 por 100) se destinaba a personas atendidas en instituciones, cuyos costes asistenciales sólo se cubrían en un tercio, como promedio, con recursos propios. Como quiera que los proveedores públicos de esta asistencia social también tenían que afrontar, por añadidura, prestaciones crecientes por desempleo y, sobre todo, por el aumento del desempleo de larga duración, presionaron a favor de una nueva regulación que pudiera descargar a los *Länder* y los municipios de la expansión de gastos por dependencia, reduciendo así sus problemas presupuestarios, habida cuenta de los ingresos fiscales estancados o, en el mejor de los casos, débilmente expansivos.

3) El crecimiento demográficamente condicionado de la demanda de prestaciones de dependencia concurría con un potencial decreciente de prestaciones asistenciales informales. En efecto, en comparación con tiempos pasados, los mayores dependientes tienen hoy día menos —y menos todavía tendrán en el futuro— hijas y nueras que (eventualmente, junto con sus cónyuges o parejas) han soportado tradicionalmente, y soportan, la carga fundamental del cuidado en el ámbito familiar. Cada vez más mujeres tienen empleo retribuido y, por lo general, sólo se hallan en situación de prestar estos cuidados renunciando total o parcialmente a las retribuciones laborales y a la calidad de las prestaciones de la Seguridad Social asociadas a ellas (por ejemplo, el importe de la pensión). El mane-

jo del riesgo de dependencia en el ámbito familiar se ve, por lo demás, dificultado por la disolución progresiva de los hogares formados por varias generaciones (segregación residencial de padres e hijos adultos). La dependencia se convierte tanto más en un «problema social» cuanto mayor es el déficit de provisión intrafamiliar; una carencia que, en última instancia, sólo puede resolverse a través de prestaciones públicas. De ahí que la reforma del seguro de dependencia en los años noventa tuviera que promover la disposición a asumir la prestación de cuidados por parte de parientes convivientes con el dependiente, con el fin de no reducir más el potencial de asistencia informal.

4) Antes de la entrada en vigor del SSD, la situación de la asistencia profesional en la República Federal de Alemania se describía habitualmente con el concepto «estado de emergencia asistencial» (*Pflegenotstand*). Se aludía con él, por una parte, a una gran carencia de trabajadores cualificados para practicar tanto la asistencia ambulatoria como la institucionalizada y, en consecuencia, a una oferta insuficiente de prestaciones asistenciales (por ejemplo, existían largas listas de espera para el ingreso en una residencia asistida). Por otra parte, el estándar de calidad de la protección institucional de las personas dependientes se consideraba en gran medida insatisfactorio, según criterios nacionales e internacionales.

Con estos cuatro argumentos se vinculaban las propuestas y demandas a favor de una (amplia) normativa nueva de aseguramiento social público del riesgo de dependencia, si bien la urgencia de la reforma se evaluaba de forma distinta y el foco de las soluciones preferidas variaba en función de los actores. La materia objeto de regulación se caracterizaba por una elevada complejidad y, asociada a ella, por la inseguridad y el desacuerdo sobre la fórmula más deseable para resolver el problema (Götting y Hinrichs, 1993: 53-54). En contraste con él, la distribución de prestaciones económicas para situaciones de necesidad reconocidas (por ejemplo, la subvención por hijos a cargo, financiada mediante impuestos, o el pago de pensiones de la Seguridad Social) representaba un problema comparativamente simple para el Estado social, toda vez que «sólo» afectaba a la disposición de los ciudadanos a pagar impuestos o cotizaciones. El importe de las prestaciones económicas y la dignidad de los beneficiarios no eran, en tales casos, variables decisivas.

Ciertamente, el problema se complica cuando, como en el caso del sistema de salud, prevalecen las prestaciones en especie, puesto que se añade la intervención de terceros, concretamente los oferentes de las prestaciones, con intereses profesionales o económicos propios, y en consecuencia surgen problemas de organización de la oferta de prestaciones. En el caso del aseguramiento del riesgo de dependencia, el problema aumenta por el lado de las prestaciones, dado que, junto a los oferentes privados o paraestatales de prestaciones asistenciales profesionales, también determinan la estructura de previsión las prestaciones mayoritariamente gratuitas de los parientes y allegados. La mezcla de estas dos formas de previsión es decisiva para establecer la demanda de financiación pública, y el mantenimiento de la disposición a prestar cuidados informales constituye por ello un punto de referencia adicional que ha de tenerse en cuenta en el diseño de la intervención política. El doble problema en la relación cuadrangular entre contribuyentes de impuestos y cotizantes, y entre personas dependientes beneficiarias de prestaciones y cuidadores profesionales e informales, reside básicamente en encontrar soluciones políticas para conseguir una «estructura de financiación» aceptable y sostenible a lo largo del tiempo, y una «estructura de previsión» ajustada a la demanda y, al mismo tiempo, minimizadora de los gastos.

Entre los actores políticos que deseaban superar ese statu quo existía acuerdo sólo respecto a algunos aspectos de la estructura de previsión. Así, por ejemplo, coincidían en su opinión de que, en principio, debía primarse la asistencia doméstica, claramente preferida por los afectados (y causante de menor gasto público) sobre la institucionalización de los dependientes, incentivándola a través de las disposiciones institucionales correspondientes. También había consenso respecto a la necesidad de poner un tope a las prestaciones y escalonarlas según el grado de la necesidad asistencial y, en caso de institucionalización, de que los costes de residencia y manutención fueran soportados por los propios beneficiarios. Finalmente, también prevalecía el deseo de mejorar la situación de las personas que, de manera no retribuida y a menudo bajo presiones psíquicas y físicas extremas, se encargan del cuidado de las personas dependientes en el ámbito doméstico (en particular, mejorando sus derechos de pensión y reduciendo así sus costes de oportunidad para prestar esos cuidados). Estas consideraciones respondían a la expectativa de efectos de «riesgo moral», esto es, de comportamientos inducidos por el seguro, que, dado un aseguramiento económico mejorado del riesgo de dependencia, podía suscitar una demanda excesiva de

prestaciones ineficientemente asignadas. Para contrarrestar la tendencia hacia la asistencia institucionalizada, más costosa, debían diseñarse incentivos a la permanencia de las personas dependientes en el propio hogar y al mantenimiento de la asistencia informal.

Ahora bien, mientras muy pronto se entrevieron posibilidades de compromiso sobre diversos elementos de la estructura de previsión, la estructura de la financiación se convirtió en el campo central de los conflictos, incidiendo directamente en la cuestión del importe de las prestaciones. Pues, de una u otra manera, era preciso atender a dos objetivos: satisfacer el deseo de descarga financiera de las entidades públicas hasta entonces responsables de la provisión de «ayuda social», y conseguir un aseguramiento «suficiente» de las personas dependientes.

El debate giraba en torno a tres opciones: 1) un sistema financiado mediante impuestos, con disposiciones menos estrictas respecto a la consideración de los ingresos y el patrimonio que en el caso de la «ayuda social»; 2) un aseguramiento privado obligatorio basado en la capitalización, o 3) un aseguramiento social contributivo, bien como programa independiente o en forma de una prestación adicional al seguro sanitario. Tras la reunificación alemana, la primera opción se desvaneció como consecuencia de la elevada carga fiscal que soportaban la Federación y los *Länder*. Contra la segunda opción cabía objetar que las personas ya necesitadas de asistencia no podían suscribir un seguro privado y, por tanto, tendrían que ser aseguradas de otro modo. Las personas de edades avanzadas y, consecuentemente, con un mayor riesgo de dependencia sólo podrían integrarse en el sistema pagando pólizas muy elevadas (o subvenciones públicas altas). La utilización del acreditado principio de la seguridad social representaba claramente la solución más cercana y familiar para los ciudadanos. La decisión de crear un nuevo programa dentro de la Seguridad Social y de no integrar el aseguramiento del riesgo de dependencia en las estructuras institucionales convencionales del seguro de enfermedad respondió a los problemas que entonces (y todavía ahora) afrontan las aseguradoras médicas para controlar el aumento de sus gastos y, en lógica consecuencia, de las contribuciones que cobran a sus asegurados (Hinrichs, 1995).

III. LA CONFIGURACIÓN INSTITUCIONAL DEL SEGURO SOCIAL DE DEPENDENCIA

Conforme a la normativa básica del SSD, este seguro se financia a través de cotizaciones sociales, siguiendo el modelo de los sistemas de reparto. Las cotizaciones dependen de los ingresos, no de los riesgos del asegurado, y se calculan sobre una base de cotización máxima establecida anualmente (en 2010, 3.750 euros). Desde el 1 de enero de 1995 se cotiza un 1 por 100 del salario bruto, y desde el 1 de abril del mismo año el SSD comenzó a ofrecer prestaciones para el cuidado doméstico. A partir del 1 de julio de 1996, la tasa contributiva se elevó a 1,7 por 100, al añadirse prestaciones para el cuidado residencial de las personas dependientes. Los pensionistas también pagan cotizaciones al SSD; los familiares (cónyuges e hijos) desempleados o con empleos «menores» (2) están asegurados sin necesidad de cotización propia. Los empleadores obtuvieron una compensación (parcial) por su obligación de pagar la mitad de la contribución al SSD: se suprimió una jornada festiva retribuida (lo cual implica, en rigor, que los empleados soportan casi toda la cotización).

Los beneficiarios pueden elegir entre cuidados domésticos o institucionales, o una combinación de ambos. Las prestaciones del SSD se diferencian según tres grados de dependencia médicamente establecidos —«considerable» (*erheblich*), «severa» (*schwer*) y «muy severa» (*schwerstpflegebedürftig*) —, y cuyo respectivo importe se fija en la Ley. El nivel de dependencia de una persona se determina a través de los informes del Servicio Médico de las Aseguradoras Médicas (*Medizinischer Dienst der Krankenkassen*, MDK). Atendiendo a los niveles definidos de ayuda para realizar actividades de aseo personal, para alimentarse, moverse y organizar la provisión doméstica, en el año 2010 se concedían prestaciones en especie para el cuidado doméstico por cuidadores profesionales equivalentes a 440 euros mensuales (nivel I), 1.040 euros (nivel II) o 1.510 euros (nivel III); en casos excepcionales (por ejemplo, para enfermos de cáncer en fase terminal), la prestación económica podía llegar hasta 1.918 euros (cuadro n.º 1). Alternativamente, o también en combinación con la prestación anterior, las personas dependientes residentes en sus domicilios podían percibir una prestación de inferior cuantía, igualmente escalonada (225, 430 y 685 euros mensuales, respectivamente) para costear la asistencia de cuidadores no profesionales (por ejemplo, parientes, vecinos o amigos). Si estos cuidadores no están empleados más de treinta horas semanales, el SSD les abona cotizaciones al sistema público de pensiones (no en el caso de cuidadores que ya cobren una pensión). Estas cotizaciones, que mejoran la pensión futura de los cuidadores, se diferencian en fun-

CUADRO N.º 1

ADAPTACIÓN GRADUAL DE LOS DERECHOS DE PRESTACIONES

	NIVEL DE DEPENDENCIA		
	I Dependencia considerable	*II Dependencia severa*	*III Dependencia muy severa (casos extremos)*
Asistencia doméstica			
Prestaciones en especie (máximo mensual en euros)			
Hasta el 30-06-2008	384	921	1.432 (1.918)
Desde el 01-07-2008	420	980	1.470 (1.918)
Desde el 01-07-2010	440	1040	1.510 (1.918)
Desde el 01-01-2012	450	1100	1.550 (1.918)
Variación porcentual 2007-2012	*17*	*19*	*8*
Subsidio económico para la asistencia de parientes [Pflegegeld] (máximo mensual en euros)			
Hasta el 30-06-2008	205	410	665
Desde el 01-07-2008	215	420	675
Desde el 01-07-2010	225	130	685
Desde el 01-01-2012	235	440	700
Variación porcentual 2007-2012	*15*	*7*	*5*
Asistencia institucionalizada			
Gastos asistenciales (máximo mensual en euros)			
Hasta el 30-06-2008	1.023	1.279	1.432 (1.688)
Desde el 01-07-2008	1.023	1.279	1.470 (1.750)
Desde el 01-07-2010	1.023	1.279	1.510 (1.825)
Desde el 01-01-2012	1.023	1.279	1.550 (1.918)
Variación porcentual 2007-2012	*0*	*0*	*8*

Fuente: BMG (2010a); cálculos propios de la variación porcentual.

ción del nivel de dependencia y del tiempo empleado para el cuidado de las personas dependientes. Se corresponden con un máximo del 80 por 100 del nivel de un empleo de retribución media, sujeta a cotizaciones (y con un mínimo de aproximadamente el 25 por 100 de aquella cotización de referencia). En el año 2007 se beneficiaron en torno a 430.000 cuidadores no profesionales de estas medidas. Los cuidadores no profesionales están asimismo asegurados contra accidentes y tienen derecho a ayudas para el retorno al empleo remunerado. En caso de vacaciones o de enfermedad del cuidador, el SSD financia, durante un máximo de cuatro semanas, su sustitución por cuidadores profesionales o el ingreso de las respectivas personas dependientes en una residencia asistida. En caso de asistencia doméstica, el SSD también puede sufragar ayudas técnicas (por ejemplo, camas especiales) o reformas de la vivienda de la persona dependiente (por ejemplo, duchas adaptadas a la discapacitación).

El SSD financia los gastos para la asistencia residencial con 1.023, 1.279 y 1.510 euros, según el nivel de dependencia en el que haya sido clasificada la persona en cuestión (para el 5 por 100, como máximo, de las personas con dependencia «muy severa», el importe puede llegar hasta 1.825 euros), cuando otro tipo de asistencia (en el propio hogar) no (o ya no) es posible. Por lo general, estos importes fijos no son suficientes para saldar las prestaciones de cuidados que las residencias cargan en cuenta. Se precisan por ello aportaciones propias, que en el año 2007 alcanzaron una media de 284 euros mensuales para personas dependientes del nivel I, llegando a 726 euros en el caso de las clasificadas en el nivel III. Además, las personas dependientes cuidadas en residencias se hacen cargo de los costes por alojamiento y manutención (en promedio, 608 euros mensuales). Añadidos a estos denominados «costes de hotel», los residentes tienen que subvenir los costes (proporcionales) de inversión no cubierta por los *Länder* para la construcción de la residencia correspondiente (en promedio, 350 euros; según Rothgang, 2010: 440-441). Cuando los ingresos corrientes y el patrimonio disponible de la persona dependiente no bastan para cubrir los

gastos de cobertura propia, cabe solicitar «ayuda social».

La implementación del SSD corresponde a las llamadas «aseguradoras asistenciales» (*Pflegekassen*), que se hallan incorporadas, como entidades independientes, a las aseguradoras médicas afectas al seguro público de enfermedad. La afiliación a una aseguradora asistencial cial se sigue de la pertenencia a la respectiva aseguradora médica. Si bien esta «paralelización» ha provocado la profusión de aseguradoras asistenciales, se trata de «una» única institución, administrada por organizaciones diferentes. Bien porque está obligada a ello, bien porque lo decide voluntariamente, el 90 por 100 de la población residente en la República Federal de Alemania está afiliada al seguro médico público y, de esta manera, se halla automáticamente incluida en el SSD. En torno al 9 por 100 de la población asegura libremente su riesgo de enfermedad a través de alguna guna empresa aseguradora privada. Este grupo está obligado a asegurar también en el sector privado el riesgo de dependencia. De ahí que las empresas aseguradoras ofrezcan un «seguro privado obligatorio de dependencia» con prestaciones equivalentes a las del SSD, y por el cual no pueden cobrarse pólizas por encima del importe máximo definido en función de la base contributiva establecida para el SSD. No rigen en este caso elementos esenciales del seguro privado (entre otros, la formación de grupos de riesgo homogéneos, la configuración actuarial de las pólizas y la no obligatoriedad de la contratación); la oferta privada se modela de tal forma que apenas se observan desviaciones significativas respecto del SSD. Habida cuenta de la obligación de aseguramiento de «todas» las personas aseguradas por enfermedad, el seguro de dependendencia es prácticamente «universal».

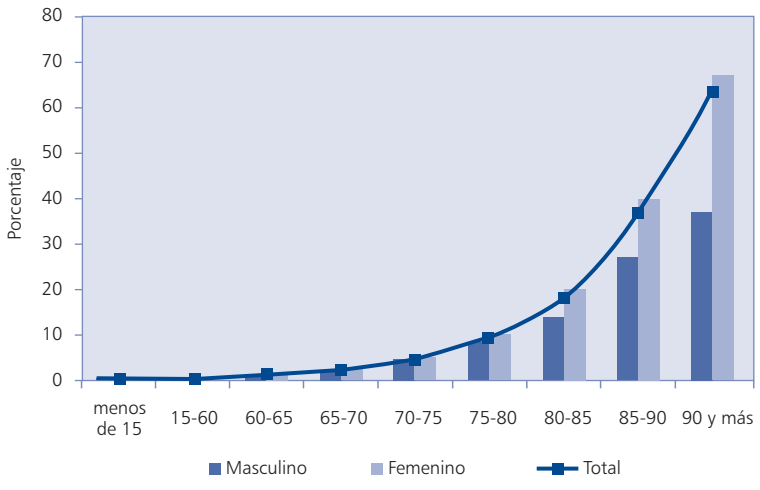
IV. EVOLUCIÓN Y ESTRUCTURA DE LOS BENEFICIARIOS Y DE LA FINANCIACIÓN DEL SEGURO SOCIAL DE DEPENDENCIA

A finales de 2009, 2,24 millones de personas recibían prestaciones del SSD (descontados los asegurados en el sector privado); esta cifra representa un 2,7 por 100 de la población total. En el año 1996, cuando el SSD comenzó a financiar la asistencia institucionalizada, la cifra de beneficiarios ascendía a 1,55 millones. El continuo aumento del número de personas mayores seguirá empujando al alza las cifras de beneficiarios del SSD. De acuerdo con las previsiones del Departamento Federal de Estadística (Statistisches Bundesamt, 2008b: 24), en 2030 el porcentaje de la población dependiente sobre la población total podría situarse en 4,4 por 100.

El SSD concede prestaciones independientemente de la edad de la persona dependiente. El gráfico 1 revela, sin embargo, que la gran mayoría (bastante más del 80 por 100) de los beneficiarios tiene 65 años o más. Por grupos de edad, se aprecia cómo la proporción de personas dependientes aumenta con la edad. La tasa más elevada de dependencia se registra entre los más mayores, los que tienen más de 90 años. Por otra parte, la tasa de dependencia de las mujeres mayores supera a la de los varones en los mismos grupos de edad. Más de dos tercios de los beneficiarios del SSD son mujeres, predominio que se debe a que alcanzan en mayor medida que los varones edades en las que el riesgo de dependencia aumenta.

Desde 2002, la mayoría absoluta de las personas dependientes recibe prestaciones correspondientes al nivel de dependencia más bajo, nivel I (gráfico 2). La proporción de personas dependientes clasificadas en este nivel ha ascendido de manera continuada desde 40,1 por 100 en 1996 hasta 54,5 por 100 en 2009, mientras que el porcentaje de las clasificadas en el nivel II se ha reducido, en el mismo pe-

GRÁFICO 1
TASA DE DEPENDENCIA POR GRUPOS DE EDAD (2007)



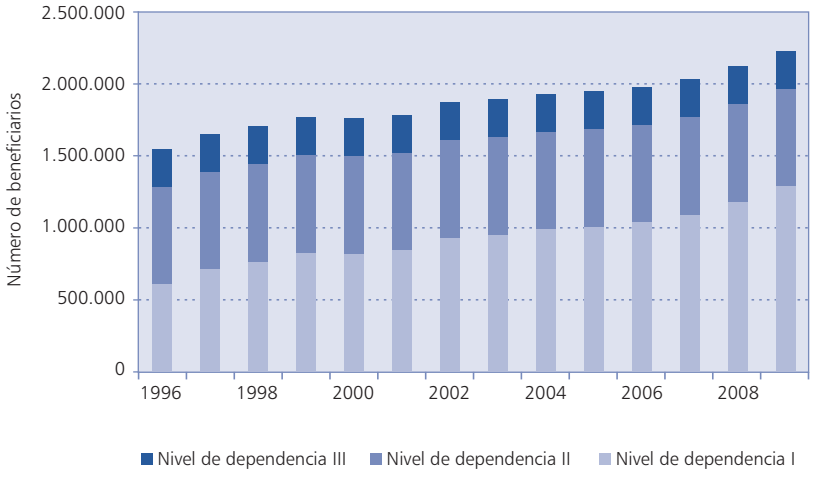
Fuente: Statistisches Bundesamt (2008a).

riodo, de 43,3 por 100 a 33,2 por 100. En contraste, el porcentaje de las personas con dependencia muy severa (nivel III) sólo ha disminuido ligeramente: de 16,6 por 100 a 12,3 por 100 (BMG, 2010a). De este modo, el número de personas evaluadas como dependientes ha aumentado sustancialmente, pero una proporción menor de ellas se halla (formalmente) en situación de dependencia severa o muy severa.

El gráfico 3 ilustra la proporción de personas dependientes según el modo de asistencia prestada. En conjunto, en el año 2000, más de dos terceras partes de las personas dependientes recibían asistencia doméstica (1,5 millones). De ello se desprende la primacía de este tipo de asistencia, que, como se describió arriba, también ha quedado normativamente anclada. Ahora bien, el porcentaje de los beneficiarios que reciben asistencia institucionalizada ha aumentado de 24,8 por 100 en 1996 a más de 31 por 100 en 2009. En cambio, el de aquellos que cobran exclusivamente el subsidio económico para recibir asistencia de parientes u otros cuidadores no profesionales se ha visto reducido. Desde 2005 estas tendencias parecen haberse detenido: no se aprecia un retroceso claro de la asistencia doméstica por cuidadores informales, ni tampoco un aumento de la asistencia profesional a través de residencias asistidas o de servicios ambulatorios (Statistisches Bundesamt, 2008a: 4).

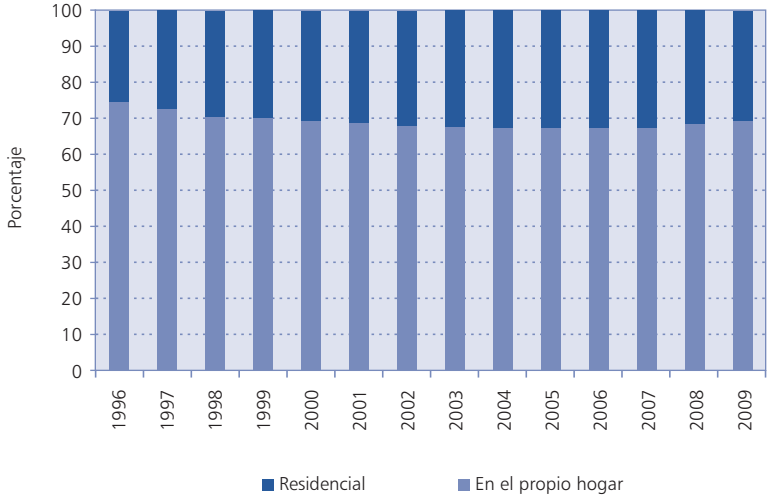
La mayoría de las personas dependientes clasificadas en el nivel I es asistida exclusivamente por familiares en el ámbito doméstico (gráfico 4; Statistisches Bundesamt, 2008: 12). Pero estos cuidadores se sienten crecientemente desbordados cuando la asistencia va asociada a un empleo intensivo de tiempo o cuando requiere cualificaciones específicas.

GRÁFICO 2
BENEFICIARIOS DEL SSD SEGÚN EL NIVEL DE DEPENDENCIA



Fuente: BMG (2010b).

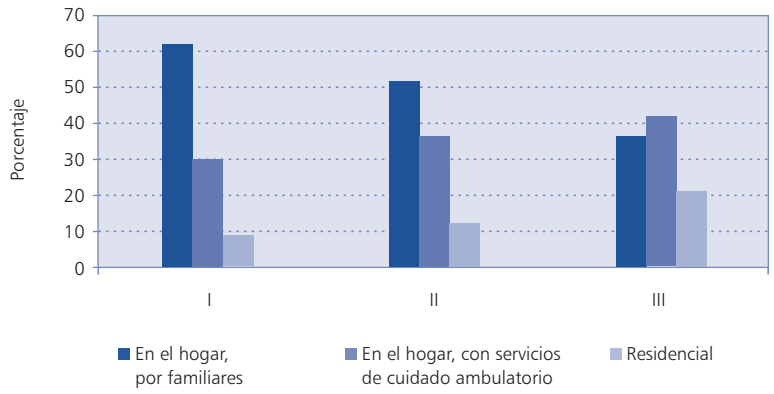
GRÁFICO 3
PORCENTAJE DE PERSONAS DEPENDIENTES SEGÚN EL MODO DE ASISTENCIA



Fuente: BMG (2010b).

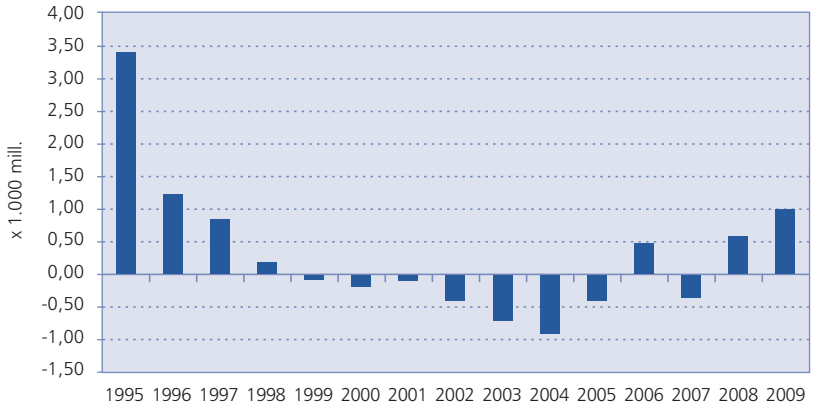
Entre los dependientes clasificados en los niveles II y III intervienen por ello, cada vez con más frecuencia, los servicios de cuidados ambulatorios, apoyando a los cuidadores informales. Muchas personas dependientes clasificadas en el nivel III no pueden ser asistidas en casa,

GRÁFICO 4
PERSONAS DEPENDIENTES SEGÚN EL NIVEL DE DEPENDENCIA Y EL MODO DE ASISTENCIA (2007)



Fuente: Statistisches Bundesamt (2008).

GRÁFICO 5
EVOLUCIÓN DE LA FINANCIACIÓN DEL SSD (SUPERÁVIT Y DÉFICIT)



Fuente: BMG (2010c).

por lo que registran la proporción más alta de los que reciben asistencia institucionalizada.

La introducción del SSD aumentó la responsabilidad financiera del Estado en la cobertura del riesgo de dependencia, multiplicándose por un factor de 2,6 (Hinrichs 1995: 254). En 1997, el primer año de implementación completa del SSD, los gastos de este seguro ascendieron a 15,9 millardos de euros; desde entonces han aumentado progresivamente, hasta situarse en 20,3 millardos en 2009. A diferencia de los seguros de pensiones, y recientemente también de los seguros de enfermedad y desempleo, el SSD no cuenta con aportaciones del Gobierno federal provenientes de impuestos generales. Las prestaciones han de ser cubiertas en su totalidad por las cotizaciones sociales. Por ello, no sólo el número y la estructura de los beneficiarios y el modo de la asistencia (informal, ambulatoria o institucionalizada) resultan decisivos para la situación financiera del SSD, sino también el número de ocupados cotizantes, así como la evolución de sus salarios brutos.

El gráfico 5 pone de manifiesto la existencia de un superávit de 3,4 millardos de euros en el año 1995, resultado de que las cotizaciones comenzaron a cobrarse desde el 1 de enero, pero las prestaciones para la asistencia doméstica no se ofrecieron hasta abril. Desde entonces, en casi todos los años se ha registrado déficit, el mayor hasta ahora en 2004, con 0,8 millardos de euros. Que este déficit no creciera todavía más en los años siguientes se debió, por una parte, a los ingresos adicionales como consecuencia del aumento de la cotización para asegurados sin hijos; por otra parte, en el año 2006 se adelantó el cobro de las cotizaciones, de tal manera que el SSD ingresó 13 cotizaciones mensuales. El balance de 2007 fue de nuevo negativo. El saldo positivo de 2008 obedece al aumento, a partir del 1 de julio, de la tasa de cotización regular a 1,95 por 100. Al final del año 2009, el SSD disponía de una reserva de 4,8 millardos de euros, cantidad que permite enjugar el déficit durante una serie de años (BMG, 2010a).

V. REFORMAS DE LA NORMATIVA TRAS LA INTRODUCCIÓN DEL SEGURO SOCIAL DE DEPENDENCIA

La Ley del Seguro Social de Dependencia ha sido objeto de diversas reformas desde su aprobación (2002, 2004, 2005 y 2008), si bien,

hasta el momento, se ha resistido a una reforma estructural repetidamente demandada, que, ante todo, coloque la financiación sobre una base duraderamente sólida. A continuación se presentan cronológicamente las reformas introducidas.

El 1 de enero de 2002 entraron en vigor dos nuevas piezas legislativas: la Ley Complementaria de Prestaciones por Dependencia y la Ley de Aseguramiento de la Calidad Asistencial. La Ley (original) de 1994 no preveía prestación alguna para personas que precisaran cuidados pero no cumplieran los criterios de los niveles de dependencia I a III. Además, no contemplaba la posibilidad de esfuerzos asistenciales reforzados para algunas personas dependientes clasificadas en alguno de los tres niveles. Según la Ley Complementaria, todas las personas que presentan una necesidad objetiva de cuidados, como por ejemplo enfermos de demencia, personas con discapacidad mental o perturbaciones psíquicas pueden reclamar, al margen de las prestaciones del SSD, ayudas complementarias. Son titulares de tales derechos las personas con limitaciones considerables para llevar a cabo las actividades de la vida diaria. Ello incluye al círculo de personas que rodea a los dependientes clasificados en los niveles I a III, así como también a personas dependientes que no alcanzan el nivel I (quedándose en el denominado «nivel 0»). Las prestaciones están ligadas a una finalidad, es decir, se financian gastos complementarios para asistencia profesional (como, por ejemplo, la asistencia diaria o nocturna, o la asistencia durante breves periodos) hasta un importe de 100 (importe básico) o 200 euros (importe elevado) mensuales. Por su parte, la Ley de Calidad tiene por objeto reforzar la protección de los consumidores de servicios asistenciales y la calidad de la asistencia, obligando, por ejemplo, a los establecimientos que prestan cuidados a introducir la gestión de calidad (Rothgang, 2010: 448-9).

Desde abril de 2004, los pensionistas tienen que pagar la cotización completa al seguro de dependencia. Hasta entonces, el sistema de pensiones asumía la mitad de la cotización, en analogía a la financiación paritaria de las cotizaciones sociales entre trabajadores y empresarios. Se argumentó, sin embargo, que los pensionistas no habían podido renunciar a una jornada festiva remunerada, como sí lo habían hecho los trabajadores. En realidad, el principal propósito de este cambio no fue otro que el de contribuir a la sostenibilidad financiera del sistema de pensiones. La modificación supuso, en rigor, una reducción de la pensión; careció, sin embargo, de efectos sobre la situación financiera del Seguro Social de Dependencia.

En cambio, sí resultó relevante para la evolución financiera del SSD una modificación ulterior, que entró en vigor en 2005. Remite a una sentencia del Tribunal Constitucional Alemán de 2001, y posiblemente no resulte fácil de comprender fuera de Alemania. La sentencia se basó en jurisprudencia de 1992; entonces, el Tribunal Constitucional resolvió que las contribuciones «naturales» que hacen los padres (adicionalmente) al sistema público de pensiones en forma de cotizantes futuros debían considerarse junto con las «monetarias», y ello porque sin una «próxima generación» de cotizantes el sistema resultaría inviable. El Tribunal «obligó» así al legislador a retribuir la crianza y educación de los hijos a la hora de generar derechos de pensión para compensar las cargas que asumen los padres en beneficio de la Seguridad Social.

Sobre esta sentencia se apoya una demanda contra la Ley del Seguro Social de Dependencia, que argumentaba del siguiente modo: las personas dependientes con hijos pueden seguir contando, en gran medida, con su ayuda no retribuida o tienen más probabilidades de recibir únicamente subsidios «baratos» para cubrir la asistencia doméstica por parte de cuidadores no profesionales; sólo cuando se agota este potencial de solidaridad familiar se recurre a formas de provision que causan gastos públicos más elevados. En cambio, las personas dependientes sin hijos pueden hacer valer desde el principio el derecho a prestaciones en especie más caras, ofrecidas bien de forma ambulatoria por parte de cuidadores profesionales, bien a través de la institucionalización. Además, las cotizaciones con las que se cubren los gastos de dependencia son aportadas, en gran medida, por cotizantes jóvenes que prestan asistencia directa a sus padres o están dispuestos a hacerlo en caso de necesidad. Por añadidura, según sigue el argumento, las personas sin hijos pueden acumular efectivos patrimoniales claramente más altos que, gracias a las prestaciones del SSD, quedan protegidos (o se consumen sólo después de sufrir estados de dependencia durante mucho tiempo). En cambio, las familias con hijos han de soportar gastos adicionales para la crianza de estos y, a menudo, la pérdida temporal de ingresos por trabajo durante ese periodo de crianza, por lo que no sólo pueden generar menos ahorros, sino también han de conformarse con una pensión comparativamente menor. Si con la edad se convierten en personas dependientes y el potencial de asistencia familiar no basta, no les queda más remedio que recurrir a la «ayuda social», con todas sus consecuencias (Hinrichs, 1995).

Dada la importancia de la «próxima generación» para el mantenimiento del SSD, el Tribunal Constitucional reconoció la existencia de una desventaja, susceptible de corrección, sufrida por las familias con hijos y, en su sentencia del año 2001, exigió una diferenciación de las cotizaciones basándose en el siguiente argumento: no es compatible con la Ley Fundamental (la Constitución alemana) que los asegurados del SSD que cuidan de niños y los educan paguen la misma cotización que los asegurados sin hijos (Bundesverfassungsgericht, 2001; Ruland, 2001). Así se plasmó en una nueva norma, de la que cabe destacar que no fueron los asegurados con hijos los que se beneficiaron de una descarga contributiva, toda vez que para ellos se decidió aplicar la tasa entonces vigente de 1,7 por 100; antes bien, se elevó la carga de los asegurados sin hijos, consiguiendo de este modo ingresos más elevados para el deficitario SSD. En efecto, la tasa de cotización para los asegurados sin hijos, una vez cumplidos 23 años, se aumentó, desde el 1 de enero de 2005, en 0,25 puntos porcentuales (hasta el 1,95 por 100). Esa cotización adicional no se financia paritariamente, sino que la soporta exclusivamente el asegurado.

La reforma más reciente y hasta ahora más relevante, la Ley de Desarrollo de la Asistencia, entró en vigor el 1 de julio de 2008. Los principios innovadores se encuentran, sobre todo, en la parte de las prestaciones. Rothgang y Dräther (2009: 50) han valorado, en particular, las medidas «infraestructurales» como, por ejemplo, la introducción de una asesoría asistencial (gestión de casos) y de puntos de apoyo asistenciales. Además, se prevén algunos cambios en el ámbito de la gestión de calidad que mejoren la transparencia y la competencia entre los prestadores de servicios. Con este cometido, se ha previsto aumentar la frecuencia de las pruebas de calidad, exigiendo la publicación de sus resultados (en forma de calificaciones), al objeto de facilitar a las personas dependientes (o a sus familiares) la elección entre proveedores.

Por lo demás, como medida de refuerzo de la asistencia doméstica por parte de parientes se introdujo en la legislación laboral la «excedencia por cuidados», que permite a los trabajadores disfrutar de un permiso no retribuido de hasta seis meses, siempre que la persona dependiente sea cuidada en casa y se halle clasificada, como mínimo, en el nivel de dependencia I. También se prevé la posibilidad de una excedencia parcial (en forma de trabajo a tiempo parcial), cuya solicitud puede, no obstante, ser rechazada por el empleador en virtud de razones de conveniencia empresarial. Si la dependencia de un familiar sobreviene de repente y se ha de organizar un arreglo asistencial, se puede asimismo hacer valer el derecho a una excedencia breve de hasta diez días.

Por otra parte, la reforma de 2008 también aumentó la tasa de cotización en 0,25 puntos porcentuales, hasta 1,95 por 100 (2,2 por 100 para quienes no tienen hijos), con el fin de financiar la revalorización de las prestaciones. Estas últimas, cuyo importe quedó fijado en la Ley de 1994 para los diferentes niveles de dependencia, no se habían actualizado desde la introducción del SSD, lo cual, habida cuenta de los precios crecientes de las prestaciones asistenciales, había supuesto pérdidas considerables en términos reales y, en consecuencia, la necesidad de mayores esfuerzos económicos por parte de las propias personas dependientes. Para el ámbito de la asistencia institucional, Rothgang y Dräther (2009: 52) han calculado un descenso del poder adquisitivo —y, por tanto, una pérdida correspondiente del valor real de las prestaciones asistenciales provistas por el SSD— del 15 por 100 desde 1996. Conforme a lo establecido en la Ley de 2008, el desfase que se ha producido ha de irse cubriendo mediante una revalorización progresiva hasta 2012; a partir de ese año, la revalorización se aplicará periódicamente. La información recogida en el cuadro n.º 1 pone de manifiesto que la subida gradual de las prestaciones varía tanto entre los diferentes niveles de dependencia como según la modalidad de la provisión. Se aprecia claramente la intención de estimular la preferencia por la asistencia doméstica. Estas prestaciones son las que más aumentan, mientras que las correspondientes a la asistencia institucionalizada para los niveles I y II permanecen invariables, y las correspondientes a la asistencia para el nivel III crecen escasamente, con lo cual quienes no pueden satisfacer sus necesidades de cuidado a través de la asistencia doméstica se ven obligados a asumir personalmente cargas económicas crecientes. En conjunto, la revalorización resulta insuficiente, toda vez que, en el mejor de los casos, compensa los aumentos de precios para prestaciones asistenciales profesionales entre 2007 y 2012; desde luego, no equilibra la pérdida de poder adquisitivo durante los primeros doce años de aplicación del SSD (Rothgang, 2010: 452).

Este desajuste tampoco lo resuelve la Ley de Desarrollo Asistencial de 2008 cuando encomienda al Gobierno federal que compruebe «periódicamente» la necesidad de revalorización de las prestaciones hasta 2015, y posteriormente lo haga trianualmente. Según la

norma, esa actualización trianual no podrá, en ningún caso, superar ni la tasa de inflación general ni el crecimiento de los salarios, y se producirá sólo cuando la situación económica general lo permita. Así pues, cabe anticipar que la actualización de las prestaciones por dependencia será recurrentemente motivo de conflictos políticos. En cualquier caso, la pérdida de poder adquisitivo seguirá aumentando, puesto que las subidas de precios en un sector tan intensivo en el empleo de personas como el asistencial, que apenas permite ganancias de productividad, se mantendrán muy probablemente por encima de la tasa general de inflación.

El problema de la insuficiente revalorización de las prestaciones sólo se podría resolver si el SSD dispusiera de manera estable de más ingresos de los que ha dispuesto hasta ahora. Y es que, incluso según las previsiones del Gobierno federal, los ingresos que ha procurado el aumento de la tasa de cotización establecido a partir del 1 de julio de 2008 sólo bastarán para financiar las prestaciones por dependencia hasta 2014. A partir de ese año, el SSD incurrirá previsiblemente de nuevo en déficit (Bundesregierung, 2008: 55). Estos datos perfilan la reforma global y sostenible de la financiación del SSD como el problema más urgente de todos los relacionados con la protección social de la dependencia.

VI. LOS FUTUROS PROBLEMAS (DE FINANCIACIÓN)

Como ya se ha expuesto en los apartados previos, el SSD ha registrado desde su introducción un crecimiento continuo del gasto. Sólo dos factores lo han frenado y siguen frenándolo. Por una parte, la estricta definición del concepto de dependencia que hace el SSD y el riguroso informe médico que se requiere para justificar el derecho a la prestación, y para clasificar a los beneficiarios en los niveles de dependencia, han podido evitar un aumento incontrolado de los beneficiarios (se han concedido aproximadamente siete de cada diez solicitudes como promedio durante todo el periodo). Por otra parte, las tarifas fijadas en la Ley de 1994 y no revalorizadas hasta 2008 han acabado reduciendo el gasto por beneficiario. Ello trajo consigo el aumento de los gastos asistenciales costeados con medios propios de los beneficiarios (incluidos los pagos de alojamiento y manutención en las residencias), que entretanto representan en torno al 30 por 100 de los gastos totales que se efectúan en concepto de asistencia a personas dependientes en la República Federal (Rothgang, 2010: 447). Con semejantes pagos adicionales se sobrecarga a las personas dependientes, en particular cuando precisan asistencia institucionalizada de larga duración. De ahí que haya crecido el número de quienes han de recurrir a prestaciones de «ayuda social» complementariamente. En 1994, el año anterior a la introducción del SSD, 454.000 personas recibieron «la ayuda para la asistencia» (*Hilfe zur Pflege*); en 1998, el número se redujo a 222.000, pero en 2008 ya eran otra vez 312.000 (Bundesregierung, 2008: 29; Dorn, 2010: 67). Esta evolución debilita la legitimación del SSD, cuya introducción respondió esencialmente al propósito de evitar la dependencia de la «ayuda social» (si bien otro propósito, tan importante como este, fue el de descargar financieramente a los municipios y los *Länder*). Pero incluso si la clase política obvia la cuestión de la insuficiencia de las prestaciones o de su actualización, el creciente número de beneficiarios, por razones demográficas, y la necesidad cada vez mayor de recurrir a la asistencia profesional, siempre «más cara», empujarán al alza los gastos del Seguro Social de Dependencia.

El incremento constante de los gastos concurre con un débil desarrollo de los ingresos del SSD. El volumen ingresado por cotizaciones depende del número de asegurados con obligación de cotizar y del importe de las rentas sujetas a cotización. Ambas magnitudes han evolucionado desfavorablemente para la situación de la Seguridad Social en general, y por tanto también para el SSD. El número de empleados cotizantes a la Seguridad Social se redujo de 28, 2 millones en 1994 a 27,4 en 2009. Este retroceso no parece muy grave, pero ocurre que entre los cotizantes hay ahora muchos más empleados a tiempo parcial, con menores retribuciones sujetas a cotización (en 1994, 3,3 millones; en 2009, 5,2 millones). Por lo demás, Alemania pertenece a los países de la Unión Europea que han registrado tasas más bajas de crecimiento salarial durante las dos últimas décadas: las retribuciones acordadas por convenio subieron entre 1995 y 2009 sólo el 32,8 por 100 en términos nominales (en promedio, un 2 por 100 anual). Esta evolución afectó asimismo a las pensiones públicas, también sujetas a cotización, que entre 1994 y 2009 sólo aumentaron un 15,6 por 100, como consecuencia de la aplicación de sucesivas reformas del sistema de pensiones orientadas hacia el recorte de los gastos. Finalmente, diversas reformas del mercado de trabajo han suprimido o han recortado las cotizaciones al SSD para quienes tienen empleos «menores» o están desempleados. No es, por tanto, sorprendente que

el SSD, pese al aumento de las tasas de cotización y (hasta 2008) el mantenimiento de prestaciones nominalmente invariables, haya arrojado déficit en la mayoría de los años transcurridos desde 1995.

A la luz de la proporción creciente de gente mayor y del correspondiente aumento del número de personas dependientes, la tasa de cotización habrá de seguir creciendo. El informe de la Comisión Sostenibilidad de la Financiación de los Sistemas de Aseguramiento Social, presentado en 2003, pronosticó una subida de hasta el 3,0 por 100 en 2040 (BMGS, 2003: 190). Proyecciones más pesimistas anuncian tasas de cotización entre 3,5 y 4,5 por 100 para ese año (Häcker y Raffelhüschen, 2008: 32-3). Cabe dudar de si un aumento de tal magnitud de una cotización paritariamente financiada resulta aceptable, más todavía si se tiene en cuenta que, por motivos similares, habrá que esperar también tasas de cotización más altas para cubrir los costes de las pensiones y de las prestaciones sanitarias. Los críticos del SSD argumentan que la decisión que se adoptó en 1994 a favor de un sistema de reparto fue un «error» (por ejemplo, Häcker y Raffelhüschen, 2008) y defienden la sustitución total del SSD de forma gradual por un seguro obligatorio de capitalización. No obstante, contra esta reivindicación se esgrimen los argumentos que ya se formulaban antes de 1994, concretamente que la presión financiera será considerablemente más alta hasta que se extingan totalmente los compromisos del actual SSD. De ahí que una transformación total del SSD se perciba como una opción poco realista.

Más plausibles resultan los modelos de capitalización parcial, bien como aseguramiento privado complementario a las prestaciones del SSD, bien como acumulación de una reserva de capital en el marco del SSD para amortiguar el aumento futuro de la tasa de cotización en las próximas décadas. En cualquier caso, la capitalización parcial implica para los asegurados actuales y futuros una mayor carga contributiva. Como otra posible opción de reforma, se discute que el SSD se financie no sólo mediante las contribuciones de los asegurados, sino, análogamente a otros programas de la Seguridad Social (por ejemplo, las pensiones, la sanidad y el desempleo), que el Gobierno federal realice aportaciones de ingresos fiscales generales. Esta opción hallaría también respaldo en argumentos de política distributiva, ya que las cotizaciones realizadas sobre bases sujetas a tope (en 2011, 3.712,50 euros) tienen efectos regresivos, mientras que una financiación mediante impuestos generales, aunque sólo fuera parcial, provocaría efectos distributivos progresivos. Pero también esta propuesta suscita argumentos contrarios, que ya se formulaban antes de 1994: el deterioro de la situación presupuestaria de la Federación y los *Länder* (y la magnitud de la deuda pública), que la crisis financiera ha ahondado, resta a esta propuesta de reforma visos de probabilidad. Prosperará más probablemente la propuesta de complementar el SSD mediante un seguro adicional, de suscripción obligatoria y capitalizado. Un seguro de esas características se anunció ya en el acuerdo del Gobierno de coalición entre los cristianodemócratas y los liberales en 2009, pero hasta bien entrado el verano de 2010 no se presentó una propuesta concreta.

El debate sobre el SSD incluye, además de la cuestión de la financiación de prestaciones asistenciales, también la de la limitada definición del concepto de dependencia. Desde la aprobación de la Ley Complementaria de 2001, las personas con elevadas necesidades asistenciales comprobadas que quedan, no obstante, fuera de la clasificación por niveles de dependencia también reciben prestaciones del SSD. La reforma asistencial de 2008 ha traído consigo una nueva mejora para este grupo de personas, pero no ha puesto fin a la discusión sobre este tema. Así, en el año 2006 se creó una comisión de expertos a la que se encargó el desarrollo de un concepto nuevo de dependencia y de su correspondiente procedimiento de valoración. En enero de 2009, dicha comisión presentó su primer informe y recomendó la clasificación de las personas dependientes según cinco grados de necesidad, en lugar de en tres niveles de dependencia. El procedimiento de evaluación propuesto contempla deterioros cognitivos y comportamientos anómalos, así como también la necesidad de vigilancia continuada para el cuidado de personas afectadas por demencias (BMG, 2009). En mayo de 2009 se publicó un segundo informe sobre la determinación de las prestaciones en función de los grados de necesidad asistencial. Sin embargo, la esperada reforma legislativa no se ha producido.

Recuérdese, por otra parte, que la superación del «estado de emergencia asistencial» representó un objetivo esencial de la introducción del SSD. Ciertamente, la calidad de la asistencia profesional ha mejorado (al margen de los escándalos relacionados con estas cuestiones publicados repetidamente). También se ha acabado con las listas de espera para acceder a plazas en residencias asistidas, mientras que con el desarrollo de la infraestructura asistencial ha aumentado el número de los ocupados en la asis-

tencia ambulatoria e institucionalizada. A finales de 2005, 760.000 personas se hallaban ocupadas en este sector; de ellas, sólo 546.000 en el ámbito residencial (Bundesregierung, 2008: 97). Al mismo tiempo, el número de cuidadores de personas mayores con formación específica ha aumentado. No obstante, se cierne la amenaza de un nuevo estado de emergencia asistencial, ya que el aumento del número de personas dependientes implica un incremento de la demanda de cuidadores cualificados. El Instituto WiFOR de Darmstadt ha pronosticado que para el año 2030 se habrá doblado el número de empleados en el ámbito asistencial, alcanzando una cifra aproximada de 1,5 millones (*Frankfurter Rundschau*, 2010). Ante la previsible reducción de la población activa (las cohortes que ingresan en el mercado de trabajo son cada vez más pequeñas), cabe imaginar en un futuro próximo un déficit importante de personal asistencial especializado, que sólo se podrá evitar si la pesada actividad del cuidado de las personas dependientes adquiere mayor atractivo (también en sus aspectos económicos), lo cual redundaría, a su vez, en un mayor aumento del gasto.

La carencia de personal cualificado y otro tipo de consideraciones económicas favorecen a menudo que las personas dependientes y sus parientes opten por emplear a personal de países de Europa Central y del Este. Acogiéndolos en los hogares de las personas dependientes, se puede garantizar una asistencia de 24 horas; además, la provisión de asistencia y cuidado (mayoritariamente) por mujeres de estos países resulta (más) económica (Husmann, 2010; Hoffer, 2010) (3). Se estima que entre 60.000 y 150.000 cuidadores de esos países trabajan en hogares alemanes (Husmann, 2010) (4). La situación jurídica de estos cuidadores es, con frecuencia, todo menos clara, tanto para las personas dependientes como para sus parientes. Cabe distinguir tres modalidades de empleo de este personal asistencial. En primer lugar, la persona dependiente puede ofrecer un contrato de trabajo al cuidador, con los respectivos derechos y obligaciones. Tras la ampliación de la Unión Europea en 2003, Alemania ha hecho uso de su derecho de limitar el acceso al mercado de trabajo nacional: durante la fase de transición, hasta abril de 2011, los ciudadanos de países de Europa Central y del Este han precisado una autorización para trabajar que sólo permite asistencia en el hogar, y no prestaciones de cuidado. Por lo demás, la relación de empleo está sujeta a la obligación fiscal y de cotización. En segundo lugar, los cuidadores de estos países pueden emplearse como autónomos y establecerse en Alemania, puesto que disfrutan de libertad para prestar servicios como autónomos, sin precisar autorización de trabajo. En tercer lugar, las personas dependientes pueden dirigirse a agencias de intermediación nacionales que contactan con los servicios asistenciales extranjeros. En este último caso, se firma un contrato con ambas instituciones.

En relación con el empleo de personal asistencial de otros países europeos, surgen dos problemas: el trabajo sumergido y los falsos autónomos. Los datos sobre el número de ocupados ilegalmente oscilan entre los 30.000 y los 100.000 (Husmann, 2010: 48). Razones económicas (el pago de impuestos y de cotizaciones a la Seguridad Social) y burocratismo se alegan con frecuencia para justificar la desviación hacia prácticas ilegales, pero mayoritariamente toleradas.

VII. RESUMEN

La introducción del SSD supuso el reconocimiento de la dependencia como riesgo social y la definición de la prestación asistencial a estas personas como una tarea de toda la sociedad. La práctica totalidad de la población ha quedado integrada en este nuevo programa de la Seguridad Social, que se diseñó como un sistema de reparto, de tal manera que las personas evaluadas, conforme a lo establecido en la legislación, como dependientes pudieron beneficiarse inmediatamente de las prestaciones, sin necesidad de que antes se acumularan reservas de capital. Gracias al SSD, el número de personas dependientes que no podían cubrir totalmente con ingresos y patrimonio propios los elevados costes de la asistencia ambulatoria o institucionalizada, y tenían por ello que recurrir a la «ayuda social», se ha visto considerablemente reducido, al tiempo que las arcas municipales han experimentado un notable alivio.

El aumento masivo del gasto público en el ámbito asistencial ha ido de la mano de una expansión del sector asistencial formal y del avance de la calidad asistencial, aun cuando persista la necesidad de mejoras. El subsidio de asistencia (*Pflegegeld*) y otras ventajas reconocidas a los cuidadores informales (en particular, la mejora de sus derechos de pensión) han contribuido, de momento, a mantener la disposición de familiares a prestar cuidados. Sin embargo, los cambios sociodemográficos provocarán un retroceso del predominio actual de la provisión de cuidados domésticos e informales, reforzando la esperable carencia de cuidadores profesionales.

Con todo, el mayor problema del SSD reside en consolidar una base financiera duradera para este

ámbito de la Seguridad Social. Hasta ahora, más allá de la discusión de diferentes opciones, no se ha conseguido avanzar una reforma estructural de la financiación del SSD. Una reforma semejante ha de encontrar una solución al problema de que, en razón de la insuficiente actualización de la oferta de prestaciones, cada vez más personas mayores han de asumir costes de asistencia ambulatoria e institucionalizada no cubiertos por el SSD. Cuando así sucede, falla el cumplimiento de un objetivo central del SSD, concretamente evitar la dependencia de la «ayuda social». El creciente número de personas que precisan recurrir a este tipo de prestaciones de «ayuda social», que sólo se conceden previa prueba de recursos de los solicitantes, muestra la necesidad de encontrar pronto una respuesta a esta acuciante cuestión.

NOTAS

(*) Traducido del alemán por Elisa Chuliá Rodrigo.

(1) Véanse Götting y Hinrichs (1993), Götting *et al*. (1994) y Hinrichs (1995).

(2) Los empleos «menores» (*geringfügige Beschäftigung*) se caracterizan por su baja retribución (como máximo 400 euros mensuales) y habitualmente los contratos correspondientes son de escasa duración temporal (nota de la traductora).

(3) De acuerdo con las investigaciones de Husmann (2010: 30), desde los países de Europa Central y del Este se ofrecen servicios asistenciales para prestar cuidados durante 24 horas por importes —según la intensidad de la asistencia— que van desde 1.500 a 2.500 euros. Los cuidadores autónomos piden entre 1.400 y 1.900 euros. En el mercado de trabajo sumergido se encuentran ofertas entre 800 y 1.400 euros. Las prestaciones de servicios asistenciales nacionales se retribuyen, en cambio, con sumas más elevadas (entre 2.700 y 3.200 euros).

(4) Los datos difieren porque se basan en declaraciones no coincidentes del Ministerio Federal de Sanidad, de la Asociación Federal de Proveedores Privados de Servicios Sociales (*Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste*), del Instituto Alemán para la Investigación Asistencial (*Deutsches Institut für Pflegeforschung e.V.*) y de la Asociación Federal de las Agencias de Intermediación para Asistencia Doméstica y Cuidado de Mayores (*Bundesverband der Vermittlungsagenturen für Haushaltshilfen und Seniorenbetreuung*). Véase al respecto Husmann (2010: 30).

BIBLIOGRAFÍA

BMGS (Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung), ed. (2003), *Bericht der Kommission «Nachhaltigkeit in der Finanzierung der Sozialen Sicherungssysteme»*, Berlín.

BMG (Bundesministerium für Gesundheit) (2009), *Bericht des Beirats zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs*, Berlín.

— (2010a), *Zahlen und Fakten zur Pflegeversicherung* (05/10), Berlín (www.bmg.bund.de).

— (2010b), *Leistungsempfänger der sozialen Pflegeversicherung am Jahresende nach Pflegestufen*, Berlín (www.bmg.bund.de).

— (2010c), *Die Finanzentwicklung der Sozialen Pflegeversicherung*, Berlín (www.bmg.bund.de).

BUNDESREGIERUNG (2008), *Vierter Bericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung. Unterrichtung durch die Bundesregierung*, Deutscher Bundestag, Drucksache 16/7772 (v. 17.01.2008), Berlín.

BUNDESVERFASSUNGSGERICHT (2001), «Urteil des Ersten Senats vom 3.4.2001», 1 BvR 1629/94-, Karlsruhe (mimeo.).

DORN, Markus (2010), «Ergebnisse der Sozialhilfestatistik 2008», *Wirtschaft und Statistik,* 1: 60-73.

Frankfurter Rundschau (2010), «Studie: Pflege größer als Autoindustrie», 8 de agosto.

GÖTTING, Ulrike, y Karl HINRICHS (1993), «Probleme der politischen Kompromissbildung bei der gesetzlichen Absicherung des Pflegefallrisikos – Eine vorläufige Bilanz», *Politische Vierteljahresschrift* 34(1): 47-71.

GÖTTING, Ulrike; HAUG, Karin, y Karl HINRICHS (1994), «The long road to long-term care insurance in Germany: A case study in Welfare State expansion», *Journal of Public Policy* 14(3): 285-309.

HÄCKER, Jasmin, y Bernd RAFFELHÜSCHEN (2008), *Die Pflegeversicherung in der Krise. Renditen, Leistungsniveau und Versorgungslücken*, Colonia, Deutsches Institut für Altersvorsorge (Eigenverlag).

HINRICHS, Karl (1995), «Die Soziale Pflegeversicherung – eine institutionelle Innovation in der deutschen Sozialpolitik», *Staatswissenschaften und Staatspraxis* 6(2): 227-259.

HOFFER, Heike (2010), «Irreguläre Arbeitsmigration in der Pflege: Rechtliche und politische Argumente für das notwendige Ende einer politischen Grauzone», en: SCHEIWE, Kirsten, y Johanna KRAWIETZ (eds.), *Transnationale Sorgearbeit. Rechtliche Rahmenbedingungen und gesellschaftliche Praxis*, Wiesbaden, VS Verlag: 95-120.

HUSMANN, Manfred (2010), «Rechtliche Rahmenbedingungen bei grenzüberschreitender Haushalts- und Pflegearbeit», en: SCHEIWE, Kirsten, y Johanna KRAWIETZ (eds.), *Transnationale Sorgearbeit. Rechtliche Rahmenbedingungen und gesellschaftliche Praxis*, Wiesbaden, VS Verlag: 29-56.

ROTHGANG, Heinz (2010), «Social insurance for long-term care: an evaluation of the German model», *Social Policy and Administration* 44(4): 436-460.

ROTHGANG, Heinz, y Hendrik DRÄTHER (2009), «Zur aktuellen Diskussion über die Finanzierungsreform der Sozialen Pflegeversicherung», en: DRÄTHER, Hendrik; JACOBS, Klaus, y Heinz ROTHGANG (eds.), *Fokus Pflegeversicherung. Nach der Reform ist vor der Reform*, Berlín, Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO): 41-69.

RULAND, Franz (2001), «Das BVerfG und der Familienlastenausgleich in der Pflegeversicherung», *Neue Juristische Wochenschrift* 54(23): 1673-1678.

STATISTISCHES BUNDESAMT (2008a), *Pflegestatistik 2007. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse*, Wiesbaden.

— (2008b), *Demografischer Wandel in Deutschland. Auswirkungen auf Krankenhausbehandlungen und Pflegebedürftige im Bund und in den Ländern*, Heft 2, Wiesbaden.

LA DEPENDENCIA (EL QUINTO RIESGO) Y LOS CUIDADOS DE LARGA DURACIÓN EN FRANCIA (*)

Sandrine DUFOUR-KIPPELEN
Marie-Eve JOËL
LEDa-LEGOS, Université Paris Dauphine

Resumen

Este artículo trata de la oferta y la financiación de los cuidados de larga duración en Francia para personas dependientes mayores de 60 años. Desde principios del siglo XXI, se han hecho progresos importantes tanto en el diseño institucional de la protección social de la dependencia como en el desarrollo de planes de actuación y de prestaciones concretas, pero el sistema adolece de problemas de eficacia y coordinación. Con todo, la principal preocupación reside en el previsible aumento del gasto dedicado a cubrir esta contingencia como consecuencia del envejecimiento de la población. Aun cuando la compensación personalizada para la autonomía se contempla como un derecho universal, en el actual contexto de disciplina fiscal parece probable que se mantenga el protagonismo de la familia en este ámbito de protección social y que el mercado de seguros privados de dependencia se desarrolle.

Palabras clave: envejecimiento de la población, cuidados de larga duración, riesgo de dependencia, instituciones de protección social.

Abstract

This article deals with the supply and financing of long-term care in France for people aged 60 and more. Since the beginning of the 21st century substantial progress has been made in the institutional design of dependency coverage as well as in the development of specific programmes and benefits, but problems of efficacy and coordination are evident. However, the main concern lies in the foreseeable rise of expenditure devoted to the coverage of dependency as a consequence of population ageing. Although the personalized compensation for autonomy is considered as a universal right, in the context of economic crisis and the need of fiscal discipline the maintenance of the family's main role in long-term care and the development of the private dependency insurance market seem likely.

Key words: population ageing, long-term care, dependency risk, institutions of social protection.

JEL classification: I 1, I 12.

I. INTRODUCCIÓN

DESDE hace algunos años, la cuestión de la pérdida de autonomía de las personas mayores despierta el interés de los responsables políticos en Francia. La dependencia o la pérdida de autonomía pone de relieve la necesidad de recurrir a terceras personas para llevar a cabo las actividades básicas de la vida diaria, o ABVD (1). El nuevo concepto «quinto riesgo» hace referencia a la contingencia de la dependencia y a la necesidad de cubrirla socialmente (junto a las contingencias relacionadas con la enfermedad, la familia, los accidentes profesionales y la jubilación). Por lo demás, los debates sobre la definición de discapacidad y dependencia están de actualidad en Francia, a causa de la separación establecida entre el dispositivo de asistencia a personas mayores dependientes y el dispositivo de cuidados a personas con discapacidad. Asimismo, «la barrera de los 60 años» (2), umbral de edad que define a los «mayores», según los instrumentos normativos y estadísticos franceses, se halla muy presente en el debate público (CNSA, 2004).

En Francia existen actualmente entre 628.000 y 850.000 casos de dependencia grave. El gasto público se ha estimado en 2007 entre 19.000 y 21.000 millones (Sénat, 2008), lo cual representa aproximadamente el 1 por 100 del PIB. Con vistas a 2040, la población dependiente aumentará entre un 32 y un 79 por 100, según los casos, a causa del envejecimiento de la población (Duée y Rebillard, 2006), lo que pone de relieve la importancia de la demanda de cuidados de larga duración.

Los «cuidados de larga duración» hacen referencia, en el caso de Francia, a la gama de servicios a personas mayores que sufren una disminución de su capacidad funcional, física o cognitiva y que dependen de una ayuda permanente de terceras personas para llevar a cabo las ABVD. No incluyen los cuidados proporcionados al conjunto de personas que sufren enfermedades crónicas. Si bien ya se definen como un campo de estudio, es difícil encontrar una definición satisfactoria para los cuidados de larga duración. En la frontera entre los sectores sanitario y social, en una encrucijada de distintos niveles de responsabilidad, son el punto de encuentro de actividades de contornos imprecisos y complejos, que pertenecen tanto a la esfera privada como a la esfera pública, a la atención sanitaria y a la social, a la ayuda profesional y a la no profesional, a los servicios dispensados a domicilio y a los institucionales. En definitiva, los cuidados de larga duración se inscriben en el campo sociosanitario e incluyen una atención sanitaria plasmada en cuidados de enfermería, y una atención social consistente en ayuda para la realización de las actividades básicas de la vida diaria.

Se han hecho progresos innegables en lo que se refiere a las personas mayores, con la creación de la ayuda personalizada de autonomía —APA (3)— en 2002 y la creación de la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA, Caja Nacional de Solidaridad para la Autonomía) en 2004. El Plan de Solidaridad para Personas de Edad Muy Avanzada (2007-2012) y el último Plan Alzheimer (2008-2012) han producido una mejora importante de la atención a las personas mayores. No obstante, persisten algunas dificultades para atender al conjunto de las necesidades de las personas mayores dependientes. El debate actual sobre la creación de un «riesgo de dependencia» (el quinto riesgo) en el sistema de protección social coloca en el centro de la actualidad política la cuestión de la financiación de los cuidados y las ayudas que necesitan las personas dependientes.

En la primera parte de este artículo presentaremos la diversidad de la oferta de cuidados de larga duración dispensados a domicilio y en instituciones, a cargo de profesionales o de allegados. A continuación, se abordarán las cuestiones relacionadas con la financiación de la atención a las personas en situación de dependencia, mientras que los temas objeto de mayor debate se expondrán en la última parte.

II. LA OFERTA DE CUIDADOS DE LARGA DURACIÓN

1. Los distintos tipos de cuidados

La oferta de cuidados y servicios es diferente en función de la forma en que se atienda (a domicilio o en institución) a las personas mayores, y en función del tipo de personas que intervengan (profesionales o no profesionales). En general, el nivel de dependencia (estado de salud física y psíquica) junto con la red de relaciones (ayuda no profesional) de la persona mayor determinan los tipos de ayuda necesarios, su combinación y la posibilidad de sustituirlos por otros.

Los factores de intercambiabilidad entre ayuda profesional y no profesional que suelen tenerse en cuenta son de naturaleza económica, relacionados con el estado de salud física y psíquica de la persona dependiente y con la disponibilidad de la ayuda (configuración familiar, actividad profesional de los cuidadores, otras cargas de los cuidadores, etc.). Según la OCDE (2008), los dos modelos de atención, a domicilio y en un centro, son más complementarios que intercambiables. Teniendo en cuenta que la pérdida de autonomía afecta globalmente a cerca de nueve cada diez personas que viven en residencias para personas mayores, la institucionalización aparece como la solución de último recurso.

1.1. *La ayuda no profesional*

La solidaridad familiar es la parte esencial de la ayuda aportada a las personas dependientes: se considera tres veces más importante que la ayuda de los profesionales (Davin *et al.*, 2008). Cerca de doce millones de personas mayores de 60 años en la Francia metropolitana viven en su domicilio. El 34 por 100 de ellas cuenta 75 años o más. Más de la cuarta parte de estas personas mayores de 60 años, es decir, 3,2 millones, reciben ayuda a causa de una discapacidad o de un problema de salud (Dutheil, 2001).

Esos más de tres millones de personas mayores asistidas (de las que un 57 por 100 son mujeres) están a cargo, como media, de casi dos personas, que pueden ser miembros de su entorno (ayuda no profesional) o profesionales. Entre esos casi seis millones de cuidadores, los no profesionales son mayoritarios y representan cerca del 60 por 100 de los cuidadores (es decir, aproximadamente 3.700.000 personas). Para alrededor de la mitad de personas mayores, la ayuda procede únicamente de su entorno. En cerca del 29 por 100 de los casos, la ayuda no profesional está complementada con una ayuda profesional, mientras que el 21 por 100 cuenta exclusivamente con ayuda profesional.

Los cuidadores no profesionales suelen ser miembros de la familia (nueve de cada diez). No obstante, también pueden participar amigos o vecinos (un 9 por 100 de los cuidadores), sobre todo con personas que viven solas en su domicilio. Entre estos cuidadores no profesionales, dos terceras partes son mujeres. La mitad de los cuidadores principales son cónyuges, y un tercio son hijos.

El papel de «cuidador principal» lo asume una mujer en seis de cada diez casos cuando es el cónyuge el que realiza este papel, y en siete de cada diez cuando se trata de un hijo. En cambio, cuando la persona asistida es una mujer, sólo en un tercio de los casos el cuidador principal es un cónyuge, y cerca de la mitad es un hijo.

Cuando el cuidador principal es el cónyuge, su edad media es de 70 años, y cuando se trata de un hijo, su edad media es de 51 años. Por otra parte, cuando el cuidador es el cónyuge, las actividades realizadas suelen ser cuidados personales y tareas domésticas, mientras que cuando se trata de un hijo, cobran más importancia las tareas administrativas (defensa de los derechos, gestión del presupuesto…). La naturaleza de la ayuda suele variar

también en función del sexo, pues las mujeres asumen preferiblemente las tareas domésticas.

El nivel de dependencia de las personas asistidas incide lógicamente de manera importante en la carga de los cuidadores. Cerca del 42 por 100 de los cuidadores de las personas mayores más dependientes declaran que su actividad de asistencia tiene consecuencias exclusivamente negativas, particularmente de orden psíquico (tres cuartas partes así lo declaran), pero también físicas (según afirma algo menos del 50 por 100) (Dutheil, 2001).

1.2. *La ayuda profesional a domicilio*

En Francia, el sector de los cuidados de larga duración dispensados a domicilio afecta a más de la cuarta parte de las personas de 60 años o más; es decir, a 3,3 millones de personas. Actualmente, la oferta de servicios es variada y dispersa.

Los cuidados a domicilio abarcan dos grandes tipos de servicios: los servicios de enfermería a domicilio (SEAD), que corresponden al sector sanitario, y los servicios de ayuda y acompañamiento a domicilio (SAAD). A finales de 2008 se hallaban registrados 2.095 SEAD, que atendían a más de 94.000 personas de 60 años o más. Esta cifra representa una tasa de equipamiento media de 20 plazas por cada 1.000 personas de 75 años o más (Bertrand, 2010). Por otra parte, a 31 de diciembre de 2006 existían unos 6.251 SAAD homologados y 68.000 enfermeros privados. Los SAAD pueden funcionar en diferentes regímenes: pueden pertenecer al sector público, al sector asociativo o al sector privado con fines de lucro. La oferta de servicios es principalmente asociativa (un 80 por 100).

La distinción entre atención sanitaria a domicilio (*home nursing care*) y los servicios de ayuda a domicilio (*home care*) descansa en el nivel de atención con respecto al grado de dependencia. Más exactamente, la atención sanitaria a domicilio, al contrario de lo que ocurre con los servicios de ayuda a domicilio, sólo es accesible previa prescripción médica. No obstante, la frontera entre actos que corresponden a personal sanitario y los que pueden ser efectuados por un cuidador a domicilio no siempre es fácil de definir para los actos de la vida cotidiana que pueden tener componentes de ayuda y de atención sanitaria. El resultado es un reparto de tareas, en cierta medida, impreciso.

La diferencia entre las dos modalidades de intervención es perceptible, sobre todo, con respecto al contexto particular en el que se encuentra la persona dependiente. Por una parte, el recurso a los SEAD se caracteriza básicamente por la urgencia de la situación (los SEAD intervienen, sobre todo, con personas mayores dependientes para diferir una hospitalización o para facilitar la vuelta a casa tras una estancia en el hospital) o por el grado de dependencia de la persona mayor (4) que precisa la competencia técnica de personal de enfermería.

Por otra parte, la intervención de los SAAD tiende más a inscribirse en un proyecto de vida (modalidades de atención, vida social), es decir, en un ciclo de ayuda más largo y regular. Por ejemplo, los SAAD incluyen gran número de prestaciones. Los agentes implicados (auxiliares, cuidadores y otros) desarrollan su acción alrededor de dos ejes esenciales, en función del grado de dependencia de la persona mayor: ayuda en las tareas domésticas (limpieza, compra, cuidado de la ropa), definida como actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD), y ayuda a la realización de actividades básicas de la vida diaria (ABVD). A estos servicios se suma eventualmente una oferta complementaria que contribuye al mantenimiento del vínculo social y a la seguridad de las personas mayores dependientes, con servicios como comida a domicilio (organizados en la mayor parte de los municipios), acompañamiento para desplazamientos al exterior, sistemas de teleasistencia, etcétera.

Aunque en teoría las ofertas de atención sanitaria y de servicios ocupan esferas de intervención diferentes, en la práctica el personal sanitario se hace cargo de algunos actos que pudieran ser realizados por un servicio de ayuda a domicilio; a la inversa, por falta de coordinación o falta de plazas de SEAD, los servicios de ayuda a domicilio pueden verse en la tesitura de hacerse cargo de un acto que requeriría competencias sanitarias. Los problemas que plantea el reparto de competencias son múltiples (Cour des Comptes, 2005). Son, desde luego, financieros: las prestaciones son abonadas por el seguro de enfermedad para la atención sanitaria y por el departamento que se ocupa de la pérdida de autonomía, a través de la ayuda personalizada de autonomía (APA). También son cualitativos: la cualificación debería estar más adaptada al acto efectuado. Y también son jurídicos: se plantea el problema de la responsabilidad penal de la persona que presta los servicios traspasando el marco de sus funciones.

La cuestión de la calidad constituye actualmente una de las prioridades en el sector de los servicios a las personas en situación de dependencia. A causa de la opor-

tunidad que representan estos servicios en términos de empleo, la masificación de la oferta a menudo ha ido en detrimento de la calidad. La oferta de servicios a domicilio se ha diversificado mucho desde hace aproximadamente diez años, en particular en el marco de la política de desarrollo del empleo en servicios de proximidad (Fermon y Firbank, 2001). El resultado ha sido una oferta múltiple de modalidades de intervención entre las que puede elegir la persona mayor dependiente. Así, puede contratar directamente a una (o más) personas para organizarse a domicilio (modalidad de contratación directa). En este caso, es un cliente directo y, como tal, debe cumplir todas las funciones que le corresponden (respeto de la normativa laboral, obligaciones fiscales, etc.). La persona mayor, sin perder la condición de empleador, puede dirigirse también a un servicio delegado, que se hace cargo de las funciones de contratación y gestión administrativa relacionadas con la contratación de una persona a domicilio (modalidad delegada). Finalmente, también puede recurrir a los servicios de un proveedor de servicios (modalidad proveedor) que contrata al cuidador a domicilio que interviene ante un particular.

Además, las normas de calidad son poco coherentes: mientras que los SAAD, sometidos a autorización o a homologación de calidad, deben respetar una serie de obligaciones relativas a la cualificación de su personal, los trabajadores que intervienen en virtud de un contrato privado directo se encuentran exentos de semejante exigencia. En este momento, la reflexión sobre la promoción de la calidad se orienta principalmente hacia los concursos de proyectos y la firma de convenios con los proveedores de servicios (a través de mecanismos de homologación).

1.3. *La ayuda profesional en el marco de una institución*

a) Capacidad de asistencia

Las 10.300 residencias para personas mayores (RPM) que hay en Francia ofrecen 684.000 plazas (es decir, una media de 66 plazas por centro) y acogen a 657.000 personas de 60 años o más. Estos centros, sometidos a una estricta normativa (5) desde 1975, incluyen todos los centros sociosanitarios o sanitarios —hogares, residencias, unidades de cuidados de larga duración (6)— que acogen a las personas mayores de forma permanente o temporal (Prévot, 2009). No obstante, la tasa de institucionalización es bastante baja: del orden del 3,5 por 100 para las personas de 75 a 79 años, y del 15 por 100 para las personas de más de 80 años.

Desde 1997, las residencias para personas mayores pueden obtener el estatuto de residencia para personas mayores dependientes (RPMD). El estatuto jurídico de las RPMD se obtiene tras la firma de un convenio entre tres actores: el Consejo General de Departamento, el Estado y el centro en cuestión. Este convenio define las condiciones de funcionamiento del centro, tanto en el plano financiero como en el de la calidad y la atención a las personas. Progresivamente, todos los centros que atienden a personas mayores dependientes tienen vocación de convertirse en RPMD. Las RPMD representan actualmente un 67 por 100 (6.850) de todas las residencias, con 515.000 plazas, 75 por 100 del total (Prévot, 2009).

No obstante, la tasa de equipamiento global tiende a disminuir: las 127 plazas por cada 1.000 personas de más de 75 años que hay en la actualidad eran 166 por cada 1.000 a finales de 1996, y de 140 en 2003. Entre el comienzo de 2004 y el de 2008, la población de 75 años o más ha aumentado mucho más rápidamente (+14 por 100) que el número de plazas en instituciones (+1,4 por 100) (Prévot, 2009). Esta evolución debe relacionarse con el retroceso de la edad de comienzo de la dependencia y con el desarrollo de la atención a domicilio. En cualquier caso, se plantea el problema de la adecuación de la oferta a la demanda. Actualmente, no existe ningún estudio sobre listas de espera en centros para personas mayores. La realidad de la insuficiencia de la oferta con respecto a la demanda es difícil de evaluar a falta de datos fiables: la tasa global de ocupación es alta (97 por 100), pero no es suficiente para demostrar la existencia de listas de espera y enmascara las disparidades en función de la titularidad de los centros (públicos o privados, sobre todo) y en función del territorio (Sénat, 2008).

Efectivamente, el análisis cuantitativo de la oferta de cuidados de larga duración en instituciones se evalúa con respecto a la disponibilidad de plazas, pero también con respecto a la accesibilidad geográfica. La distribución de las residencias sólo corresponde en parte a la distribución geográfica de las personas mayores. Esta población se concentra principalmente en el medio rural (con excepción de París) y en el sur de Francia. Pueden avanzarse varias razones. La primera está vinculada a la heterogeneidad de las políticas locales. La segunda podría residir en la solidaridad familiar; su mayor importancia en el sur de Francia puede redundar en una sustitución de la oferta formal de atención. Finalmente, los centros privados con fines de lucro se implantan allí donde la demanda es suficiente y solvente, siguiendo así una lógica de «estrategia comercial».

b) La evolución del mercado

Dos evoluciones principales caracterizan el mercado de la atención en instituciones: la diversificación de los servicios y la progresión del sector privado con fines de lucro.

Por una parte, la diversificación de los servicios se ilustra a través del desarrollo de nuevas estructuras: secciones especializadas y muy medicalizadas, servicios de atención temporal, individualización de la atención y creación de unidades especializadas de pequeño tamaño, como las unidades Alzheimer. El desarrollo de estos nuevos servicios responde a necesidades específicas y contribuye a descompartimentar las dos formas de atención (a domicilio y en institución), facilitando el paso de una a otra en función de la evolución de las necesidades.

Por otra parte, la progresión del sector privado con fines de lucro corresponde a un movimiento que comenzó hace cerca de veinte años en Francia para aprovechar el potencial de un grupo creciente de personas mayores con un poder adquisitivo de cierta importancia. Si consideramos el sector privado en su totalidad (con o sin fines de lucro), representa actualmente un 40 por 100 del número total de centros (es decir, 4.334 centros): las estructuras del sector privado sin fines de lucro constituyen, en cuanto a capacidad de atención, aproximadamente la cuarta parte del parque instalado. La parte del sector privado con fines de lucro representa un 26 por 100 de las RPMD (algo menos en plazas operativas). Todo indica que el movimiento actual de consolidación del sector mediante la concentración de la oferta y el desarrollo relativo del sector privado comercial proseguirá, e incluso se intensificará, en Francia. Los problemas de rentabilidad y fondos propios insuficientes (así como de acceso al crédito) para la realización de inversiones de extensión y de adaptación a unos estándares cada vez más numerosos (normas técnicas y de seguridad, normas de calidad) cuestionan la viabilidad de las pequeñas estructuras e imponen una reconfiguración del sector. Este sector evoluciona desde un mercado marcado por la dispersión de la oferta a un mercado oligopólico dominado por algunos grupos (nacionales e internacionales), entre los que empieza a perfilarse una quincena de tamaño crítico, que incluso pueden cotizar en bolsa. Cinco grupos dominan actualmente el mercado nacional: Korian, Orpéa, Dolcéa, Medica France y DomusVi (Duthil, 2007; Sénat, 2008).

2. Problemas de eficacia y de coordinación de la oferta

A pesar de que la situación de las personas mayores dependientes requiere una atención sanitaria y también social, la articulación entre el sector sanitario y el sector sociosanitario es insuficiente. La compartimentación entre los dos sectores es perjudicial para la atención a las personas mayores, que sufren rupturas en el proceso de atención a causa de la falta de coordinación entre los actores sobre el terreno, cuyas tutelas son diferentes en función del sector al que pertenecen. Las dos herramientas principales para la coordinación gerontológica, las redes gerontológicas y los centros locales de información y coordinación (CLIC) están insuficientemente desarrolladas para poder hacer frente al problema. Los dispositivos parecen tener poco efecto en lo que se refiere a la descompartimentación de los sectores social, sociosanitario y médico (Sénat, 2008).

Uno de los objetivos de las Agencias Regionales de Salud (ARS), creadas en 2010 dentro del marco de la Ley «Hospital, Salud, Paciente, Territorio», consiste en desarrollar una visión de conjunto de la atención a las personas en situación de dependencia. De acuerdo con este planteamiento, se están estudiando diferentes fórmulas para poner en marcha lo que parece ser la clave de una atención continua a las personas mayores dependientes. Por ejemplo, el proyecto Prisma France (proyecto de investigación sobre la integración de servicios para el mantenimiento de la autonomía), elaborado a partir del modelo canadiense, está en proceso de experimentación. Se basa en el principio de mutualización de las responsabilidades en los niveles de gestión, institucional y clínico, para permitir una verdadera coordinación y la puesta en marcha de un sistema integrado de atención sanitaria y de servicios a las personas mayores que pierden su autonomía. En la práctica, se trata de agrupar las herramientas necesarias para la integración de los servicios; es decir, concertación, ventanilla única, gestores de casos, herramienta de evaluación normalizada, planes de servicios individualizados y sistema de información compartida (Prisma, 2008).

III. EL COSTE Y LA FINANCIACIÓN DE LA ATENCIÓN A PERSONAS DEPENDIENTES

El gasto público consagrado a la atención a personas dependientes se ha valorado para 2007 en 19.000 millones de euros, es decir, un 1 por 100 del PIB. Esta cifra alcanza los 21.000 millones si se incluyen las exenciones de cotizaciones sociales y las ayudas abonadas por la Caja Nacional del Seguro de Enfermedad y las cajas de subsidios familiares, aunque estas ayudas no están exclu-

sivamente destinadas a las personas mayores dependientes. No obstante, el coste macroeconómico global derivado de la dependencia debe entenderse teniendo en cuenta tanto el gasto público como el privado. Las familias gastan al menos 7.000 millones de euros al año como complemento de los recursos procedentes de la solidaridad nacional (Sénat, 2008).

1. Los flujos financieros

El sistema francés de cuidados de larga duración se caracteriza por su complejidad y su originalidad. Descansa en una arquitectura institucional inédita que tiende a una gestión descentralizada (el Departamento es la clave de la organización), poniendo en manos de una agencia nacional (Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie, CNSA) la coherencia y la homogeneidad del conjunto del dispositivo nacional.

El rasgo característico de este sistema es la diversidad de fuentes de financiación. Financiado en parte mediante impuestos, recuerda el modelo de Beveridge (Elbaum, 2008; Esping-Andersen, 1990): la financiación de la prestación principal de dependencia (ayuda personalizada de autonomía, APA) queda a cargo de los impuestos nacionales y locales. Sin embargo, su financiación también a través de cotizaciones sociales le dota de una dimensión bismarckiana.

En función de que se trate de una lógica sanitaria o social, las fuentes de financiación difieren. Por una parte, la financiación de la atención se hace a través de la rama del seguro de enfermedad de la Seguridad Social. El objetivo nacional de gasto para el seguro de enfermedad sociosanitario de atención a personas mayores se vota cada año desde 1996 en el Parlamento, dentro del marco del proyecto de ley de presupuestos de la Seguridad Social. Este objetivo define la tasa de crecimiento del gasto. El usuario cuenta con una cobertura directa y total para la atención en una institución y para los SEAD, ya que el seguro de enfermedad se ocupa de la financiación de todas las prestaciones relacionadas con la atención sanitaria.

Por otra parte, la financiación de las ayudas dedicadas específicamente a la pérdida de autonomía (de entre las que destaca la ayuda para la pérdida de autonomía, APA) se efectúa a través de la ayuda social gestionada a escala departamental (Lafore, 2004). Los departamentos cubren dos tercios de la financiación de la APA y el resto es completado por la CNSA. Creada por la Ley de 30 de junio de 2004, la CNSA es un establecimiento público nacional de carácter administrativo que goza de personalidad jurídica y de autonomía financiera (CNSA, 2004; Bauduret y Montalembert, 2008). Su primera función consiste en gestionar y distribuir la mayor parte de los créditos asignados a la pérdida de autonomía de las personas mayores y con discapacidad. En particular, la CNSA centraliza los recursos procedentes de la «jornada nacional de la solidaridad» (0,3 por 100 de la masa salarial de las empresas sujetas al pago de este impuesto) y de 0,1 puntos de la CSG (impuesto social generalizado, sobre los rendimientos del trabajo personal, de carácter nacional) y luego los redistribuye entre los departamentos, en función de un sistema de cálculo fijado por vía reglamentaria.

Además de estas funciones financieras, la CNSA cumple también una función de agencia. En efecto, desarrolla toda una serie de programas destinados a personas mayores y con discapacidad: rehabilitación de centros sociosanitarios, profesionalización y promoción del personal en los centros y en los servicios a domicilio, acompañamiento y formación de los familiares cuidadores, animación de la red de MDPH (7), mejora de la eficacia de la ayuda técnica, desarrollo y financiación de la investigación.

Por otra parte, las «cajas de vejez y familia» de la Seguridad Social también aportan (gracias a las cotizaciones sociales) una parte de la financiación de los servicios de ayuda o acompañamiento (especialmente, para las tareas domésticas) destinados a personas con un nivel de dependencia menor.

En resumen, de los 19.000 millones de euros dedicados a cubrir servicios de atención a la dependencia, aproximadamente un 60 por 100 está a cargo del seguro de enfermedad, un 20 por 100 a cargo de las entidades locales, un 15 por 100 a cargo de la CNSA sobre sus recursos propios y aproximadamente un 2 por 100 a cargo del Estado a través de exenciones de impuestos. No obstante, no hay que perder de vista que el sistema francés deja un margen importante a los esfuerzos privados (los de la persona dependiente y su familia): la familia es el proveedor principal de cuidados de larga duración en lo que se refiere a la ayuda financiera (se hace cargo de la alimentación) y a la ayuda en forma de servicios.

2. La ayuda personalizada para la autonomía (APA)

La ayuda personalizada para la autonomía (APA), que entró en vigor el 1 de enero de 2002, es la prestación principal que hace solvente la demanda de cuidados de larga duración. La APA (8) presen-

ta todas las características de una prestación en especie: la atención a domicilio se lleva a cabo sobre la base de un plan de ayuda. Este plan es la combinación de tres tipos de ayuda: ayuda doméstica (limpieza, plancha, etc.), ayuda personal (higiene, ayuda para vestirse, etc.) y ayuda técnica (suministros médicos, principalmente).

La APA se ha desarrollado muy deprisa: con 605.000 beneficiarios a finales de 2002, a mediados del año 2010 recibían esta ayuda cerca del doble de personas: 1.174.000 (cuadro n.º 1). Los pagos de la APA están condicionados a unos criterios de elegibilidad: tener al menos 60 años y justificar una pérdida de autonomía evaluada mediante el baremo AGGIR (véase anexo). Sólo las personas clasificadas en las categorías GIR 1 a 4 pueden solicitar la ayuda personalizada para la autonomía.

Finalmente, la concesión de la APA no depende de los recursos, sino de la renta de los beneficiarios (Debout y Lo, 2009; DREES, 2010). La ayuda social también incluye la ayuda social para vivienda, que se hace cargo de los gastos de alojamiento de personas de más de 65 años que se encuentran en centros homologados para atender a los beneficiarios de la ayuda social.

A estas ayudas hay que sumar otra financiación social que no se dirige sólo a las personas mayores dependientes, y está a disposición de cualquiera bajo determinadas condiciones. Se trata de las ayudas facultativas de los organismos de la Seguridad Social para la ayuda a domicilio a las personas (por ejemplo, la prestación denominada «ayuda doméstica a domicilio»). También habría que incluir aquí las ayudas personales para la vivienda abonadas por las cajas de subsidios familiares, básicamente la adjudicación de viviendas de tipo social y una ayuda personalizada para vivienda. De acuerdo con los datos de la Caja Nacional de Asignaciones Familiares (CNAF), el importe total de las ayudas para la vivienda concedidas a las personas de más de 60 años alojadas en una institución era, a 31 de diciembre de 2007, de 568 millones de euros.

3. Una parte importante a cargo de las familias

Si bien la financiación de la dependencia está muy socializada, una parte importante queda a cargo de las familias. En los centros, la tarificación descansa en tres secciones tarifarias que corresponden cada una a una categoría precisa de prestaciones: cuidados, dependencia, vivienda. El seguro de enfermedad sólo se hace cargo directa e íntegramente de una cantidad para cuidados. La vivienda (9) y una parte importante de la cantidad destinada a dependencia están a cargo de las familias. Como ya se ha indicado, los gastos de esta partida se han estimado en más de 7.000 millones de euros en el año 2007; es decir, un gasto de aproximadamente 1.000 euros mensuales por cada persona que se encuentra en un centro, incluyendo todos los niveles de dependencia.

El coste de la atención a domicilio oscila entre 300 y 5.300 euros al mes en caso de dependencia física y psíquica máxima (Ennuyer, 2006), con una media de aproximadamente 1.500 euros (Loones, 2005). Si se relaciona este coste medio con el importe medio de la APA abonado por los consejos generales de los departamentos, que asciende a unos 400 euros, se concluye que la atención de tipo público sólo representa el 30 por 100 del coste medio total de la atención (Ennuyer, 2006). Otras estimaciones valoran la financiación pública en un 50 por 100 del coste medio (Cour des Comptes, 2005).

El resto, a cargo de las familias, tiene distintos orígenes. Por una

CUADRO N.º 1

DISTRIBUCIÓN DE LOS BENEFICIARIOS DE LA APA EN IMPORTES MEDIOS DE APA SEGÚN EL GRADO DE DEPENDENCIA

	DISTRIBUCIÓN DE LOS BENEFICIARIOS (PORCENTAJE)	*IMPORTES MEDIOS MENSUALES A CARGO DE LOS CONSEJOS GENERALES DE DEPARTAMENTO (EN EUROS)*	
		A domicilio	*En instituciones*
GIR 1	7,6	831	432
GIR 2	28,6	634	
GIR 3	19,3	477	215
GIR 4	44,5	290	
TOTAL		408	347
Número de beneficiarios a 30 de junio de 2010	1.174.000	719.000	455.000

Nota: GIR 1 a 4 definidos en el anexo.
Fuente: DREES (2010).

parte, procede de la limitación de los planes de ayuda de la APA a domicilio y de su *saturación*: los planes de ayuda no pueden superar un importe máximo fijado por un baremo definido a escala nacional. Pero estos límites se superan con frecuencia cuando se trata de personas con gran nivel de dependencia. Por otra parte, si bien la APA no está sometida a condiciones relacionadas con los recursos, su cálculo tiene en cuenta la renta (10) del beneficiario, pudiendo quedar una parte a su cargo (11). Por consiguiente, la APA no siempre cubre la totalidad del gasto destinado a la ayuda y la atención sanitaria a personas mayores dependientes. Si se suma un problema de redistribución, el resto que queda a cargo de las familias es más importante para las rentas bajas (Sénat, 2008) (12).

Precisamente, ese importe de la parte a cargo de las familias que se considera *aceptable* está en el centro de la controversia política sobre la cobertura pública y privada de la dependencia. Plantea la cuestión del principio de la igualdad de trato de los ciudadanos frente a la dependencia y de la necesidad de apostar mayoritariamente por la solidaridad nacional con respecto a este riesgo. Por otra parte, es importante estimular la solidaridad familiar allá donde existe, pues contribuye a garantizar una atención estable y evita intervenciones de emergencia, costosas y desestructurantes para la persona mayor.

IV. LOS DEBATES EN TORNO AL RIESGO DE DEPENDENCIA (EL LLAMADO «QUINTO RIESGO»)

La importancia creciente del número de personas mayores plantea de forma concreta la cuestión de su protección social, del peso económico y de la equidad de esta protección. Sin embargo, el paso previo consiste en delimitar la frontera entre la esfera colectiva y la esfera privada, y cabe destacar la ausencia de consenso entre los poderes públicos y la clase política sobre este tema (Joël, 2003). La forma óptima de repartir el coste de la dependencia entre los distintos actores (familia, seguros privados, seguros públicos) se ha convertido en un interrogante fundamental en el contexto actual de control del déficit, en el que los poderes públicos han planteado en términos económicos la cuestión del buen funcionamiento de este dispositivo de ayuda a las personas mayores dependientes (Henrard, 2007).

El recurso a los seguros privados individuales sólo es una solución parcial. El mercado de los seguros de dependencia privados individuales se ha desarrollado en Francia con pólizas de coberturas predefinidas (rentas), con más de 1,5 millones de asegurados (FFSA, 2007). No obstante, además de las dificultades relativas al seguro en sí (riesgo moral, selección adversa), el seguro privado de dependencia tropieza con las mismas incertidumbres importantes sobre la evolución de las probabilidades de llegada a una situación de dependencia, así como sobre el coste unitario de la atención sanitaria y la asistencia de larga duración. Por consiguiente, la dependencia se puede asegurar si sólo entra en juego la dependencia al final de la vida y si las pólizas no cubren las consecuencias de la dependencia en términos de asistencia (Taleyson, 2007). Las pólizas que existen en Francia utilizan definiciones estrictas del concepto de dependencia (13), mecanismos de control del riesgo (una selección médica importante, periodos de carencia y franquicias, control interno de la declaración del riesgo) y cubren la pérdida de autonomía abonando rentas y servicios predefinidos. Las pólizas suelen ser onerosas comparadas con las prestaciones abonadas en caso de dependencia. Por ejemplo, a los 60 años la prima media anual asciende a una suma que oscila entre aproximadamente 300 (cobertura de dependencia parcial) y 450 euros (cobertura de dependencia total) para obtener una renta media mensual de 610 euros (Dufour-Kippelen, 2008).

Algunos países, como Alemania, han respondido a estos problemas con un seguro público, vinculado al seguro de enfermedad, motivando su decisión en virtud de tres argumentos principales: mayor resistencia macroeconómica del Estado con respecto a las aseguradoras privadas; eficacia microeconómica del seguro obligatorio en la medida en que aparece como una solución a los problemas de selección adversa y de miopía de las personas mayores (especialmente importante en materia de dependencia); consideraciones de equidad, que resultan importantes desde el momento en que se persigue que las prestaciones se adjudiquen en función de las necesidades, y no en función de la renta. En cambio, los condicionamientos financieros, así como las consideraciones de eficacia, llevan a desaconsejar una financiación total procedente del sector público.

1. El quinto riesgo

El debate sobre el quinto riesgo (14) se articula alrededor de estas cuestiones. La dificultad principal en la elaboración del *riesgo de dependencia* consiste en definir unos contornos y en garantizar una financiación permanente (Henrard, 2007). Si bien existe una voluntad de reconocer un quinto riesgo, las modalidades de financiación de

este, especialmente el lugar que ocupan las fuentes públicas y privadas y su articulación, es objeto de debate, sin que se haya llegado de momento a una decisión.

El problema consiste en la creación de un nuevo ramo de protección social que ponga en marcha un mecanismo de previsión colectiva que permita a las personas mayores y con discapacidad hacer frente a los gastos derivados de su dependencia. El debate se refiere a los contornos de este riesgo de dependencia, al catálogo de bienes y servicios considerados necesarios, al reparto de la financiación entre contribución pública y contribución familiar, etcétera.

El reciente informe de la Asamblea Nacional destaca dos tipos de propuestas para la financiación de la dependencia: seguro de dependencia privado y recurso al capital de las personas dependientes (Rosso-Debord, 2010). La vía de la financiación a través de un seguro se desarrolla a través de diferentes propuestas técnicas: transformar las pólizas de seguro de vida en pólizas de dependencia, sin que esta transformación se considere una innovación fiscal, es decir, sin penalización para el asegurado; permitir la deducción fiscal de las primas complementarias de dependencia; permitir la transferencia de las pólizas cuando los suscriptores deseen cambiar de aseguradora… La segunda vía consiste en poner en marcha una participación voluntaria y limitada sobre el propio capital, dirigida a los beneficiarios de la APA mejor dotados en patrimonio. Se definirían dos niveles de APA, con —en caso de percepción de la APA al 100 por 100— una parte reembolsable sobre la sucesión por un importe máximo de 20.000 euros para las personas cuyo patrimonio supere los 150.000 euros.

No obstante, estas consideraciones financieras no deben ocultar aspectos igualmente importantes relativos a la reestructuración prevista de la oferta de cuidados de larga duración y a la problemática de los enfermos aquejados de enfermedades neurodegenerativas.

2. La futura reestructuración del sector de la oferta de cuidados de larga duración

El sector de los centros sociosanitarios se ha modernizado en los últimos años bajo el impulso de los poderes públicos y se ha ido adaptando al cumplimiento de las normas europeas. Sin embargo, esta modernización requiere un cambio de cultura importante de los profesionales ante el crecimiento que se anuncia. Efectivamente, la generación de *baby-boomers* no ha alcanzado todavía la edad avanzada en la que el riesgo de dependencia es elevado. El punto más sensible consiste en encontrar a medio plazo el personal necesario para sostener el crecimiento del sector. Un segundo punto importante se refiere a la necesidad de articular los numerosos actores, de culturas profesionales heterogéneas, que gravitan alrededor de la persona mayor dependiente. Uno de los objetivos de las agencias regionales de salud (ARS), creadas en 2010, es precisamente poner fin a estos problemas de coordinación en el seno del sector sociosanitario, y entre el sector sanitario y el sector sociosanitario, para llegar a una visión de conjunto de la atención a personas dependientes.

La «mutación cultural» derivada de este crecimiento esperado masivo de los cuidados de larga duración es muy importante. Se cuestiona la lógica de ayuda social que ha prevalecido hasta ahora. La cultura de gestión de los responsables de los centros y los servicios resulta insuficiente con respecto al rigor económico exigido por los poderes públicos en el contexto de crisis actual.

3. Los problemas relacionados con la enfermedad de Alzheimer

La estimación actual del número de personas enfermas de Alzheimer y trastornos similares es de 840.000. El número de nuevos casos podría ser de 200.000 al año. La población aquejada de esta enfermedad podría ascender a 1,3 millones en 2020, y a 2,1 millones en 2040.

La sensibilidad de la opinión pública francesa respecto al problema de la enfermedad de Alzheimer ha aumentado considerablemente con ocasión de la puesta en marcha del tercer Plan Alzheimer 2008-2012 para la atención integral a personas que sufren esta enfermedad. La incorporación de esta cuestión a la agenda política ha permitido desbloquear créditos importantes para investigación y desarrollar el número de plazas para estos enfermos. No obstante, la oferta sigue siendo muy insuficiente, aunque en 2009, de las 7.500 plazas nuevas creadas para personas mayores dependientes, tres cuartas partes han ido a parar a personas mayores enfermas de Alzheimer.

Una novedad importante estriba en la creación de las MAIA (casas de autonomía e integración para enfermos de Alzheimer). Se trata de un centro de coordinación de servicios existentes, sanitarios y sociales, sin superposición de nuevas estructuras. Entre 2008 y 2012 se está trabajando en más de diez grandes proyectos específicos sobre esta enfermedad y sus implicacio-

nes (Blanchard *et al.*, 2009). El reto principal reside en la capacidad de la sociedad civil para movilizarse a largo plazo sobre este problema, con el fin de ofrecer una atención adecuada al conjunto de los pacientes y una ayuda suficiente a las familias de los enfermos.

V. CONCLUSIÓN

El sistema de atención a la dependencia en Francia es complejo y presenta todavía carencias de oferta y coordinación de servicios. El quinto riesgo —relacionado con la dependencia y el derecho a ayudas para mantener la autonomía— se halla muy presente en la agenda pública de la sociedad francesa, pero se debate en el contexto de la crisis financiera y la necesidad de controlar el gasto público. Diferentes grupos de trabajo ministeriales preparan actualmente propuestas que llegarán a la Asamblea Nacional, una vez concluya el debate sobre la jubilación y las pensiones. En estas condiciones económicas tan poco favorables, cabe pensar que la opción por los seguros privados ganará terreno.

NOTAS

(*) Traducido del francés por Alicia Martorell.

(1) ABVD (*activities of daily living-ADL*): lavarse, vestirse, comer, acostarse, levantarse, sentarse en un sillón y levantarse de él, moverse e ir al servicio.

(2) Los instrumentos normativos y estadísticos franceses definen como personas «mayores» a las personas de 60 años o más, aunque esta edad no constituye un umbral pertinente en el proceso de envejecimiento, y menos aún en el de dependencia, que sólo afecta a una proporción mínima de sexagenarios.

(3) *Allocation personnalisée d'autonomie* (APA), subsidio destinado a las personas mayores que necesitan ayuda para realizar las ABVD, tanto en su domicilio como en residencias asistidas (N. del T.).

(4) Más de dos tercios de los usuarios tienen 80 años o más, y necesitan ayuda para lavarse y vestirse, la cuarta parte está permanentemente en una cama o un sillón. El 45 por 100 sufre dependencia psíquica.

(5) Ley n.° 75-535, de 30 de junio de 1975, relativa a las instituciones sociales y médico-sociales.

(6) Los hogares son grupos de viviendas autónomas; las residencias se ocupan globalmente de las personas mayores, lo que incluye alojamiento, comidas y distintos servicios específicos; las unidades de cuidados de larga duración son estructuras más medicalizadas, destinadas a atender a las personas más dependientes.

(7) *Maisons Départamentales des Personnes Handicapées* (casas departamentales de personas con discapacidad) (N. del T.).

(8) La APA es una prestación que sustituye a la PED (prestación específica de dependencia, creada en 1997 y considerada poco equitativa y demasiado restrictiva).

(9) Las disparidades en el subsidio para vivienda son importantes de un Departamento a otro, según las ayudas concedidas y según la naturaleza de los centros, con una media de más de 2.000 € en las RPMD privadas con fines de lucro y de 1.300 € en las RPMD públicas (Plisson, 2009).

(10) El importe medio de las pensiones percibidas ascendía a 1.300 euros (1.020 para las mujeres, 1.616 para los hombres) (Burricand y Deloffre, 2006).

(11) Salvo si los ingresos mensuales son inferiores a 677,25 euros. La participación de los beneficiarios oscila entre el 0 por 100 y el 90 por 100 del importe del plan de ayuda.

(12) Para los casos más complejos (Gir 1 y Gir 2) y las rentas más bajas (14.000 euros anuales netos), el coste de la ayuda retiene más del 50 por 100 de las rentas tras la deducción del subsidio (frente a un 20 por 100 para las rentas más elevadas).

(13) Las definiciones no siempre son homogéneas de una póliza a otra. Globalmente, la dependencia total o grave corresponde a los niveles de Gir 1 y 2, y debe ser irreversible; la dependencia parcial corresponde a los niveles Gir 3 y Gir 4 en algunas pólizas (Dufour-Kippelen, 2008).

(14) La protección social tradicional abarca los cuatro riesgos sociales siguientes: vejez, salud, familia, accidentes laborales.

(15) Más detalles sobre el baremo, en CNAMTS (2007).

BIBLIOGRAFÍA

Assous, L., y Mahieu R. (2002), «L'assurabilité de la dépendance et sa prise en charge par le secteur privé», *Revue Économique*, 53, 4, julio: 887-912.

Bauduret, J. F., y Montalembert, M. (2008), «Handicap, vieillissement, autonomie», en: Montalembert, M. (dir.), *La protection sociale en France*, París, La Documentation Française.

Bertrand, D. (2010), «Les services de soins infirmiers à domicile en 2008», *Etudes et Résultats,* 739.

Blanchard, N.; Colvez, A.; Berthier, S., y Royer, V. (2009), «Gestionnaire de cas ou case manager, référent ou accompagnateur de situations complexes», *Cahiers du Cleirppa*, 33.

Breuil-Genier, P. (1996), «La gestion risque dépendance: le rôle de la famille, de l'État et du secteur privé», *Économie et Statistique*, 291, 1.

Burricand, C., y Deloffre, A. (2006), «Les pensions perçues par les retraités fin 2004», *Etudes et Résultats*, 538.

CNAMTS (2007), *Le modèle AGGIR.*

CNSA (2004), *Mission de préfiguration de la CNSA*, París, Ministère de la Santé et de la Protection Sociale.

Cour des Comptes (2005), *Les personnes âgées dépendantes, Rapport,* París, Direction des journaux officiels.

Cutler, D. M., y Zeckhauser, R. J. (1997), «Reinsurance for catastrophs and cataclysms», *NBER Working Paper*, 5913.

Davin, B. ; Paraponaris, A., y Verger, P. (2008), «L'aide formelle et informelle reçue par les personnes âgées à domicile», *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique*.

Debout, C., y Lo, S.-H. (2009), «L'APA et la PCH au 30 juin 2009», *Etudes et Résultats,* 710.

DREES (2010), *Résultats de l'enquête trimestrielle sur l'APA n.° 3*.

Duée, M., y Rebillard, C. (2006), «La dépendance des personnes âgées: une projection en 2040», *Données Sociales, La Société Française*: 613-622.

Dufour-Kippelen, S. (2008), «L'offre de contrats d'assurance dépendance en France en 2006 à partir d'un échantillon de 34 contrats», *Document de travail DREES n.° 84*.

Dutheil N. (2001), «Les aides et les aidants des personnes âgées», *Etudes et Résultats*,142.

Duthil G. (2007), «L'arrivée du privé dans la prise en charge des personnes âgées», *Gérontologie et Société*, 123: 185-200.

Elbaum , M. (2008), *Economie politique de la protection sociale*, París, PUF.

Ennuyer, B. (2006), *Repenser le maintien à domicile: enjeux, acteurs, organisation*, París, Dunod.

Esping-Andersen, G. (1990), *The Three Worlds of Welfare Capitalism*, Cambridge, Polity Press.

Fermon, B., y Firbank, O. (2001), «Gérer la qualité des services à domicile: une analyse des approches suivies en France et au Québec», *Gérontologie et Société*, 99: 187-205.

FFSA (2007), *Les contrats d'assurance dépendance en 2006.*

HENRARD, J. C. (2007), «Répondre à la dépendance et aux handicaps; 5ème risque ou 5ème branche de sécurité sociale?», *Gérontologie et Société,* 123 : 213-227.

JOËL, M. E. (2003), *La protection sociale des personnes âgées dépendantes en Europe et ses enjeux économiques*, Rennes, Ed. ENSP.

LAFORE, R. (2004), «La décentralisation de l'action sociale, L'irrésistible ascension du département providence», *Revue Françaises des Affaires Sociales*, 4 : 19-34.

LOONES, A. (2005), «Approche du coût de la dépendance des personnes âgées à domicile», *Credoc, Cahier de Recherche n.° 221*.

OECD (2008), *Conceptual Framework and Definition of Long Term Care Expenditure*, París, Health Division, OECD.

PLISSON, M. (2009), «Le marché de l'assurance dépendance. Risques», *Les Cahiers de l'Assurance*, 78.

PRÉVOT, J. (2009), «L'offre en établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2007», *Etudes et Résultats DREES* n.° 689.

PRISMA (2008), *Rapport Prisma France 2008*, París, Ministère de la Santé et des Sports.

ROSSO-DEBORD (2010), *Rapport sur la prise en charge des personnes âgées dépendantes,* Assemblée Nationale (http://www.assemblee-nationale.fr/13/rap-info/i2647.asp).

SÉNAT (2008), *Rapport de la Commission d'Information sur la Construction du 5ème Risque*.

TALEYSON, L. (2007), «L'enjeu de la définition de la dépendance: une comparaison internationale», *Risques* 72: 28-35.

TRONTO, J. (2009), *Un monde vulnérable, pour une politique du care*, París, La Découverte.

ANEXO

BAREMO AGGIR

El baremo AGGIR (Autonomie, Gérontologie, Groupe Iso-Ressources), que engloba las dimensiones psíquicas y mentales, se ha impuesto como un baremo nacional de evaluación de la dependencia de las personas mayores. Conforme a este baremo, las personas mayores se clasifican en seis niveles de pérdida de autonomía: GIR 1 (muy dependiente) a GIR 6 (nada dependiente), a partir de la evidencia de actividades de la vida diaria realmente efectuadas o no por la persona. Las categorías GIR 1 a 4 definen a las personas dependientes y constituyen la base legal de la adjudicación de la ayuda personalizada para la autonomía.

Aunque es una herramienta relativamente completa respecto a las actividades que tiene en cuenta, el baremo AGGIR no deja de ser imperfecto. Si bien tiene en cuenta las deficiencias psíquicas, se critica la evaluación incorrecta de los problemas de demencia, especialmente en las fases precoces. Así pues, no permite clasificar a una persona en las primeras fases de la enfermedad de Alzheimer como dependiente si no sufre ninguna otra deficiencia física. Los trastornos de la memoria y las incoherencias, que pueden ser los primeros síntomas de la enfermedad de Alzheimer, pueden conducir a una clasificación GIR 5 o 6, lo que podría llevar a una decisión negativa en la concesión de la ayuda personalizada para la autonomía (15).

CONSIDERACIONES PARA LA REFORMA Y MEJORA DE LA APLICACIÓN DE LA LEY DE DEPENDENCIA A PARTIR DE LA OBSERVACIÓN DE SISTEMAS COMPARADOS

Guillem LÓPEZ CASASNOVAS
Joan FANER AGUILÓ
Universitat Pompeu Fabra

Resumen

En el presente documento se analiza, desde una óptica teórica y práctica, el desarrollo del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia en España, a la par que se señalan una serie de medidas que deberían ejecutarse para afianzar el sistema, asegurando a su vez la sostenibilidad de éste y el cumplimiento de los objetivos sociales que motivan su existencia. Se ofrece, a partir de la teoría de la Hacienda pública, un marco teórico sobre la intervención en el aseguramiento social de los cuidados de larga duración, que se complementa con la revisión comparada de la evidencia internacional disponible. Del conjunto de consideraciones surgen una serie de recomendaciones para la reforma y mejora del sistema español, focalizadas en la gestión de la demanda, la coordinación e integración de los servicios, el acceso por parte de los beneficiarios, y los mecanismos de financiación.

Palabras clave: dependencia, prestaciones, sostenibilidad financiera, financiación, baremo, integración, copago.

Abstract

This article analyzes the development of the System for the Autonomy and the Long Term Care in Spain from both theoretical and practical standpoint, while, at the same time, identifies a series of measures that ought to be implemented to strengthen the system, ensuring in turn its sustainability and fulfillment of its social aims. On the basis of the Public Finance theory, a theoretical framework on intervention in the social insurance of long-term care is offered, which is complemented with a comparative review of the available international evidence. From this set of considerations arise a series of recommendations for the reform and improvement of the Spanish system, focused on demand management, coordination and integration of services, beneficiaries' access, and funding mechanisms.

Key words: long term care, benefits, financial sustainability, funding, scale, integration, co-payment.

JEL classification: H53, I18, I38.

I. INTRODUCCIÓN

EL seguimiento del estudio de la situación y las propuestas de reforma de los sistemas de protección social para la dependencia de países de nuestro entorno, y de Inglaterra, Suecia, Alemania y Holanda en particular, en conjunción con lo que se conoce desde la teoría de la economía pública acerca de la intervención en el aseguramiento social de los cuidados de larga duración, permite un conjunto de consideraciones básicas que, de forma resumida, se ofrecen para la reforma y mejora de nuestra Ley de la Dependencia, tal como se recogen a continuación (1).

II. LA ARGUMENTACIÓN TEÓRICA DE LA INTERVENCIÓN EN EL ASEGURAMIENTO DE LA CONTINGENCIA DE LA DEPENDENCIA

La lógica de la intervención en este campo del bienestar, desde la teoría de la Hacienda pública, enraíza la protección de la dependencia, en parte, en el primer teorema de la economía del bienestar, en lo que pueda suponer el fallo de mercado privado para la cobertura de dicha contingencia a través de los cuidados de larga duración, y del segundo teorema en lo que se refiere a garantizar una redistribución de dotaciones de recursos a efectos de una mayor equidad intrageneracional. El primero es de carácter más positivo que normativo: la incertidumbre es acotable (esto es, en relación a si se superará o no una determinada esperanza de vida y/o si se llegará a ella con un determinado nivel de discapacidad). Pese a ello, la tardanza en el reconocimiento de dicho problema, obviamente creciente con la edad del individuo, hace que, en el momento del devengo de los beneficios del aseguramiento, el coste de la prima resultante del mercado sea incapaz ya de generar el correcto *pool* compensatorio entre individuos (buscarían en esta alternativa el seguro los que mayor probabilidad de necesitarlo tuviesen, en clara selección adversa) o del propio individuo en el tiempo (no en edades tempranas en las que el riesgo de necesitarlo es menor, respecto del propio ciclo vital individual). Ello retroalimentaría la escalada de las primas hasta depredar completamente al mercado. De modo que quienes son de riesgo bajo verían imposibilitada la mejora de bienestar que supone el aseguramiento para todo aquel que exhiba alguna aversión a la desigualdad. Sería en interés, por

tanto, de éstos incluso pagar algo más que el coste actuarial (privado) de su riesgo para asegurar que con la intervención pública, y por ello subsidiada, pudieran alcanzar unos mínimos de cobertura.

El segundo argumento de intervención tiene carácter paternalista: la miopía de los ciudadanos que no descuentan suficiente o correctamente la probabilidad de necesitar cuidados de larga duración, lo que haría que la premisa de «el individuo es el mejor juez de su propio bienestar», que se habría mantenido en el primer teorema comentado, fuera substituida por la tutela o preferencia pública por encima, o independientemente, de la opinión de los ciudadanos, ya bajo fórmulas de aseguramiento (capitalización) colectivas o de reparto (2).

III. CONCRECIONES EN LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DESDE LA ÓPTICA COMPARADA

Como reconocen la mayoría de autores (véase Barr, 2010: 359-374), las prestaciones asociadas a dicha forma de cobertura presentan una elevada discrecionalidad en formas y contenidos (alcance e intensidad de lo cubierto: desde el cuidador al profesional hotelero residencial, pasando por una distinta frecuencia y calidad de los tratamientos). También divergen los sistemas en lo que se refiere a quién es elegible para la cobertura, vista la definición de las actividades básicas diarias hasta cómo se responde a la vigilancia y control de los enfermos mentales.

Algunas de las consecuencias que ello supone en la gestión de los servicios tienen que ver con los márgenes de prospectiva de cuantificación del gasto y su sostenibilidad, elásticos en cantidad, por el vínculo entre utilización y desarrollo económico (elasticidad renta, incorporación de la mujer al mercado de trabajo,...) y por la evolución de costes unitarios en «precios» (restricciones «baumolianas» a los crecimientos de productividad para todos aquellos cuidados intensivos de mano de obra). Ello acota un impacto en las próximas dos décadas que va hoy desde algo más de 1,5 puntos del PIB en Inglaterra hasta entre 3 y 4 puntos del PIB para Alemania u Holanda, no siendo la menor de las causas la no homogeneidad de las cestas de prestaciones. De ahí la importancia, en primer lugar, de ofertar con coherencia (capacidad de financiación) servicios sostenibles desde el inicio, dada la inercia de otro modo resultante de difícil corrección ante las crecientes expectativas ciudadanas; y en segundo lugar, de ser muy cuidadosos en la combinación de cobertura de servicios: basculante entre prestación de servicios (afectada de diferencia en costes unitarios de provisión respecto del IPC general) y de la monetaria, así como en la distinta valoración de la calidad percibida del servicio si se impone en oferta o se elige desde la preferencia del demandante.

1. Modos de intervención y vías de financiación

Reconocido lo anterior, es muy importante el modo en que se configura dicha intervención pública: desde la regulación —con aseguramiento obligatorio público y/o privado, o privado incentivado— hasta la provisión directa, con suministro público directo o concertado, a través de prestaciones monetarias o en especie, en sus distintas formas, desde el institucional al de régimen abierto, etcétera. Las diferencias surten efectos en las decisiones individuales. Así, entre institucionalizar o no (cuando el cuidado informal no está compensado), en el comportamiento moral del evaluado (si prima en la prueba de necesidad ante la falta de cuidador familiar), en el aspecto financiero (en el ahorro o en el arbitraje o venta de activos si éstos se consideran en la prueba de medios), en la incorporación del cuidador informal al mercado de trabajo, etc. Todo ello trasciende en primeros efectos y sobre todo en efectos de segunda ronda para un conjunto de políticas. Por ello, estas políticas no se pueden diseñar en abstracto o al margen del resto de políticas económicas.

En coherencia con lo anterior, el modo de financiación no es inocuo. Si se hace a través de cotizaciones sociales (1,95 puntos adicionales en el caso alemán), a través de una cobertura *ex ante*, el sistema necesita ofertar una red de protección social para los no cotizantes que necesariamente habrá de incorporar prestaciones algo inferiores a los asegurados con contribución si se quiere evitar arbitrajes oportunistas. Así mismo, desde la óptica contributiva, resultaría lógica una sobretasa para los individuos sin descendientes, y que la contribución alcance también a los pensionistas. Si el aseguramiento social adquiere la forma *ex post*, cabría estipular una prima única en torno a los 65 años, o una contribución a tanto alzado de una parte o cantidad afecta a la riqueza personal, incluida en ésta la acumulada en los distintos fondos de pensiones, privados o de empresa. Ciertamente, ello exigiría también mantener una red de protección a quienes no puedan acceder a ello, que no puede ser sino de mínimos. Que esta prima se abra a aseguramiento privado puede acabar forzando que se tenga que hacer obligatoria, lo que suele poner nerviosos a los políticos, aunque, según Barr

(2010), ello cuenta con distintas ventajas respecto del sistema de seguro privado libre: siendo obligatorio, permite alguna forma de redistribución implícita, evita la selección adversa y mantiene la tutela protectora pública. Las reticencias políticas pueden ser, en todo caso, menores que las observadas en el tema de las pensiones, habida cuenta de la menor cuantía de los importes y de que la probabilidad de ocurrencia es mucho menor que la relativa a la jubilación, y, en todo caso, por períodos de tiempo inferiores. Además, este aseguramiento se puede completar con formas de seguro privado, en un esquema que legitima en parte diferencias sobre la base la elección y en parte de la cuantía de ahorro añadido.

Una cuestión anexa a este último punto radica en si ha de ser posible un pago retrospectivo, una vez conocida la contingencia a partir de la riqueza personal. En principio, el aseguramiento funciona *ex ante,* en el velo de la ignorancia, a efectos de establecer el *pool* adecuado de riesgos; de otro modo, la selección adversa puede acabar siendo la decisión razonable. Sin embargo, estos efectos se pueden mitigar incluyendo una penalización que aproxime la cobertura al coste retrospectivo en lo que alcancen los activos disponibles. No se aseguraría en sentido estricto, sino que se resarciría el coste *ex post* por una cuantía determinada límite. En todo caso, la regulación en este terreno, con típicos períodos de carencia y/o de relaciones previas a la demanda preestablecida, necesitaría de un fuerte control de cumplimientos para evitar, desde la oferta, la selección de riesgos.

La financiación por la vía puramente impositiva parece completamente descartada en los tres países examinados (Alemania, Suecia y Holanda) sin que exista incluso una presión fuerte para su reconsideración. Se estima que los recursos fiscales hoy compiten con otras partidas de gasto social, y que los balances intergeneracionales no permitirían un impacto «pro-mayores», vistas las fragilidades de otros colectivos. En España, este argumento se aplica simplemente atendiendo a unos pocos datos, comentados con más profundidad en López-Casasnovas (2011a).

2. Los efectos del *pool* generacional

Los efectos del envejecimiento en el gasto social se reflejan, en general, en los cambios en la composición del *pool* de riesgos compensables, aun con la duda general de si efectivamente son igualmente compensables los de una menor fecundidad respecto de los de una mayor longevidad. Las estimaciones del cambio demográfico en las diferentes partidas se puede acotar en los siguientes campos: 1) impacto en los presupuestos ordinarios; 2) efecto sustitución sobre otras políticas públicas si se mantiene el equilibrio presupuestario; 3) consecuencias sobre la deuda pública si se financia por esta vía; 4) efecto sobre el crecimiento de la presión fiscal si se mantuviesen el resto de políticas sin déficit público, y 5) efecto en la dependencia de las rentas de nuestros mayores de los beneficios públicos. En su conjunto, España verá doblado en 2040 el peso de los mayores de 60 años dentro de la población total. En su traducción a gasto social, los deslizamientos de las actuales políticas implicarían que el peso del gasto público del que es beneficiario aquel colectivo pase del 12,6 al 33,1 por 100 del PIB (3). A igual gasto público total, ello desplazaría las políticas públicas (actuales o pendientes) destinadas a otros colectivos desde el 68 por 100 actual a sólo un 28 por 100. Para que se incrementase el gasto público total de manera que se evitase el efecto substitución, la presión fiscal debería pasar del 38,2 por 100 actual al 57,2 por 100 en el año 2040. Y si la financiación se realizase vía déficit y deuda, ya en el año 2029 entraríamos en el llamado efecto «bola de nieve»: 150 por 100 del PIB (4). Otros análisis apuntan a que nuestros mayores tendrían sus rentas netas dependientes en el 68 por 100 del gasto social, y que, netas de impuestos, las retribuciones de las clases pasivas incluso superarían las de los activos ocupados, dado el peso de impuestos y cotizaciones sobre éstos. En contraposición, al ritmo actual, el complemento de las pensiones privadas alcanzaría tan sólo un efecto compensatorio de dos puntos de PIB (una tercera parte, por ejemplo, del relativo al Reino Unido o Canadá). Como resultado, el «colchón» de la cohabitación de nuestros mayores con sus hijos adultos continuaría siendo fundamental: el 40 por 100 en España hoy *vs.* el 6 por 100 de algunos países nórdicos aunque este diferencial está disminuyendo. Finalmente, para compensar el aumento de la esperanza de vida a través de una mayor fecundidad, que dejase inalterada la tasa de dependencia, las mujeres en edad fértil deberían tener una media de cinco hijos en lugar de los casi 1,5 actuales. De dichas estimaciones surgen preguntas tales como: ¿es lógico que nos jubilemos hoy cinco o diez años antes de lo que lo hicieron nuestros padres cuando tenemos entre seis y ocho años más de esperanza de vida, gozando de buena salud y mejores condiciones de trabajo? Muchos de estos aspectos contrastan, por lo demás, con la consideración de que la prioridad del gasto social se debiera

de dirigir a las etapas tempranas de la educación y de la infancia, como ámbitos en que más probables son los ahorros futuros, y de que nuestra generación de jóvenes mejor formada es la que tiene la mayor dificultad en insertarse en el mercado de trabajo, emanciparse de situaciones familiares condicionantes y mejorar su calidad de vida. En efecto, tanto la continuación de la inercia actual, a la vista de cómo se viene entendiendo el Estado del bienestar, como un drástico e indiscriminado freno, en su caso, sesgaría de modo preocupante el gasto social en favor de las generaciones de mayores. En contraposición a ello, el argumento de que la evolución económica permite compensar el bienestar de los más jóvenes deja hoy de ser evidente. Hacen falta, por tanto, reglas que permitan recuperar los equilibrios intergeneracionales de bienestar, como meta, a cada nivel (y composición) del gasto público, y de la presión fiscal consecuente, que se alcance.

El envejecimiento demográfico, por lo demás, se encuadra en cambios en la política económica general que se traslucen en la observada globalización de flujos y cambios de productividad, además de en el desempleo, las cuñas fiscales sobre salarios reales, el acceso a la vivienda y la necesidad de políticas activas de ocupación (*workfare*). En concreto, respecto del gasto público, la deriva demográfica, en lo que atañe a la sanidad universal, la dependencia y la edad, el sistema de reparto en la financiación de la seguridad social, el peso de las pensiones y prestaciones definidas con derechos devengados y, como consecuencia, en su impacto social con una mayor dependencia de las rentas de los mayores de los presupuestos públicos (*moral benefit dependence*, contribuciones netas dependientes del grupo de edad), marca los límites del debate.

3. El caso inglés

De la experiencia inglesa (véase Comas-Herrera *et al.,* 2010), entresacamos como rasgos destacables el hecho de que nunca se planteó la cobertura de los cuidados de larga duración, en un estado de fuerte tradición «welfarista» como el inglés, desde la pretensión universalista. Se ha tratado hasta el día de hoy de una red de seguridad que se conjuga como residual con el resto de prestaciones asistenciales, como las sanitarias o las prestaciones económicas de la seguridad social (*Attendance Allowance y la Disability Living Allowance*); éstas últimas como compensación por discapacidad más que para garantizar el acceso a determinados servicios. Ello incluye ayudas sociales en pensiones, servicios de salud comunitarios, agencias locales de servicios sociales, proveedores asistenciales públicos y privados, cuidados de día, comidas, asistencia domiciliaria local, asistencia de rehabilitación, enfermería comunitaria, pagos directos en *cash*, apoyo de cuidados profesionales, ayudas para la adaptación y equipamientos, residencias asistidas, residencias de cuidados de enfermería, estancias hospitalarias de crónicos, tele-asistencia, etc. Y, como no podía ser de otro modo, el progreso en el alcance de la cobertura se inicia con los casos más severos y priorizados por ausencia de medios para acceder a los cuidados mínimos. La prueba de medios se localiza precisamente en los cuidados sociales, no en los de salud o en los beneficios por discapacidad, que sí son universales y, por tanto, financiados a partir de los impuestos generales, y tampoco en los de la seguridad social, que son estrictamente contributivos. La financiación es por ello mixta entre impuestos centrales y locales, contribuciones, y aportaciones directas de los usuarios.

Sin embargo, al estar todos aquellos elementos asistenciales dirigidos a un mismo fin, la coordinación se garantiza ya desde los gestores locales del caso o insertando el conjunto de la financiación en presupuestos personales como pago directo por un paquete de servicios preestablecido con el que los beneficiarios pueden acceder a servicios o a equipamiento por sí mismos. Con dichos criterios restrictivos de elegibilidad, y con acuerdos decididos localmente, no extraña que existan diferencias, sin que se interpreten equívocamente como divergencias territoriales. Se aspira a que individuos con necesidades (situación de renta y de necesidad) similares consigan similares resultados, pero no que ello se haga con recursos similares. Con decisión personal diferente, incluso resultados diferenciados serían legítimos en el sistema inglés. Más controvertido es el criterio comúnmente utilizado de que si se tiene acceso a cuidados informales, y en especial los ancianos que viven solos, se pierde prioridad en el devengo de la prestación pública. En concreto, en la prueba de medios lo que se hace es graduar la prestación, dejando por tanto abierta la posibilidad de copagar. Son los prestadores privados los que ingresan esta forma de financiación complementaria. Con activos, excluida la casa propia, que superen valores tan mínimos como 23.000 libras esterlinas ya no se garantiza la elegibilidad para el apoyo a recibir de las autoridades locales. Además, los pagos directos no permiten la compensación de cuidadores familiares que vivan en la misma casa que el cuidado. El presupuesto personal, por el que el dependiente decide su mejor combinación de servicios comprándolos directamente o a través

de una agencia, no se ha de confundir en este caso con presupuestos «individuales» que, en fase de experimentación en trece autoridades locales, adicionan todas las prestaciones sociales (exceptuadas las sanitarias y el subsidio de asistencia —*Attendance Allowance*—) para favorecer la libre decisión individual, incluyendo aquí el pago de cuidadores informales incluso si cohabitan en el seno de la misma casa del dependiente. Más allá de los programas piloto mencionados, diversas comisiones han intentado recomponer la cobertura para adaptarla mejor a los nuevos tiempos. Señalemos simplemente que, tras las últimas elecciones, el gobierno conservador inglés ha anunciado una nueva política que renuncia al universalismo y establece la asistencia personal libre en las propias casas de los dependientes, priorizados según nivel relativo de necesidad, y está en vigor desde el mes de octubre de 2010.

4. El caso alemán

En sus rasgos más sobresalientes, destacamos del caso alemán el carácter de último recurso que tiene la cobertura pública para aquellos dependientes que, necesitando cuidados formales y pagando los costes de su propio bolsillo, son rescatados por una prueba de medios para la cobertura solidaria, una vez agotados sus activos. Desde 1994 se han producido consecuentemente diversas mejoras, pero con la parte nuclear del programa mayormente mantenida. Los beneficios son hoy extensivos a todas las formas de cuidados, incluidos los informales familiares, traduciéndose en un pago monetario. Los beneficios en *cash* y en especie pueden combinarse, en este último caso, desde prestadores tanto privados como públicos. Los beneficios dinerarios van directamente a la persona dependiente, quien siempre que se valide que el tratamiento recibido es el adecuado, puede también dedicarlos al cuidador familiar. Las facturas correspondientes a la asistencia comunitaria van al prestador hasta el límite establecido por el aseguramiento. Además del servicio hotelero, el resto del coste se copaga por parte del dependiente. La parte no cubierta por contribuciones ni copagos supone en la actualidad un tercio del total, con cargo a impuestos. Los agentes intermediarios, *brokers* o consejeros, son decisivos en el alcance que acabe demandando el dependiente. Un tema mal resuelto en Alemania es el de cómo nivelar los fondos de aseguramiento privados, aunque obligatorios, con los públicos, ya que los primeros se relacionan con el riesgo del suscriptor y no con la renta, como en el caso de las cotizaciones. Igualmente, es evidente que la capacidad de generar financiación sobre la base de rentas salariales es inferior, vista en general su evolución en las contabilidades nacionales de diversos países, que hacerlo sobre el conjunto de la renta (lo mismo se puede aplicar para el caso de la financiación basada en impuestos). Otro tema a discusión es la dificultad de proteger las contingencias relativas a la demencia.

5. El caso holandés

En lo que respecta al caso holandés, un análisis de la experiencia recogida (véase Schut y Van den Berg, 2010), permite concluir que la pretensión integradora, tanto en financiación como en provisión y gestión, con la asistencia social y el aseguramiento sanitario en particular presenta dificultades, manteniéndose como se mantiene para la cobertura de dependencia el aseguramiento financiado por contribuciones sociales. Al utilizar la prueba de medios, el copago máximo permitido hace que para algunas prestaciones sea más atractivo conseguirlas privadamente. Una organización independiente evalúa desde 2005 las necesidades de asistencia con criterios homogéneos sobre el territorio. La prestación es de base regional y vinculada al aseguramiento sanitario. Desde 2003 la asistencia domiciliaria es competencia local. Para el resto de categorías (exceptuado el alojamiento, que se subsidia selectivamente sobre la base de prueba de medios), esto es, en lo que se refiere a la asistencia personal, de enfermería, servicio de apoyo, servicios preventivos de guía y tratamientos, se oferta en función de la necesidad un presupuesto monetario personal o en especie, o una combinación de ambos. El primero se determina a un nivel del 75 por 100 del coste teórico del segundo, al considerarse en el cuidado informal un menor nivel de profesionalización. En cualquier caso, el cuidado informal es en Holanda mucho menos importante que en el resto de países considerados, pese a que es creciente, dado el incentivo que ofrecen los presupuestos personales, a menudo bajo el consejo y guía de los gestores de casos. El apoderamiento del dependiente es, en este sentido, el nuevo paradigma del cuidado. En las propuestas de reforma destaca la implementación de presupuestos globales para favorecer la integración y la coordinación de cuidados, pese a que en su consignación continúen flaqueando los ajustadores por el distinto riesgo poblacional, así como una definición más precisa del catálogo de servicios y derechos meritados. Las propuestas de la *SER Comission* fueron finalmente asumidas por el Gobierno en 2009, con el compromiso de abolición, en 2012, de las oficinas regionales y el traspaso de respon-

sabilidades a los asegurados, conjuntamente con las aseguradoras, en las decisiones de qué cuidados adoptar. Sin embargo, esta decisión se supedita al avance en los instrumentos de ajuste poblacional para que se genere una transferencia efectiva y creíble del riesgo de cobertura a los proveedores en el territorio, sobre la base de un presupuesto pensado para el colectivo atendido y no tanto del tipo de proveedores disponibles en el territorio.

6. El caso sueco

Finalmente, el estudio de la evolución del caso sueco permite describir un retroceso del sistema universal en favor de la priorización a los dependientes que mayor necesidad relativa muestran y con menos recursos cuentan para afrontar sus contingencias. Asimismo, parece ya definitivamente aceptada la diversidad territorial; por un lado, procedente de una provisión municipalista que cuenta con una importante autonomía local, y para la que la financiación estatal marca unos mínimos complementables localmente, y por otro lado, de acuerdo con la ideología de la municipalidad y con un distinto alcance de las aportaciones privadas voluntarias (véase Trydegard y Thorslund, 2010).

El carácter más restrictivo hoy, respecto de la generosidad universalista del pasado, se observa claramente en la asistencia domiciliaria. La legislación permite esta flexibilidad, ya que en la definición de derechos admite una asistencia de nivel «razonable» si las necesidades de la persona dependiente no se pueden cubrir «de otro modo», lo que ofrece diferentes interpretaciones a escala local. Un copago ajustado a la renta es común, ya sea en asistencia domiciliaria o en residencias asistidas. La subvención estatal es en bloque a partir de parámetros generales «estructurales» (edad, condiciones de vida y estatus socioeconómico de los ciudadanos en los municipios) y de las capacidades de financiación locales. La diversidad en la provisión territorial se justifica comúnmente como parte de un servicio público más atento (*responsive*) a las necesidades ciudadanas, diversas geográficamente. Estas diferencias se observan en comidas domiciliarias, asistencia de día, cuidados para tiempo breve y ayudas especiales para la vivienda, entre otras. Las diferencias no deseadas se liman a través de la información nacional comparable y del *benchmarking* de las mejores prácticas, pero no de la coordinación jerarquizada de propósito «cohesionador». La evaluación de las necesidades ha devenido cada vez más estricta, dejando dependientes con necesidades menos extensivas fuera del sistema público.

La coordinación entre lo sanitario y lo socio-sanitario se fuerza imputando un precio de penalización al bloqueo social de cama por falta de oferta comunitaria local. Concluyen Trydegard y Thorslund (2010: 502), que «no puede ya considerarse que el sistema de asistencia sueco al anciano se pueda caracterizar por un universalismo fuerte ni en el sentido de su alcance amplio y generoso, ni en el de que se distribuya igualmente a los ciudadanos necesitados». Y aun con desigualdades, nuestra lectura de los datos abona la idea de que la provisión descentralizada y sus mecanismos de emulación han impulsado la media de la provisión pública por encima de las pretensiones de contención del gasto local, con lo que se han convertido en factores propulsores del déficit local. Una preocupación política más reciente parece ahondar en las diferencias territoriales no consideradas legítimas con el objeto de buscar una mayor equidad provisora.

IV. LA SITUACIÓN ESPAÑOLA. CONSIDERACIÓN FINAL

En España, partiendo de un supuesto desacomplejado de sostenibilidad formulado desde la fase álgida del ciclo, la LAPD se formuló desde el universalismo (no es éste el caso aún hoy de países con más tradición de Estado del bienestar como los arriba analizados), desde la garantía de la prestación en especie (mediante cobertura de coste con escaso o nulo copago en la práctica) y con pretensiones de homogeneidad, pese a la diversidad territorial de oferta, la distinta implicación histórica de las autoridades locales en su provisión y la autonomía que garantiza la Constitución española al formularse la cobertura de dependencia fuera de las competencias de la Seguridad Social. Elementos todos ellos enjuiciados como una Ley a destiempo, social y económicamente (véase López-Casasnovas y Del Pozo, 2010). Todo ello debería servir como introducción a una serie de recomendaciones para su reforma y mejora.

En cualquier caso, son ideas generales que conviene enfatizar a modo de resumen (5):

1. La solvencia (capacidad de respuesta ante la complejidad) y no la sostenibilidad financiera (concepto más o menos manipulable políticamente y, en todo caso, abierto a la ingenuidad o prejuicio de cada cuál) se debiera de configurar como objetivo. No por contención de gasto se debiera diluir una cobertura de rasgos generales. Más lógico sería hacerlo por la vía de la solvencia resultante de la priorización de la necesidad relativa, sea cual sea la financiación disponible.

2. Una cobertura protectora equitativa frente a los efectos de la distribución financiera de la carga fiscal necesita integrar las probabilidades objetivables de entrar en dependencia a partir de caracterizaciones individuales (datos microeconométricos) o de grupos socioeconómicos predeterminados; de transitar de un grado y nivel a otro, de demandar un conjunto de servicios que compensen un balance asistencial adecuado a la situación de necesidad, y finalmente, de responder a los costes predecibles a partir del nivel de renta y riqueza del individuo, y de sus aportaciones respectivas a las distintas formas de aseguramiento establecidas.

3. En las consecuencias del proceso descrito en 2, conviene hacer un seguimiento de los aspectos intergeneracionales globales (qué cohortes financian qué a expensas de qué otras cohortes) con la finalidad de preservar los equilibrios intergeneracionales justos, frente a la deriva de la inercia observada en el gasto social.

4. Existen argumentos para buscar la garantía de la racionalidad de instrumentar un *pool* básico, tanto por eficiencia como por equidad. Y éstos son normativos, esto es, no susceptibles de interpretaciones ad hoc tanto ideológicas como empiristas.

5. La tendencia observada hoy en este ámbito del gasto social es la de identificar mayormente universalismo con elegibilidad, no con que, independientemente de cualquier forma de priorización, se devenguen derechos de utilización universales. Por lo demás, en cuanto a la necesidad relativa, los sistemas conjugan en diferente medida la prueba de medios.

6. Los sistemas muestran la difícil reconciliación entre la consistencia nacional de las políticas y la deseable flexibilidad local (territorial, de servicios) e individual (márgenes de discreción en las decisiones). Podríamos decir que conviven bajo la racionalidad de la elección social.

7. El ajuste a la necesidad del dependiente es difícilmente resoluble a través de anticipar cestas de servicios (balance asistencial) y tipos de cuidados (formales, informales) para ajustarlas además de modo dinámico en el tiempo. Para ello, la apuesta más flexible, y en cierto modo prevalente, es la de las prestaciones monetarias (que tiene por supuesto pros y contras).

8. Continúa abierta la discusión sobre si el aseguramiento ha de ser obligatorio o no, si ha de ser automático (y subsidiariamente así, si no se especifica lo contrario) y si ha de contener *opting-out* potencial, entre otras alternativas.

9. En los tratamientos de control de los impactos generacionales en cuidados de larga duración, se dirime hoy la financiación: ya sufragándolos con impuestos y cotizaciones, pagos privados (*cost sharing*) con techo máximo, con pago diferido (con cargo a patrimonio, herederos a beneficio de inventario, etc.), con financiación afectada por ejemplo, a la recaudación resultante del impuesto de sucesiones (al no dejar de ser la cobertura pública un protector de liquidaciones, de otro modo, de patrimonios individuales); financiación anticipada (*pre-funding*), ya sea por *pool* obligatorio al entrar en una edad determinada, con una contribución regular y específica creciente con la edad (para favorecer aseguramiento temprano, tipo cotizaciones), un pago único por adulto (como solución intrageneracional), o modulando (reduciendo) el pago de pensiones a cambio de garantizar la cobertura de estas otras contingencias.

10. Finalmente, si, con efectos en la financiación tributaria, cabe suponer menores efectos intergeneracionales de una imposición al alza del IVA y del consumo en general, y no de cotizaciones sobre salarios; mejor desde sucesiones y patrimonio que de renta.

11. Otros aspectos intergeneracionales a considerar desde la perspectiva del bienestar general son o bien de «doble vía», como lo que supone la contribución de los mayores autónomos a la economía familiar, o de «vía única», por las externalidades de solteros o sin hijos en el mantenimiento de las cargas comunes. Éstos sobrepasan lo que aquí hemos podido tratar.

NOTAS

(*) Se agradece la ayuda a la investigación de Gabriel Ferragut y Catia Nicodemo, profesores asociados de la UPF y UAB respectivamente, e investigadores ambos del CRES. Asimismo se desea mencionar y agradecer el apoyo financiero a la investigación de la Fundación CASER, que, en conjunción con el CRES-UPF, edita una serie de documentos de trabajo para el estudio de la dependencia, de los que una parte de una versión preliminar de este texto constituyó su DT número 3 (2011).

(1) Para un análisis específico de los detalles sobre los que se sustentan las consideraciones, véase: SOCIAL POLICY & ADMINISTRATION (2010).

(2) Notemos, por lo demás, el efecto intergeneracional. En la metáfora samuelsoniana, Robinson Crusoe, solo en la isla, sabe que la pesca se le dará peor cuando sea viejo. Para preparar esta situación, podría fabricar cañas en grandes cantidades, pero de nada le va servir. Consumido por la fatiga morirá precozmente porque ya no es independiente y capaz como era de joven. Supongamos que cada x años llega sin embargo un nuevo náufrago enviado por la marea que ignora todo acerca del anterior. El joven Robinson ve desfallecer al viejo, incapaz, y ve que podría ayudarle. Preceptuemos la norma: que los jóvenes náufragos que con regularidad llegan a la isla cada x años dediquen parte de sus capturas a los mayores. Un *y* por 100 de la pesca total. Aparentemente, esta expropiación les abre un acceso a las genera-

ciones futuras. Todos los robinsones, jóvenes y viejos, ganan. No hace falta que se estimen para mutualizar sus intereses. En este reparto, claro está, cuanto más rápido es el crecimiento, más dispuesto se está a confiar en que alguien establezca dicho usufructo; no cuando la riqueza se estanca.

(3) Estimaciones previas a la reforma de las pensiones de enero de 2011.

(4) Para el cómputo de datos y proyecciones, véase: www.csis.org/media/csis/pubs/aging_index.pdf

(5) Puede encontrarse una argumentación más detallada de esta serie de recomendaciones en LÓPEZ-CASASNOVAS (2011b).

BIBLIOGRAFÍA

BARR, N. (2010), «Long-term care: a suitable case for social insurance», *Social Policy & Administration*, 44 (4). pp. 359-374.

COMAS-HERRERA, A.; L. PICKARD; R. WITTENBERG; J. MALLEY, y D. KING (2010), «The English long-term care system». *ENEPRI Research Report,* nº 74.

LÓPEZ-CASASNOVAS, G. (2011a), *Los retos de futuro del Estado del bienestar*, Confederación de Cajas Vasco-Navarras, febrero.

— (2011b), «La ley de autonomía y dependencia. Un análisis crítico y recomendaciones para mejorar su aplicación futura». *Documentos de Trabajo CRES* - Fundación Caser, nº 3.

LÓPEZ-CASASNOVAS G., y R. DEL POZO (2010), «La protección social de los problemas de dependencia en España», *Documentos de Trabajo CRES* - Fundación Caser, nº 1.

SCHUT, F. T., y B. VAN DEN BERG (2010), «Sustainability of comprehensive universal long-term care insurance in the Netherlands», *Social Policy and Administration,* 44 (4): 411-435.

SOCIAL POLICY & ADMINISTRATION (2010), vol. 44 (4).

TRYDEGARD, G.-B., y M. THORSLUND (2010), «One uniform welfare state or a multitude of welfare municipalities? The evolution of local variation in Swedish elder care», *Social Policy and Administration*, 44 (4): 495-511.

COLABORACIONES

III.
EL SISTEMA NACIONAL DE DEPENDENCIA EN ESPAÑA

DUALIDADES TÉCNICAS DE LA LAAD

Demetrio CASADO

Seminario de Intervención y Políticas Sociales

Resumen

La aplicación de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia, adoptó el doble objetivo que indica su título. Para el segundo de ellos, la norma previó prestaciones de entidad aceptable y modos de acción adecuados; en cambio, la regulación de los medios y modos de acción previstos para el primero adolecen de muy graves defectos. Esto se relaciona con la aplicación harto desigual de la norma para ambos objetivos. Por otra parte, la Ley regula dos clases de prestaciones: de servicios y económicas. Las concesiones de ambas presentan desviaciones importantes respecto a los preceptos que las regulan. El énfasis de la Ley en los servicios no sólo no se corresponde con la realidad de la aplicación, sino tampoco con la prioridad establecida en diversos documentos públicos de mantener a las personas dependientes en su ámbito doméstico y su entorno familiar.

Palabras clave: dependencia, autonomía personal, prestaciones económicas, servicios, ejecución de las normas, desviación de las normas.

Abstract

The implementation of Law 39/2006, for Promotion of Personal Autonomy and Care to Persons in Dependency Situation, establishes the double purpose stated in its title. As regards the second purpose, the Law foresaw benefits of considerable significance and adequate mechanisms to provide them; in contrast, concerning the first purpose strong flaws have become evident. This point is linked with the very uneven implementation of both aims theoretically pursued through this piece of legislation. Furthermore, this Law regulates two types of benefits: direct services and money subsidies. The provision of both deviates importantly with respect to the norms regulating them. The emphasis on services put by legislators has not seen a correspondence in the implementation. Furthermore this emphasis collides with the priority, established in several public documents, of maintaining dependent persons within their domestic realm and their family environment.

Key words: dependency, autonomy, benefits, services, norm implementation, norm deviation.

JEL classification: I11 , I18, I38.

I. INTRODUCCIÓN

La aplicación de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia (LAAD, en adelante) se está llevando a cabo con importantes anomalías en la distribución de las prestaciones concedidas —quede para otra ocasión la no menor de las disparidades entre comunidades autónomas. En el momento de escribir este texto (agosto de 2010) se han registrado estos datos (IMSERSO): 1) las concesiones de servicios para la prevención de la dependencia y la promoción de la autonomía personal más las de la prestación económica de asistencia personal, que integran la cobertura prevista para el primero de los objetivos generales de la LAAD (art. 1.1), sólo representan el 1,16 por 100 del total de las concedidas; 2) las concesiones de la prestación económica para cuidados en el entorno familiar, de carácter excepcional (art. 14.4), suponen el 49,47 por 100 del total. Esta exposición versa sobre dualidades técnicas de la LAAD relacionadas con tales hechos, e incluye amplios extractos de mi aportación a un trabajo colectivo aún no publicado (De la Red *et al.,* 2011).

II. DOS OBJETIVOS MATERIALES

La LAAD «tiene por objeto regular las condiciones básicas que garanticen la igualdad en el ejercicio del derecho subjetivo de ciudadanía a la promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia» (artículo 1.1). Así pues, la norma enuncia dos objetos materiales: la autonomía personal y la dependencia. Para entender su significado en la LAAD, parece necesario rastrear sus antecedentes conceptuales.

1. Autonomía

La voz «autonomía» denota el hecho de tener normas propias (Ferrater Mora, 1965: 161); lo que en el orden práctico debe incluir la capacidad de aplicarlas, claro. En relación con lo humano, la acepción básica de ese término significa capacidad de decidir la propia conducta y, también, de llevarla a efecto. Pero interesa recordar que la idea de autonomía se viene utilizando también para el ámbito funcional; por ejemplo, cuando se habla de la autonomía de vuelo de un avión. En relación con el objeto material de esta exposición, la autonomía funcional consistiría en capacidad biológica y de desenvolvimiento humano.

La locución «autonomía personal» que adopta la LAAD fue utilizada hace años en España por Puig de la Bellacasa ([1987] 1999) en un artículo sobre discapacidad. El texto evocado reseña la emergencia del paradigma que el autor denomina mediante la locución indicada, de la que se sirve para verter al castellano la expresión *independent living*. Mediante esa fórmula, evitó la traducción literal de la expresión inglesa, la cual choca con el hecho de que en lo humano no cabe la independencia, pues los individuos de nuestra especie somos interdependientes por naturaleza. El lema *independent living* fue creado por

un movimiento cuya descripción extracto seguidamente (Casado, 1995). Se inició en California al final de los años sesenta (Cruz, 1993: 7) y prosperó inicialmente en los Estados Unidos y Escandinavia. Sus protagonistas primeros fueron personas afectadas por grandes deficiencias físicas y, también, de la visión. La referencia negativa de que partieron fue la práctica de derivación a centros asilares de afectados por deficiencias graves con efecto de bloqueo de sus vidas y de sus personalidades. Frente a esta situación de supeditación de la voluntad, el movimiento reivindicaba la vida autónoma, tanto en el sentido tradicional de capacidad de elegir como en el de llevar a cabo las elecciones adoptadas. Esta ideología comporta una rehabilitación orientada a la meta que se reivindica, desde luego. Mas, en los afectados por graves deficiencias físicas, la recuperación de capacidades puede no llegar a permitir el autovalimiento funcional, de modo que se plantea la necesidad de ayuda personal; y para que ésta no hipoteque la deseada autonomía de decisión, debe ser prestada por un asistente bajo las órdenes del usuario, no un protector tutelar. Las fórmulas prácticas han sido y son motivo de discusión (Mitchell, 1990: 212), pero, en cualquier caso, han de proveerse prestaciones económicas para financiar la ayuda de terceras personas. Por lo demás, la ideología autonomista desarrolla iniciativas de autoayuda, mediante la fórmula del Centro de Vida Independiente, así como de reivindicación política orientada a la adopción de medidas de apoyo económico y de accesibilidad social (Raztka, 1994).

En la esfera pública española, se produjo la entrada formal, y sin adaptación léxica, de la innovación reseñada mediante la Ley 51/2003, de 2 de diciembre, de igualdad de oportunidades, no discriminación y accesibilidad universal de las personas con discapacidad (LIONDAU), que adopta esta definición: «Vida independiente: la situación en la que la persona con discapacidad ejerce el poder de decisión sobre su propia existencia y participa activamente en la vida de su comunidad, conforme al derecho de libre desarrollo de su personalidad» (art. 2).

En el campo de la discapacidad intelectual se utiliza en ocasiones el concepto de autodeterminación. Un autor activo en aquél nos ofrece este análisis contextual: «Históricamente, el término 'autodeterminación' ha tenido dos significados principales con notable influencia en nuestra comprensión del concepto, ambos con una larga historia de uso fuera del campo de las discapacidades. Estos significados incluyen el uso del término como un concepto personal, refiriéndose a cuestiones de causalidad y control personal en la conducta y en la acción humana, y como un concepto aplicado a grupos de personas refiriéndose a sus derechos de determinar su propio estado político y autonomía. El segundo uso del término, como un derecho político, nacional o corporativo, es el más usado, e influye de forma directa en la comprensión del concepto en el campo de los servicios y ayudas para personas con discapacidad. Ambos términos del concepto son sinónimos del término autónomo, un adjetivo que significa: 1) ejercer un control o dominio sobre uno mismo o sobre sí mismo; o 2) tener el derecho o el poder de autonomía (*The American Heritage Dictionary of the English Language,* 1992)» (Wehmeyer, 2001: 113-114).

En dicho campo de la discapacidad intelectual, está siendo incorporada al acervo de nuestro país la voz «autodeterminación» para denotar uno de los componentes del concepto de calidad de vida en la versión de Robert Shalock para dicho campo, en cuya elaboración y recepción está jugando un papel clave Miguel Ángel Verdugo. Según Verdugo y Shalock (2001: 108), la definición más aceptada en la comunidad científica internacional de calidad de vida es la que propuso Shalock ya en 1996, cuyo tenor es el siguiente: «Calidad de vida es un concepto que refleja las condiciones de vida deseadas por una persona en relación con ocho necesidades fundamentales que representan el núcleo de las dimensiones de la vida de cada uno: bienestar emocional, relaciones interpersonales, bienestar material, desarrollo personal, bienestar físico, autodeterminación, inclusión social y derechos».

En este campo de la discapacidad intelectual, se utiliza también de modo frecuente la noción de autonomía centrada principalmente en la realización de actividades. Sirva como muestra la historia de un caso relatada con gran rigor técnico y de reciente publicación (Troncoso y Flórez, 2006: 236 y 239).

Bien que de modo negativo, la siguiente definición, que aparece en un trabajo de geriatría, refiere la autonomía sólo a la capacidad funcional: «Grado en el cual el sujeto encuentra dificultad de realizar una serie de actividades de la vida diaria (por ejemplo: cuidado de su aspecto físico, vestirse y desvestirse, hacer gestiones, etc.)» (Fernández Ballesteros *et al.,* 1996: 38).

En un documento vinculado a la II Asamblea Mundial del Envejecimiento, celebrada en Madrid en 2002, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2002:78) adopta esta definición: «La autonomía es la capacidad percibida de controlar, afrontar y tomar decisiones personales acerca de cómo vivir de

acuerdo con las normas y preferencias propias». Se trata, salvo mejor interpretación, no sólo de la posibilidad de elegir, sino de hacerlo controlando el campo de opciones y asumiendo los riesgos que toda elección supone: decidir con conocimiento y responsabilidad, en suma.

De lo expuesto se desprende que, en los campos de la discapacidad y de la geriatría y la gerontología, la voz «autonomía» está siendo utilizada, en su acepción tradicional, para denotar la capacidad de decidir con conocimiento y responsabilidad sobre la propia vida, pero se usa también para indicar la capacidad funcional de llevar a cabo personalmente actividades. Tal vez sea oportuno señalar aquí que en el uso de las citadas disciplinas no suele mencionarse —supongamos que por obvia— la circunstancia de que la autonomía de la persona que vive en sociedad siempre está limitada por normas y relaciones de alcance colectivo.

2. Dependencia

La voz «dependencia» es un sustantivo verbal con tantos significados como relaciones puedan establecerse entre dos términos: dependencia energética de ciertos países, dependencia económica de la mano de obra inmigrante, dependencia política, drogodependencia humana, dependencia humana emocional o, para no alargar más la enumeración, dependencia humana funcional.

Ha hecho fortuna entre nosotros la siguiente definición incluida en la Recomendación n.º (98) 9 del Comité de Ministros a los estados miembros del Consejo de Europa (1999:13), adoptada de su reunión del 18 de septiembre de 1998: «La dependencia es 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». En el mismo documento se puede leer: «La dependencia puede afectar a cualquier sector de la población y no sólo a las personas mayores. Si bien es cierto que la dependencia tiende a aumentar con la edad, y que la vejez se caracteriza por aparecer frecuentemente asociada con múltiples problemas de salud, la edad no es el único criterio acerca de este estado».

En el documento antes citado de la OMS se incluye una definición de «independencia» que, dejando aparte la impropiedad de este término en español referido a lo humano, nos sirve para, *sensu contrario*, conocer la noción que adopta la entidad sobre dependencia: «La independencia se entiende comúnmente como la capacidad de desempeñar las funciones relacionadas con la vida diaria, es decir, la capacidad de vivir con independencia en la comunidad recibiendo poca ayuda, o ninguna, de los demás» (OMS, 2002: 78). A continuación se indican las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria (ABVD y AIVD) en estos términos: «Las ABVD incluyen, por ejemplo, bañarse, comer, ir la baño y pasear por la habitación. Las AIVD incluyen actividades como ir de compras, hacer las tareas domésticas y preparar comida» (OMS, 2002: 78).

Así pues, en los campos de la geriatría y la gerontología, y también de la discapacidad, se viene utilizando la palabra «dependencia» sin adjetivar para denotar la necesidad humana de ayudas extraordinarias para las actividades de la vida diaria. Se explicitan los factores físicos de esa necesidad, pero se mencionan o se implican también los de carácter psíquico. De este modo, cabe decir que la dependencia que interesa a esta exposición es la quiebra de la autonomía igualmente contemplada aquí en sus dos facetas.

3. Definiciones de la LAAD

Como se pudo apreciar en el texto transcrito, el Consejo de Europa define la dependencia como una quiebra de la autonomía, de modo que la LAAD podría haber optado por definir ambos fenómenos de modo integrado; pero adoptó la opción contraria (art. 2). Para mostrar los importantes cambios de las definiciones iniciales, seguidamente aparecen en cursiva las adiciones introducidas en el Senado, mediante presión de entidades del tercer sector de la discapacidad, y que fueron aceptadas por el Congreso:

> 1) Autonomía: la capacidad de controlar, afrontar y tomar, por propia iniciativa, decisiones personales acerca de cómo vivir de acuerdo con las normas y preferencias propias, *así como de desarrollar las actividades básicas de la vida diaria*.
>
> 2) Dependencia: el estado de carácter permanente en que se encuentran las personas que, por razones derivadas de la edad, la enfermedad o la discapacidad, y ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, precisan de la atención de otra u otras personas o ayudas importantes para realizar actividades básicas de la vida diaria o, *en el caso de las personas con discapacidad intelectual o enfermedad mental, de otros apoyos para su autonomía personal*.

La definición inicial de autonomía coincidía casi literalmente con la adoptada en el documento sobre envejecimiento activo de la OMS, arriba transcrita, que sitúa a aquélla en el orden de las decisiones; el añadido del Senado la desdobla a la faceta funcional, bien que *sólo para las actividades básicas de la vida diaria.*

Para acotar el alcance de la voz «dependencia» en la LAAD, se comienza siguiendo el enfoque del Consejo de Europa, cuya definición quedó también transcrita más arriba, pero se adoptan importantes variaciones respecto a ese antecedente:

— Se limitan las situaciones objeto de protección a las de *carácter permanente*. Quede indicado al respecto que no está garantizada por otras normas la ayuda personal en situaciones de dependencia transitoria como, por ejemplo, las que se producen tras el alta hospitalaria de ciertas enfermedades y traumatismos.

— Las situaciones que se contemplan son, como en la definición del Consejo de Europa, las derivadas de quiebras de «autonomía»; ello supone que objetivamente se conceptúa la dependencia como el opuesto a la autonomía, sin duda en su faceta funcional y cabe interpretar que también en la clásica relativa a las decisiones.

— Se adopta como requisito la necesidad de ayuda para las *actividades básicas de la vida diaria*. Esta restricción a las básicas, que no figura en la definición del Consejo de Europa, debe de estar inspirada en el propósito de limitar el gasto público.

— En su último trámite, se corrige el requisito de la necesidad de ayuda para las actividades básicas de la vida diaria en los casos de personas afectas de «discapacidad intelectual o enfermedad mental», ampliando aquélla a «otros apoyos para su autonomía personal». Sin duda para determinar el significado de esta referencia, el Senado introdujo esta definición: «Necesidades de apoyo para la autonomía personal: las que requieren las personas que tienen discapacidad intelectual o mental para hacer efectivo un grado satisfactorio de autonomía personal en el seno de la comunidad» (art. 2.4).

Como quiera que esta definición no alcanza su objetivo, recurro aquí a la Asociación Americana sobre Retraso Mental (2004:186), fuente de referencia para la psicología y las asociaciones del campo de la discapacidad intelectual de España, que utiliza el término «apoyo» con un significado muy amplio: «recursos y estrategias cuyo propósito es promover el desarrollo, la educación, los intereses y el bienestar personal y que mejoran el funcionamiento individual». Enumera también las siguientes «actividades representativas» para el «acceso y uso de la comunidad»: «Programa de transporte/viajes compartidos. Entrenamiento en transporte. Habilidades de protección personal. Implicación en ocio/tiempo libre. Oportunidades de tomar conciencia de la comunidad. Modificaciones del vehículo. Oportunidades de uso de la comunidad y de interactuar con servicios genéricos» (Asociación Americana sobre Retraso Mental, 2004: 189).

* * *

Como se ve, salvo la indeterminación de lo añadido por el Senado en la definición de la dependencia, los dos objetos materiales de la LAAD son simétricos. Mas esta circunstancia no se daba en las primeras versiones de la norma, sino que fue fruto del cabildeo practicado en el proceso de tramitación. Eso podría explicar que la Ley no lo explicite.

III. DOS OBJETIVOS DEMANDANTES DE ENFOQUES DIFERENTES

La dualidad de objetos materiales de la LAAD cobra una gran significación en virtud de los objetivos que la norma adopta en relación con los mismos: *promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia* (art. 1). Tales objetivos requieren no sólo medios muy distintos, de los que tratará el apartado tercero, sino también estrategias o enfoques diferentes, y aun opuestos.

La promoción de la autonomía personal intrínseca —vale decir, la que se basa en la capacidad del individuo— es una meta asimilable a la prevención, desde su grado primario al terciario, en el campo de la salud. Y la prevención requiere acciones anticipadas a los problemas objeto de la misma. Exige, pues, actuar de *modo proactivo*. En relación con éste, la LAAD incurre en dos fallos importantes. El más grave consiste en que establece como requisito para beneficiarse de la acción protectora «(e)ncontrarse en situación de dependencia en alguno de los grados establecidos» (artículo 5.1.a). Lo cual excluye totalmente la prevención primaria, anterior a la aparición de los problemas de salud que se desean evitar, y la secundaria, inmediata a las primeras manifestaciones de tales problemas. El segundo fallo grave radica en que, para acceder a la acción protectora de la LAAD, «(e)l procedimiento se iniciará a instancia de la persona que pueda estar afectada por algún grado de dependencia o de quien ostente su representación» (artículo 28.1), lo cual supone orillar el importante papel proactivo que en buena política social les corresponde a los agentes del bienestar social.

Por otra parte, la LAAD vincula el contenido material de su protección a «el grado y nivel de dependencia» (art. 28.3). Ello resulta inapropiado para las intervenciones de promoción de la autonomía, que no deben vincularse a la gravedad de la afección, sino a las posibilidades

de logro de cada caso. Por otra parte, y como quiera que la promoción de la autonomía puede y debe servirse de acciones de alcance colectivo, debe contar también en la elección y la graduación de éstas su eficiencia para los objetivos de bienestar social a corto y, al menos, medio plazo. Recordemos a este propósito, y a título de ejemplo, la meta de más años de vida libres de dependencia.

Las disposiciones reseñadas parecen pensadas sólo para la cobertura del objetivo de atención a las personas en situación de dependencia mediante acciones supletorias de sus carencias funcionales. Para éstas resulta aceptable el modo reactivo: existencia previa de la afectación y, en el común de los casos, inicio del procedimiento a instancia de los afectados, o de sus representantes. En cuanto al contenido del derecho a la protección, el criterio de la gravedad de la afectación parece adecuado, desde el punto de vista de la equidad, a estas dos opciones político-sociales de la LAAD: universalismo, bien que a partir de un determinado grado de afectación, y protección mediante servicios de ayuda personal.

La unilateralidad estratégica de la LAAD, resumida en el cuadro número 1, debe ser interpretada mediante las claves que a continuación indico. La idea de prevenir la dependencia es anterior a la decisión gubernamental de promover la citada norma. Así, la Recomendación número (98) 9 del Comité de Ministros a los estados miembros del Consejo de Europa (1999: 11-21) postula, como primera medida relativa a la dependencia, prevenirla o reducirla. Y esta propuesta debió de ser conocida por quienes realizaron los trabajos preparatorios de la LAAD, pues el *Libro Blanco* mediante la que fue preparada comienza citando dicha resolución (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2005, 21). No obstante lo anterior, la LAAD fue concebida sólo en relación con el objetivo de la atención a las personas en situación de dependencia. El título del *Libro Blanco* así lo anuncia, y en su contenido se dedica muy escasa atención a la promoción de la autonomía (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2005, capítulo 6). Esa opción fue correspondida con la previsión de una estrategia de carácter reactivo y equitativo. En el anteproyecto, aprobado por el Gobierno el día 23 de diciembre de 2005, aparece incorporado el objetivo de la promoción de la autonomía personal, pero no debió de resultar posible diseñar la estrategia proactiva y de espíritu inversor adecuada. Cabe citar a este propósito que en los trabajos posteriores al *Libro Blanco,* aparentemente, no participó el departamento de Sanidad, sin duda el dotado de mayor competencia, técnica y jurídica, en esa clase de estrategia.

CUADRO N.º 1

ADECUACIÓN DE LOS CRITERIOS DE INTERVENCIÓN DE LA LAAD

Objetivos de la LAAD	*Criterios de intervención indicados*	*Criterios de intervención de la LAAD*
Atención a las situaciones de dependencia	Reactividad	Ídem
	Asignación de recursos en función del grado de afectación	Ídem
	Equidad	Ídem
Promoción de la autonomía personal	Proactividad	Reactividad
	Prescripción según la potencialidad del afectado	Prescripción según el grado de afectación
	Eficiencia y beneficio público	Equidad

Fuente: Elaboración propia.

IV. DOS ÓRDENES DE MEDIOS

Los objetivos de la LAAD requieren, y han dado lugar a, muy diversos medios (Casado, 2006-2007 y 2009). Se reseñan seguidamente, como también los provistos por la norma legal objeto de examen.

1. Medios promocionales relativos a los factores personales de la autonomía

Me referiré primero a los medios de promoción de la autonomía incidentes en los factores personales de ésta. Como son numerosos, se presenta una selección enunciativa de dichos medios en el cuadro número 2, incluyendo en ella, también por modo selectivo, riesgos a los que corresponden dichos medios.

El primer bloque horizontal del cuadro incluye los factores de la *capacidad de tomar decisiones,* es decir, de la autonomía moral. Ésta requiere, en primer lugar, conocimiento y capacidad de valoración de las opciones objeto de posibles decisiones, así como de las consecuencias de éstas, tanto para el interesado como para los entornos. Obviamente, estas capacidades se ven condicionadas por las facultades cognitivas de los individuos, pero también influye el factor emocional. La ansiedad, la inseguridad, las obsesiones y otras alteraciones mentales, salvo en sus manifestaciones reactivas y circunstanciales, son factores limitantes de

la capacidad de tomar decisiones de modo responsable. Por supuesto, tanto el factor cognitivo como el emocional no dependen sólo de la dotación natural de los individuos, sino que ésta se modifica mediante la instrucción, la formación y el desarrollo personal en las facetas relacionadas con los citados factores cognitivo y emocional.

El segundo bloque del cuadro cubre el campo de los factores concernientes a la *capacidad de desempeño o realización de actividades*, vale decir, autonomía funcional. Ésta es tributaria de los factores antes descritos, pero también viene condicionada por las capacidades físicas y sensoriales, cuyo papel es obvio. Y también influyen en la autonomía funcional la capacitación técnica y personal. La primera se refiere a la preparación del individuo para la acción en los entornos. La segunda corresponde a la habilitación para la gestión de la propia vida.

Del catálogo de servicios que establece la LAAD, con garantía de acceso mediante derecho subjetivo, únicamente se relacionan con los factores personales de la autonomía los «de prevención de las situaciones de dependencia y los de promoción de la autonomía» (artículo 15.1.a). La disposición que la norma dedica a este componente (artículo 21) sólo se refiere a la prevención, sobre la cual establece lo siguiente: «Tiene por finalidad prevenir la aparición o el agravamiento de enfermedades o discapacidades y de sus secuelas, mediante el desarrollo coordinado, entre los servicios sociales y de salud, de actuaciones de promoción de condiciones de vida saludables, programas específicos de carácter preventivo y de rehabilitación dirigidos a las personas mayores y personas con discapacidad y a quienes se ven afectados por procesos de hospitalización complejos. Con este fin, el Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia acordará criterios, recomendaciones y condiciones mínimas que deberían cumplir los planes de prevención de las situaciones de dependencia que elaboren las comunidades autónomas, con especial consideración de los riesgos y actuaciones para las personas mayores». La técnica derivativa que sigue la disposición transcrita, excepcional entre las que regulan los componentes del catálogo de servicios (arts. 21 25), entraña a mi parecer, un alto riesgo de que se desvirtúe la garantía de acceso.

CUADRO N.º 2

FACTORES PERSONALES Y MEDIOS CORRESPONDIENTES INCIDENTES EN LA AUTONOMÍA (SELECCIÓN)

Capacidades	*Factores personales*	*Riesgos para la autonomía*	*Medios promotores de autonomía*
Capacidad para tomar decisiones (con conocimiento y responsabilidad)	Cognitivo Emocional	Patologías congénitas y por accidentes del embarazo y del parto Separación temprana (guarderías escuelas de 0-3 años) Patologías adquiridas y accidentes ocurridos en el curso de la vida	Cuidados de salud prenatales Crianza saludable Atención temprana Atención a los problemas de salud mental
	Instrucción, formación y desarrollo permanente	Educación permisiva Educación dependizante (sobreprotección) Instrucción deficiente	Atención educativa adecuada Refuerzos en casos de déficit Desarrollo permanente de la capacidad ejecutiva
Capacidad de desempeño o realización	Cognitivo Emocional Físicos Sensoriales Capacitación personal y técnica	Negligencia en el desarrollo del currículo común Negligencia en la provisión de prestaciones de habilitación y rehabilitación y de ayudas técnicas Hábitos insalubres Déficit de prevención sanitaria Envejecimiento pasivo	Los indicados para los factores cognitivo y emocional, y análogos para el físico y el sensorial Desarrollo y mantenimiento permanente de capacidades y destrezas Estilo de vida sano Habilitación y rehabilitación sensorial y/o física Provisión de ayudas técnicas personales Envejecimiento activo

Fuente: Elaboración propia.

2. Medios circunstanciales de promoción de la autonomía personal

Inciden en la autonomía diversos riesgos y medios circunstanciales. En el cuadro n.º 3 se enumeran algunas clases de ellos, relativos a las capacidades de hacer efectivas las decisiones y de realizar actividades.

Las circunstancias exteriores a los individuos no afectan, en rigor, a su capacidad de tomar decisiones, pero sí condicionan, y aun bloquean, su posibilidad de hacerlas efectivas. Éste es un fenómeno que se manifiesta en el común de la población, pero tiene una incidencia especial de signo negativo en algunos de sus colectivos. Por de pronto, los afectos de enfermedad mental y de discapacidad intelectual intensas pueden ser objeto de incapacitación jurídica. Por otra parte, en las poblaciones con esas afectaciones son relativamente frecuentes las condenas penales y las sentencias de privación de libertad (Casado, 2008: 570-582).

La capacidad de desempeño está obviamente condicionada por las características de los entornos. El ejemplo más obvio lo ofrece el medio físico: las escaleras constituyen barreras infranqueables para las personas sin funcionalidad en sus piernas; los ascensores y las plataformas elevadoras les posibilitan la movilidad vertical. En el orden simbólico: la información mediante una sola lengua en sociedades plurilingües llega a imposibilitar, por ejemplo, que un enfermo conozca su diagnóstico y prescripciones correspondientes; la elegibilidad de lengua de comunicación asistencial, con auxilio de intérprete si fuera necesario, salva esa barrera (la Fundación 1000, con la colaboración del Real Patronato sobre Discapacidad y de la Junta de Castilla y León, ha publicado folletos con información de interés para la prevención prenatal en las lenguas más frecuentes entre la población inmigrante).

CUADRO N.º 3

RIESGOS Y MEDIOS CIRCUNSTANCIALES INCIDENTES EN LA AUTONOMÍA (SELECCIÓN)

Capacidades	*Riesgos*	*Medios*
De hacer efectivas las decisiones	Incapacitación jurídica	Plenitud de derechos
	Prisión y otras limitaciones de origen judicial	Integración relacional y social libre
	Limitaciones de facto (internamiento asistencial, por ejemplo)	Poder adquisitivo suficiente
	Pobreza y marginalidad	Entornos técnicos accesibles y asistidos
De desempeño o realización	Barreras materiales, funcionales o simbólicas en los entornos	Entornos técnicos accesibles y asistidos
		Ayudas técnicas o humanas para salvar las barreras

Fuente: Elaboración propia.

La LAAD establece, con régimen de garantía de acceso mediante derecho subjetivo, una «(p)restación económica de asistencia personal» (art. 19) con la finalidad de «promoción de la autonomía». «Su objetivo es contribuir a la contratación de una asistencia personal, durante un número de horas, que facilite al beneficiario el acceso a la educación y al trabajo, así como una vida más autónoma en el ejercicio de la vida diaria».

Por otra parte, la LAAD manifiesta la posibilidad precaria de que se continúe la práctica, que contaba a la sazón con unos treinta años de ejercicio, de conceder «(a)yudas económicas para facilitar la autonomía personal» (disposición adicional tercera). Para que se aprecie tanto el interés del medio al que se refieren como su problemática disponibilidad, conviene transcribir íntegramente la mencionada disposición:

> La Administración General del Estado y las administraciones de las Comunidades Autónomas podrán, de conformidad con sus disponibilidades presupuestarias, establecer acuerdos específicos para la concesión de ayudas económicas con el fin de facilitar la autonomía personal. Estas ayudas tendrán la condición de subvención e irán destinadas:
>
> a) A apoyar a la persona con ayudas técnicas o instrumentos necesarios para el normal desenvolvimiento de su vida ordinaria.
>
> b) A facilitar la accesibilidad y adaptaciones en el hogar que contribuyan a mejorar su capacidad de desplazamiento en la vivienda.

Para concluir este apartado, mencionaré que la LAAD incluye otra disposición adicional (la decimoquinta) sobre accesibilidad y supresión de barreras que, pues se remite a una Ley preexistente, no aporta nada.

3. Medios de atención a las personas en situación de dependencia

La atención a las personas en situación de dependencia es una función literalmente vital, de modo que ha dado lugar a una muy amplia gama de medios para llevarla

a cabo o para coadyuvar con la misma. Como no es necesario para esta exposición hacer una relación exhaustiva de esos medios, quedan resumidos en el cuadro n.º 4, cuya información se refiere a la situación anterior a la LAAD.

La presentación serial de los bloques obliga a hacer dos salvedades. La primera, para advertir que aquéllos están delimitados con dos criterios: institucional (1 y 3) y funcional (los restantes). La segunda tiene por objeto señalar que las numerosas relaciones no son sólo de complementariedad, sino también de sustitución entre esos bloques: la ayuda familiar puede hacer innecesario el recurso a los servicios sociales, las prestaciones monetarias de la Seguridad Social permiten en ocasiones obviar las aportaciones familiares del mismo carácter, las medidas de conciliación del trabajo extradoméstico y de la actividad a favor de familiares facilita esta última, etcétera.

En relación con esos seis bloques de medios, la LAAD regula las siguientes aportaciones:

a) La aportación más específica de este bloque es la denominada «prestación económica para cuidados en el entorno familiar y apoyo a cuidadores no profesionales», garantizada pero de carácter excepcional (arts. 14.4 y 18). También forma parte del mismo bloque el mandato (disposición adicional séptima) que dio lugar a la regulación de la hipoteca inversa y del seguro privado de dependencia, mediante la Ley 41/2007, de 7 de diciembre, por la que se modifica el mercado hipotecario y otras normas (disposiciones adicionales primera y segunda).

b) No regula beneficios fiscales.

c) Hace una sola aportación en Seguridad Social y de carácter indirecto: regula la incorporación a aquélla de los cuidadores no profesionales (disposición adicional cuarta).

d) No aporta beneficios laborales para los afectados de dependencia.

e) Establece que los servicios de su catálogo (art. 15.1) «se regulan sin perjuicio de lo previsto en el artículo 14 de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud» (art. 15.2). Procede aclarar que la «prestación de atención sociosanitaria» configurada por la disposición citada no ha sido incluida en la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud, aprobada por el Real

CUADRO N.º 4

MEDIOS DE ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA FUNCIONAL (SELECCIÓN, EXCLUIDA LA LAAD)

Pilares	*Medios*	*Circunstancias negativas*
1. Ayudas propias, familiares y otras comunitarias	Contratación de trabajadores del hogar Ayuda de familiares. Derecho de alimentos	Limitaciones económicas Costes de oportunidad de los cuidadores familiares
2. Beneficios fiscales	Beneficios fiscales	Limitación del alcance de los beneficios fiscales, especialmente en casos de nula o baja tributación
3. Prestaciones monetarias de la Seguridad Social	Asignación económica unificada para hijos mayores de 18 años con discapacidad grave Pensión contributiva por gran invalidez Pensión no contributiva por discapacidad grave	Descobertura de las situaciones de dependencia de hijos menores de 18 años Descobertura de las situaciones de dependencia sobrevenidas después de los 65 años
4. Medidas laborales	Flexibilidad en el modo de prestación del trabajo y en los horarios Permisos y licencias para conciliación de la vida laboral y familiar	Extensión limitada de las medidas de flexibilidad Alcance limitado de los permisos y prestaciones obligatorias para los empleadores, así como de los subsidios compensatorios de la pérdida de ingresos por interrupción de la actividad laboral
5. Acción sanitaria	Prótesis y ortesis Alimentación y nutrición especial para alteraciones metabólicas, intolerancias y déficit en la deglución Cuidados sanitarios de larga duración	La hospitalización de larga estancia no está garantizada por el Sistema Nacional de Salud
6. Servicios sociales	Teleasistencia Ayuda a domicilio Asistencia diurna extradomiciliaria Ídem nocturna Asistencia en residencias y otros establecimientos	Limitaciones de las economías privadas Insuficiencia de la oferta pública garantizada

Fuente: Elaboración propia.

Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre. Otra disposición que debe reseñarse en este bloque es la siguiente: «El servicio de atención residencial ofrece, desde un enfoque biopsicosocial, servicios de carácter personal y sanitario» (artículo 25.1), extremo este último que no se ha visto correspondido por cambios en la división establecida entre el bloque sanitario y el de servicios sociales.

f) En el catálogo de servicios que regula (art. 15) incluye los «sociales» de «Teleasistencia», «Ayuda a domicilio», «Centro de Día y de Noche» y «Atención Residencial». El acceso a los mismos está garantizado mediante el derecho subjetivo que confiere el reconocimiento de la situación de dependencia regulado por la LAAD (arts. 28 y 29). Por otra parte, para los casos en que ese derecho no pueda ser satisfecho por la oferta pública, la norma establece una «Prestación económica vinculada al servicio» (arts. 14.3 y 17) aplicable a su adquisición en la oferta privada.

* * *

Lo expuesto en este apartado muestra, en primer lugar, que los dos objetivos de la LAAD demandan sendos conjuntos de medios internamente complejos y harto diferentes. En segundo lugar, es muy visible la diferencia de las coberturas de la LAAD respecto a esos elencos de medios. La concerniente a la promoción de la autonomía personal es pequeña e insegura. La relativa a la atención a las situaciones de dependencia, pese a que sólo hace aportaciones relevantes a los pilares familiar y de los servicios sociales, es importante y segura.

La dualidad de los conjuntos de medios y la diversidad interna de éstos llevan a preguntarse por el sentido de la metáfora con la que se promocionó la iniciativa que abocó a la LAAD: el cuarto pilar del Estado del bienestar. Parece que, en el momento inicial, sólo se contemplaba la atención a las situaciones de dependencia, pero es que ella sola, como hemos visto (cuadro n.º 4), no se sostiene mediante un solo pilar, sino que reclama no menos de seis. Por ello, coincido con quienes postularon una acción en varios frentes (Alonso Seco, 2007: 400-401). Los servicios sociales estaban ciertamente muy necesitados de consolidación institucional, pero de la información resumida en el cuadro n.º 4 ya se desprenden algunos importantes fallos de pilares de tanto prestigio como la Seguridad Social y el Sistema Nacional de Salud. Tras asumirse la promoción de la autonomía personal, la insuficiencia de la metáfora se potenció. Pero dejemos a un lado este problema simbólico para señalar el material correlativo: la incorporación del objetivo promocional no fue acompañada de la provisión de competencia técnica y/o de voluntad política para cubrirlo, al menos, en un grado mínimo estimable.

V. SERVICIOS Y PRESTACIONES ECONÓMICAS

También es dual la panoplia de prestaciones garantizadas por la LAAD desde el punto de vista de su naturaleza material: servicios y prestaciones económicas (art. 14.1). Y es el momento de decir que la norma establece que aquéllos «tendrán carácter prioritario» (art. 14.2). Por otra parte, aunque tanto los servicios como las prestaciones económicas ya se han enumerado anteriormente, resulta oportuno examinar el significado de cada una de estas últimas.

La «prestación económica vinculada al servicio» (art. 17) es un medio indirecto de acceso a los servicios cuando los asignados al beneficiario no estuvieran disponibles en la oferta pública (de gestión directa y concertada). Esto significa que no se trata de una prestación monetaria genuina, sino de servicios.

La «prestación económica de asistencia personal» (art. 19) está vinculada a la adquisición de un servicio, pues esa es la naturaleza de su objeto de aplicación. Es análoga, pues, a la anterior. La LAAD no la establece para suplir carencias de la oferta pública, pero eso no le confiere el carácter de prestación monetaria.

La «prestación económica para cuidados en el entorno familiar y apoyo a cuidadores no profesionales» (art. 18) sí es, a mi parecer, una prestación económica convencional. «El cuidador deberá ajustarse a las normas sobre afiliación, alta y cotización a la Seguridad Social que se determinen reglamentariamente» (art. 18.3), pero la LAAD no establece que el beneficiario aplique la prestación a contratar servicios.

Según lo dicho, la LAAD *sólo regula una prestación económica en sentido estricto*. Y la reserva para casos excepcionales (artículo 14.4). Pero la minimización que habría de derivarse de esas dos circunstancias para el componente económico regulado por la Ley ha venido a ser corregida contundentemente por su aplicación. El hecho merece ser comentado.

Se ha dicho que la abundancia de concesiones de la prestación económica para cuidados en el entorno familiar viene favorecida por la escasez de la oferta pública de servicios y por el menor coste de aquélla respecto a éstos. Y se dice también que concurre con ese interés el de los beneficiarios y el de sus familiares, algunos de los cua-

les buscarían en la prestación económica un medio de subsistencia; y aun se mencionan casos de mala asistencia al beneficiario formal por parte de los beneficiarios materiales. La procura de ahorro por parte de las comunidades autónomas me parece legítima, siempre que no se vulnere el objetivo asistencial de la Ley. Este posible riesgo debe ser evitado por las instancias públicas responsables, y no justifica en modo alguno que se minimice el acceso a la prestación para cuidados en el entorno familiar. La vulneración por sus familiares del interés del beneficiario es, además de ilegal, ilegítima. Esta posible desviación debe ser prevenida, en el momento de la programación, y corregida, en el de la aplicación de sanciones (arts. 42 a 47). Así pues, no puede aducirse dicho posible problema como fundamento válido de la prioridad de los servicios y de la excepcionalidad de la prestación económica. Veamos seguidamente la cuestión mediante algunos de sus antecedentes.

Al menos desde finales del siglo XVIII, se vienen acumulando evidencias de los riegos para la salud y para el desarrollo personal que entraña la asistencia de larga duración mediante internamientos —«institucionalización», en el uso convencional—, lo cual ha generado un movimiento creciente en pro del enfoque comunitario de aquélla (Casado, 2007: 268-280). Para el caso de la dependencia funcional patológica, ese movimiento postula que la ayuda se preste en el medio domiciliario privado, y manteniendo las relaciones familiares y sociales comunes. Esto supone la prioridad de la asistencia familiar con posibles apoyos de servicios del hogar y sociales no residenciales permanentes.

El *Libro Blanco* de la LAAD comienza refiriéndose a los trabajos del Consejo de Europa en la materia objeto de esta exposición (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2005: 21), y cita la Recomendación número (98) 9 del Comité de Ministros a los estados miembros relativa a la dependencia (aprobada el 18 de septiembre de 1998). El apartado de medidas de dicho documento da preferencia a la opción del domicilio privado, y acepta sin reservas las prestaciones monetarias:

> Las prestaciones deberán ser atribuidas y concedidas tanto a las personas que viven en su domicilio como a las que viven en instituciones. Sin embargo, el mantenimiento en domicilio debe favorecerse.
>
> Las prestaciones deberán corresponder a las diferentes situaciones en las que se encuentren las personas dependientes. Se podrán otorgar en especie o en metálico, de manera directa o indirecta (reembolso de gastos realizados por el beneficiario).

En España, con anterioridad a los trabajos que abocaron a la LAAD, se atribuyeron tres ventajas a los servicios sobre las prestaciones económicas: su mayor potencial de calidad asistencial, su capacidad de generación de empleo y su virtualidad para la integración laboral de las mujeres, tradicionalmente vinculadas a la atención de familiares (Rodríguez Cabrero, 1999: 628).

El repetidamente citado *Libro Blanco* para la LAAD dedicó todo un capítulo (el X) a la «generación de empleo y retornos económicos y sociales derivados de la implantación del Sistema Nacional de Dependencia». Su mayor parte está dedicada a los efectos económicos. En la reseña ponderativa de éstos se afirma: «La implantación del Sistema Nacional de Dependencia debe traducirse en una mejora sustancial de la calidad de los cuidados, tanto en lo que se refiere a la atención en el domicilio como a la institucionalizada» (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2005: 643). El sistema que se postula en la liberación de los cuidadores, principalmente mujeres, es valorado brevemente (2005: 662 y 663) en relación con la marginación laboral y otros costes de oportunidad que soportan aquéllos. Tales posicionamientos también merecen comentario.

En la glosa relativa a la superior calidad de los servicios se asume la preferencia del entorno natural sobre el internamiento, pero no se valora la función de la familia. Esto resulta llamativo sobre todo porque el propio *Libro Blanco* lo hace en el capítulo III, titulado: «Cuidados de larga duración a cargo de la familia. El apoyo informal». Ahí se puede leer: «El apoyo social —emocional, estratégico y material— que todas las personas necesitamos a lo largo de nuestra vida es necesario conservarlo (y aun aumentarlo) para garantizar la calidad de vida, el bienestar y hasta la felicidad de todos nosotros/as» (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2005: 216). Y tampoco se valora en el capítulo X la opción de los cuidados familiares con apoyo de cuidadores contratados («servicio del hogar familiar»). Omisión ésta que también resulta llamativa porque el citado capítulo III reseña hechos indicativos de la valoración social de esa fórmula (2005: 217-218).

A mi parecer, la extensa y enfática ponencia sobre la generación de empleo y otros efectos económicos que se incluye en el *Libro Blanco* debiera ir precedida del recordatorio de que los objetivos asistenciales de la protección social de la dependencia funcional deben primar de modo absoluto sobre otros efectos positivos posibles. Las respuestas a la demanda asistencial de la dependencia funcional consistentes en servicios profesionales pueden y deben ser defendidas cuando estén indicadas por la gravedad de tal dependencia y por las circunstancias per-

sonales, familiares y otras sociales del afectado. La priorización de tales medios en función de otros fines, aunque éstos sean tan plausibles como la generación de empleo, aparte de ser contraria al enfoque comunitario, supone la utilización de la necesidad —muy grave, en este caso— de unas personas para satisfacer intereses de otras. Al hacerlo, se corre el riesgo de utilizar a los afectados como un medio y de vulnerar el imperativo categórico de Kant en la fórmula del fin en sí mismo. En nuestras sociedades, crecientemente economicistas, es muy fuerte la tentación de subvertir el orden moral poniendo los fines sociales al servicio de los objetivos económicos. En otro orden de cosas, el capítulo X debiera haber hecho la salvedad de que sus previsiones de expansión del empleo sólo tienen lugar en relación con la segunda de las dos opciones que contempla el *Libro Blanco* (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2005: 748-749): *a)* prestación económica y *b)* prestación de servicios.

En cuanto a la liberación de los cuidadores —repito, en su mayoría mujeres—, el capítulo X peca de simple. La opción de cuidar a los familiares afectos de dependencia no puede ser asociada necesariamente con la anulación de oportunidades; recordemos algunos hechos que ejemplifican la complejidad del fenómeno. Una buena parte de las personas cuidadoras no se vieron obligadas a abandonar empleos extradomésticos, sino que les sobrevino la demanda asistencial estando en situaciones de inactividad formal o material (dedicación doméstica, jubilación, desempleo, etc.). No pocos empleos, lejos de ser oportunidades felices de desarrollo personal, son meros recursos para obtener salarios de supervivencia con el coste de relaciones y actividades laborales que comportan explotación, alienación, despersonalización y riesgos para la salud. En relación con los riesgos de estrés y de sentimiento de carga, debe tenerse en cuenta que en una gran parte de las relaciones de ayuda familiar la conexión afectiva entre las partes transforma el significado bruto de los trabajos asistenciales: «El cuidado de mayores y enfermos del propio hogar genera un grado de satisfacción significativamente superior a la mayoría de tareas domésticas (como limpiar, fregar o cocinar) y al empleo» (Rogero García, 2009: 352). La provisión de cuidados puede ser ocasión de aprendizaje y maduración… Por supuesto, se dan casos plena o predominantemente negativos, de modo que resulta procedente aprovechar los recursos disponibles para evitarlos; como el «apoyo a los cuidadores no profesionales» que prevé la LAAD (art. 18.4) y el seguimiento de casos propio de la buena práctica asistencial pública.

VI. CONCLUSIONES

Los trabajos preparatorios de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia contemplaron sólo el primero de sus objetivos. La promoción de la autonomía personal fue incorporada al anteproyecto de la Ley, pero no se previeron en él medios adecuados y de provisión segura para su logro; defecto este que no fue subsanado en la tramitación.

En la aplicación de la Ley, las prestaciones para la promoción de la autonomía personal se están concediendo en una proporción extremadamente baja, tanto en cifras absolutas como en relación con el total. Por otra parte, la aplicación de la Ley se está realizando con acusadas desviaciones respecto a estos dos criterios que establece la propia norma: prioridad de los servicios sobre las prestaciones económicas y excepcionalidad de la prestación económica para cuidados en el entorno familiar.

BIBLIOGRAFÍA

ALONSO SECO, J. M. (2007), «Mejoras jurídico-institucionales en los servicios sociales», en D. CASADO y F. FANTOVA (coords.), *Perfeccionamiento de los servicios sociales en España,* Cáritas Española Editores, Madrid.

ASOCIACIÓN AMERICANA SOBRE RETRASO MENTAL (2004), *Retraso mental. Definición, clasificación y sistemas de apoyo,* Alianza Editorial, Madrid.

CASADO, D. (1995), *Ante la discapacidad. Glosas iberoamericanas,* Lumen, Buenos Aires.

— (2006-2007), «La Ley de Promoción de la Autonomía Personal y de Atención a las Personas en Situación de Dependencia», *Documentación administrativa,* septiembre-diciembre y enero-abril: 81-112.

— (2007), «Objetivos permanentes y enfoques de los servicios sociales», en D. CASADO y F. FANTOVA (coords.), *Perfeccionamiento de los servicios sociales en España,* Cáritas Española Editores, Madrid.

— (2008), «Los servicios sociales: carencias relativas a las situaciones de pobreza y marginación social; y exclusiones y desigualdades de su acción protectora», en ARRIBA GONZÁLEZ DE DURANA, A. (coord.), *Políticas y bienes sociales. Procesos de vulnerabilidad y exclusión social,* Fundación FOESSA, Madrid.

— (2009), «Respuestas a la dependencia anteriores a la Ley sobre la misma», en A. ARRIBA GÓNZÁLEZ DE DURANA y F. J. MORENO FUENTES, *El tratamiento de la dependencia en los regímenes de bienestar europeos,* IMSERSO, Madrid.

CONSEJO DE EUROPA (1999), Recomendación número (98) 9 del Comité de Ministros a los estados miembros relativa a la dependencia. Adoptada en 18 de septiembre de 1998. Versión en español del Observatorio de personas mayores (1999): *Vejez y protección social a la dependencia en Europa,* Instituto de Migraciones y de Servicios Sociales, Madrid.

CRUZ, P. R. (1993), «Programa y perspectivas del movimiento 'Vida Independiente' en Iberoamérica», *Boletín del Real Patronato,* número 24: 7-16.

DE LA RED VEGA, N. *et al.* (2011), *Promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia. Aplica-*

ción de la Ley 39/2006 en Castilla y León (de próxima publicación).

FERNÁNDEZ BALLESTEROS *et al.* (1996), *Calidad de vida en la vejez en los distintos contextos*, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

FERRATER MORA, J. ([1951] 1965), *Diccionario de Filosofía,* Editorial Sudamericana, Buenos Aires.

IMSERSO, Portal de Mayores, agosto de 2010.

MITCHELL, P. (1990), «La vida independiente», en *Perspectivas de Rehabilitación internacional,* Instituto Nacional de Servicios Sociales, Madrid.

MINISTERIO DE TRABAJO Y ASUNTOS SOCIALES (2005), *Atención a las personas en situación de dependencia en España. Libro Blanco,* Madrid.

OMS (2002), «Envejecimiento activo: un marco político», *Revista Española de Geriatría y Gerontología,* nº. 37, supl. 2: 74-105.

PUIG DE LA BELLACASA, P. ([1987] 1999), «Concepciones, paradigmas y evolución de las mentalidades sobre la discapacidad», en *Discapacidad y comunicación social,* Real Patronato de Prevención y de Atención a las Personas con Minusvalía, Madrid.

RATZKA, A. (1994), «Vida independiente», Instituto de Vida Independiente Estocolmo (mecanografiado).

RODRÍGUEZ CABRERO, G., coord. (1999), *La protección social de la dependencia,* Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Madrid.

ROGERO GARCÍA, J. (2009), *Los tiempos del cuidado. El impacto de la dependencia de los mayores en la vida cotidiana de sus cuidadores,* tesis doctoral, Departamento de Sociología I (Cambio Social), Universidad Complutense de Madrid, Facultad de Ciencias Políticas y Sociología, Madrid.

TRONCOSO, M. V., e I. FLÓREZ (2006), *Mi hija tiene síndrome de Down*, La Esfera de los Libros, Madrid.

VERDUGO, M. Á., y SHALOCK, R. L. (2001), «El concepto de calidad de vida en los servicios humanos» en M. A. VERDUGO ALONSO y F. DE B. JORDÁN DE URRÍES VEGA, *Apoyos, autodeterminación y calidad de vida,* Amaru, Salamanca.

WEHMEYER, M. L. (2001), «Autodeterminación. Una visión de conjunto», en M. A. VERDUGO ALONSO y F. DE B. JORDÁN DE URRÍES VEGA, *Apoyos, autodeterminación y calidad de vida,* Amaru, Salamanca.

IDEAS, POLÍTICAS Y REALIDAD: ANÁLISIS CRÍTICO DE LA LEY DE DEPENDENCIA

Margarita LEÓN

Instituto de Gobierno y Políticas Públicas (UAB)

Resumen

Desde la perspectiva de análisis de las políticas públicas, este artículo distingue entre: 1) la preparación, por parte de expertos, del documento principal sobre el cual se basó la formulación de la Ley de Dependencia; 2) el texto legal finalmente aprobado y publicado, y 3) la aplicación de la Ley a partir del año 2007. Se analiza la falta de correspondencia entre estas tres partes del proceso político que ha dado lugar a la implantación del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD) en España. La explicación de estas desviaciones contempla factores institucionales y económicos, y se basa, en gran medida, en la información aportada, a través de entrevistas en profundidad, por actores estratégicos responsables de la organización y gestión del citado sistema.

Palabras clave: políticas públicas, dependencia, Estado del bienestar, personas mayores.

Abstract

From the perspective of public policy analysis, this article makes a distinction between: 1) the preparation by experts of the main document on which the Spanish 2006 Dependency Law is based; 2) the legal text approved by Parliament, and 3) its implementation since 2007. It analyzes the lacking correspondence between these three parts of the political process which has led to the establishment of the System for Autonomy and Care of Dependent People (SAAD). The explanation includes institutional and economic factors and is to a great extent based on the information obtained through interviews in depth to different strategic actors involved in the organization and management of the referred system.

Key words: public policy, dependency, welfare state, aged people.

JEL classification: I10, I18, J14.

I. INTRODUCCIÓN

La popularmente denominada «Ley de Dependencia», promulgada en los últimos días del año 2006, ha venido a mitigar la histórica ausencia de apoyo institucional y de marco regulador de los servicios de atención a personas dependientes. El presente artículo analizará las discrepancias existentes entre la planificación de la norma, tal como queda trazada en el *Libro Blanco*, publicado en 2004 (a partir de ahora: LB), el texto legal aprobado dos años después y su puesta en marcha desde 2007 hasta la actualidad. Mientras que las discusiones iniciales anteriores a la publicación de la Ley se inclinaban hacia la creación de un sistema de prestaciones económicas vinculado a la Seguridad Social, la legislación finalmente aprobada por el Congreso en noviembre de 2006 propuso la oferta de servicios para la dependencia, dejando las prestaciones monetarias sólo para casos extraordinarios.

Si bien la propuesta del LB se aproximaba más a los modelos de dependencia implantados en los regímenes de bienestar denominados «conservadores», como por ejemplo Alemania y Austria, el sistema de atención a la dependencia plasmado en la Ley de 2006 se aproxima más a la tradición «socialdemócrata» en cuanto que establece un derecho universal subjetivo de acceso a servicios para todas aquellas personas a las que se les reconoce algún grado de dependencia. Sin embargo, un análisis preliminar de los primeros años de ejecución de la nueva Ley muestra un giro en la lógica del nuevo sistema de atención a la dependencia. Desviándose en buena medida de la letra y del espíritu de la Ley, las prestaciones económicas, que en un principio se dejaron para «circunstancias excepcionales», dominan claramente a la prestación de servicios.

Este artículo se propone explorar las razones explicativas de estas divergencias entre las *ideas* y la *política,* por una parte, y entre la *política* y la *realidad,* por otra. Para ello, se hará uso del análisis de un total de quince entrevistas en profundidad realizadas a agentes sociales y políticos involucrados en la formulación y/o la puesta en marcha del nuevo sistema de atención a personas dependientes, tal como se detalla en el cuadro A.1 del apéndice. Las entrevistas se realizaron entre febrero de 2009 y abril de 2010 en el marco del proyecto de investigación titulado «La organización social del cuidado: inmigración y cuidados de larga duración en España y Reino Unido», financiado por la *British Academy* (1). En el artículo también se analiza material documental relevante sobre el tema, así como datos secundarios recogidos de las estadísticas, publicadas por el IMSERSO, sobre el sistema para la autonomía y la

atención a la dependencia (SAAD/IMSERSO, 2008-2011).

La tesis central de la investigación es que, en primer lugar, la compleja realidad territorial del Estado del bienestar español y las tensiones entre los distintos niveles de gobierno explican, en gran medida, las divergencias existentes entre la discusión, la aprobación y la puesta en marcha de la Ley de Dependencia. En segundo lugar, la ausencia de consenso, tanto social como político, sobre un modelo de ayuda estable para personas en situación de dependencia que trascendiese las coyunturas políticas y económicas más inmediatas obstaculizó una consideración cuidadosa y cabal de la realidad en la que el nuevo sistema tenía que insertarse, fundamentalmente en cuanto a la escasa disponibilidad de servicios sociales y de proximidad y la fuerte presencia del sector informal, y a la parquedad de los recursos disponibles.

El artículo se estructura, tras esta introducción, en cinco apartados: en el II, se analiza la situación de partida de la atención a personas mayores dependientes antes de la entrada en vigor de la Ley; en el III, se describen brevemente los contenidos del informe que precedió y preparó la norma (LB); en el IV, se resumen los rasgos principales de la Ley, analizando en qué medida se distanció de lo propuesto por el LB; le sigue, en el V, un examen de la puesta en funcionamiento del sistema de atención a la dependencia. El análisis de las entrevistas realizadas permite, en este mismo apartado, identificar los factores más relevantes que explican las divergencias entre la *teoría*, tal como la recoge la Ley, y la *práctica*, conforme se refleja en los datos sobre la evolución de la gestión del SAAD. En el apartado VI se apuntan las conclusiones.

II. EL «DÉFICIT DEL CUIDADO»: LA ATENCIÓN A LAS PERSONAS MAYORES EN ESPAÑA

Las distintas tradiciones o modelos de bienestar identificados en Europa (Esping-Andersen, 1990) tienden a sistemas de organización social del cuidado también diferenciadas (Orloff, 1993; Sainsbury, 1999 y Lewis, 2001). La literatura sobre regímenes de cuidado (Anttonen y Sipilä, 1996; Pfau-Effinger, 2005; Bettio y Plantenga, 2004, y Simonazzi, 2009) reconoce cuatro grandes grupos en Europa según la interacción que se produce entre el Estado del bienestar, el mercado laboral y el contexto social, resultando en un predominio del sector público, del mercado, del tercer sector o de la familia. Así pues, de manera forzosamente esquemática, cabría distinguir, por un lado, el modelo socialdemócrata escandinavo, con una apuesta clara por el predominio del sector público en la socialización de un derecho universal al cuidado, tanto en el caso de los niños como en el de la personas mayores con distintos grados de dependencia (Anttonen y Sipilä, 2005). Por otro lado, el modelo anglosajón o liberal da prioridad al mercado y al tercer sector en la provisión de servicios, incluyendo una política de deducciones fiscales a las familias con menores ingresos. Por su parte, el modelo conservador, mayoritariamente ubicado en la Europa continental, opta por dar protagonismo a la familia, respaldando, a través de políticas sociales y fiscales concretas, la función de las mujeres como cuidadoras en el hogar. Por último, el modelo mediterráneo de los países del Sur de Europa se caracteriza por una tradición «familista» en su organización social del cuidado, aunque, al contrario de lo que ocurre en el modelo anterior, la familia es la pieza clave en el cuidado a las personas dependientes, en ausencia de apoyo apreciable por parte de los poderes públicos. En mayor o menor grado, todos estos «modelos del cuidado» se ven afectados desde hace unos años por una «crisis del cuidado», motivada por una mayor participación de las mujeres en el mercado de trabajo, así como por el progresivo envejecimiento de la población y los cambios en las pautas, normas y valores sobre las responsabilidades familiares. Aunque la capacidad de reacción a esta crisis del cuidado sea muy distinta en función del contexto, cabe apreciar una cierta convergencia, sobre todo en el caso del cuidado a personas mayores dependientes, hacia una decreciente institucionalización en la provisión de servicios y una creciente oferta de atención a los hogares a través de los servicios de proximidad (Pavolini y Ranci, 2008). Esta pauta, común a la mayoría de los países europeos, encuentra distintos grados de formalidad y regularización según el «modelo de cuidado». En el caso del Sur de Europa, como se verá a continuación, estos aspectos generan presión favorable a una mayor intervención de instituciones, tanto públicas como privadas, en el desarrollo de prestaciones y servicios, limitando el grado en el que la sociedad actual puede seguir confiando en el papel de las mujeres como cuidadoras principales dentro del hogar (Rodríguez Cabrero, 2005, 2006). En buena medida, y ante la insuficiencia de recursos, parte de la demanda de cuidados en estos países se está cubriendo, de unos años a esta parte, con un incipiente «mercado del cuidado» altamente informal y desregulado, en el que las mujeres inmigrantes juegan un papel fundamental (León, 2010; Simonazzi, 2009; Saraceno, 2010; Bettio *et al*., 2006, y Moreno, 2009).

Centrando la atención en el caso español, según un estudio publica-

do en 2005 por el Observatorio Personas Mayores (IMSERSO, 2005), la tasa de cobertura de los servicios de proximidad para las personas mayores de 65 años, incluyendo residencias, tele-asistencia, centros de día y ayuda a domicilio, se situó en 8,85 por 100 en 2004. Aunque se ha producido un incremento de la cobertura respecto a años anteriores, resulta claramente insuficiente para hacer frente a la demanda que provoca el rápido envejecimiento de la población. Por otra parte, el porcentaje de personas mayores de 65 años que reciben asistencia pública en sus hogares (3,1 por 100 en España) se halla muy por debajo de la media de los países de la OCDE (9,1 por 100) y de otros países europeos: 20,3 por 100 en el Reino Unido; 12,3 por 100 en Holanda; 7,1 por 100 en Alemania (OECD, 2005). Siguiendo la encuesta realizada por el IMSERSO en 2005, el perfil de las personas cuidadoras es el de mujeres de entre 45 y 65 años, la mayoría esposas o hijas de las personas mayores dependientes (23,4 y 25 por 100, respectivamente). Casi el 62 por 100 de las cuidadoras vive en el mismo hogar que la persona necesitada de cuidados, y el 73 por 100 no participa en el mercado de trabajo, considerándose a sí mismas como amas de casa, jubiladas o desempleadas. Además, en el 77 por 100 de los casos, el cuidado prestado es de carácter permanente (IMSERSO, 2005). Según la misma fuente, más del 80 por 100 de estas cuidadoras no recibía ninguna compensación económica por el trabajo que realizaba, ya fuera por parte de la persona atendida o en forma de ayuda pública. La Fundación CASER (2) realizó en 2009 una encuesta sobre ayudas a la dependencia en España: el 80 por 100 de las personas entrevistadas afirmaban que al menos una persona de la familia dedicaba una gran parte de su tiempo al cuidado. Corroborando la encuesta del IMSERSO, la gran mayoría de estos cuidadores está formada por mujeres (más del 80 por 100) con una edad media de 52 años y sin retribución económica alguna por su dedicación a la persona dependiente (casi en el 90 por 100 de los casos).

A pesar de que el grueso de las cuidadoras principales son mujeres dentro de la propia familia que realizan tareas de cuidado no remuneradas, el número de hogares que emplean a una tercera persona como cuidadora ha aumentado significativamente en los últimos años. Como ya se ha argumentado (León, 2010: 332), existe un rápido proceso de *externalización* del cuidado, aunque todavía dentro de los límites del hogar. Las estrategias hacia el cuidado parecen estar cambiando desde el apoyo familiar no remunerado hacia el extrafamiliar remunerado, si bien manteniéndose en la informalidad al no ser, en la mayoría de los casos, una relación de trabajo contractual reconocida formalmente. Así, el cuidado social está traspasando las barreras del ámbito familiar tradicional hacia una zona ambigua del ámbito del trabajo productivo, circunscrita entre el sector informal de la economía sumergida y la débil economía del sector de los servicios personales.

Atendiendo a los porcentajes de empleo en hogares, se aprecia que, en el caso español, su volumen es extraordinariamente elevado comparado con el del resto de países de la Unión Europea. Según la *Encuesta de población activa* (INE, 2006), 600.000 personas se ubicaban en el sector doméstico, aunque la figura de aquellos que se encuentran registrados en la Seguridad Social (a través del régimen especial de empleadas de hogar) es menos de la mitad. En el año 2009, 280.000 trabajadores se hallaban inscritos en este régimen especial de la Seguridad Social; nueve de cada diez de ellos eran mujeres, y seis de cada diez extranjeras/os. De estas personas de nacionalidad extranjera, la gran mayoría (87 por 100) pertenecían a países extra-comunitarios, principalmente de América Latina (Ministerio de Trabajo e Inmigración, 2009). Aunque no es posible determinar cuántas de estas personas se dedican al cuidado de personas mayores, en términos generales se estima que el fuerte aumento del empleo en hogares, en su mayoría mano de obra extranjera, está relacionado con la mayor demanda de labores de cuidado (Cancedda, 2001, y OECD, 2006, 2007). El comparativamente elevado porcentaje de empleo en hogares en España, que alcanzaba el 3,6 por 100 del empleo total en 2005 (European Commission, 2006: 58) contrasta con una proporción relativamente baja de empleo en el sector más institucional de prestación de cuidados (3). Esta pauta, que también puede observarse en otros países del Sur de Europa, parece indicar que aquellos países en los que el empleo vinculado al Estado del bienestar (salud, servicios a la comunidad y servicios personales, educación) no ha crecido son los que han registrado un mayor incremento del empleo en hogares en los últimos años.

III. LAS IDEAS: *EL LIBRO BLANCO DE LA DEPENDENCIA* (2005)

Publicado en 2004, el LB respondía al cometido principal de analizar los modelos de cuidados de larga duración de otros países de la Unión Europea que pudieran servir de inspiración o referencia para la creación de la futura ley de dependencia española (4). Se argumentaba en el LB que el modelo

asistencialista español (compartido con los otros países del Sur de Europa), caracterizado por una elevada fragmentación y una insuficiencia de oferta sólo compensada por el papel principal asumido por las familias, debería dar paso a otro modelo más moderno, acorde con las necesidades del país. Existiendo consenso sobre el fondo, el tema más delicado, sin embargo, era la forma. El LB proponía en un principio elegir entre dos modelos: el modelo universal, guiado por el principio de ciudadanía y cuyos máximos exponentes son los países escandinavos, y el modelo de protección social, implantado en países como Alemania, donde las ayudas a la dependencia se resuelven principalmente a través de prestaciones monetarias a modo de seguro adicional a las pensiones públicas, aunque existe un elevado grado de variabilidad en la forma en que se articulan estas prestaciones según los países.

El LB descartó enseguida la posibilidad de seguir el modelo de los países escandinavos por dos razones principales. En primer lugar, un sistema universal de cuidados de larga duración es costoso de mantener (entre el 2,6 y el 3 por 100 del PIB). En segundo lugar, poner en funcionamiento una amplia oferta de servicios de cuidados resulta relativamente fácil en países en los que, como sucede en los regímenes de bienestar socialdemócratas, ya existe una red sólida de servicios socio-sanitarios con una importante intervención del sector público. Añádase a ello la existencia de un fuerte consenso social sobre la necesidad de financiar estos sistemas a través de impuestos generales. En ausencia de estos factores, en España, según el razonamiento desarrollado en el LB, resultaría escasamente realista defender la implantación de un sistema similar.

En cambio, el LB presentaba el modelo de protección social que, en distintas modalidades, se encuentra implantado en Alemania, Austria y, hasta cierto punto, en Francia, como una opción más ajustada a la realidad y las necesidades del país; y se concentraba casi exclusivamente en el ejemplo alemán, un país que creó su primer sistema de atención a la dependencia en 1994. El LB destacaba las siguientes ventajas: en primer lugar, más que un sistema de servicios sociales para la atención a la dependencia universalmente disponible, el sistema alemán funciona como un seguro, en forma de prestación monetaria, integrado dentro del sistema de seguridad social. A juicio de los redactores del LB, un modelo organizativo semejante resultaría de fácil aplicación al caso español, dada la solidez de la Seguridad Social española. Además, el hecho de que la financiación de estos «seguros de dependencia» pudiera correr a cargo de las contribuciones de empleadores y empleados significaba que los costes del nuevo sistema no tendrían que sufragarse mediante impuestos generales, salvando así una cuestión electoralmente delicada. En segundo lugar, dado que los servicios sociales en España son competencia exclusiva de los niveles de gobierno autonómico y local, la articulación del futuro sistema de atención a la dependencia a través de la Seguridad Social podría conferir una mayor capacidad de maniobra a la Administración central. Este punto revestía importancia para los redactores del LB, según los cuales mientras un sistema de prestaciones económicas vinculadas a la Seguridad Social garantizaría la equidad territorial, uno alternativo de servicios llevaría a una mayor dispersión entre las diecisiete comunidades autónomas (CC.AA.). Por último, estos modelos de protección social se consideraron más compatibles con la tradición informal de cuidados predominante en el Sur de Europa, que otorga a las familias, y dentro de ellas fundamentalmente a las mujeres, la principal responsabilidad del cuidado de las personas dependientes.

En resumidas cuentas, el LB acaba recomendado la implantación de un sistema como el alemán, centrado en las prestaciones monetarias a aquellas personas que necesiten asistencia para que o bien «compren» los servicios que se requieran, o la demanda de cuidado se resuelva dentro de las propias familias. Sin embargo, y como se verá a continuación, la norma que finalmente se aprobó dos años más tarde se desvió considerablemente de las recomendaciones del documento consultivo, proponiendo un sistema de atención a la dependencia que poco tiene que ver con aquel trazado como más idóneo y ajustado a la realidad y las necesidades del caso español en el *Libro Blanco*.

IV. LA POLÍTICA: LA LEY DE PROMOCIÓN DE LA AUTONOMÍA PERSONAL Y ATENCIÓN A LAS PERSONAS EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA

La Ley de Dependencia, aprobada por el Congreso en diciembre de 2006, propone un nuevo sistema «para la promoción de la autonomía personal y la atención a los individuos en situación de dependencia». La población a la que esta nueva Ley va dirigida está formada por aquellos individuos que, según el artículo 2, «por razones derivadas de la edad, la enfermedad o la discapacidad y ligadas a la falta o la pérdida de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, precisan de la atención de una o más personas o ayudas importantes para realizar actividades

básicas de la vida diaria o de otros apoyos para su autonomía personal».

El acceso al sistema se regula en función de tres grados diferentes de dependencia, con dos niveles posibles en cada uno de ellos, dependiendo de la frecuencia e intensidad con la que se precise asistencia (cuadro n.º 1).

Las personas evaluadas se agrupan en los grados I, II o III siguiendo una escala elaborada por cada comunidad autónoma conforme a lo establecido por el Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y la Atención a la Dependencia, órgano creado para apoyar la ejecución de la Ley y posibilitar la coordinación entre las distintas comunidades autónomas y el Gobierno central. La Ley declara que la escala para evaluar los niveles de dependencia debe seguir la Clasificación Internacional de Funcionamiento, Discapacidad y Salud de la Organización Mundial de la Salud.

Existen dos elementos muy importantes presentes en la nueva Ley. Por una parte, la norma llama a una «cooperación inter-administrativa»; es decir, pide un esfuerzo de coordinación, tanto de financiación como de gestión, entre los tres niveles de gobierno: el central, el autonómico y el local. Por otra parte, formula claramente un sistema de prestación de servicios, descartando así la sugerencia del LB de orientar el sistema preferentemente hacia la dotación de prestaciones económicas. Estos dos aspectos son importantes para entender la notable brecha existente entre la letra de la Ley y su puesta en marcha, como se podrá aprenciar en el siguiente apartado.

En cuanto a las razones para este cambio de dirección de la Ley respecto al LB, algunos de los entrevistados afirman que los dos grandes grupos que se oponían, aunque por razones obviamente distintas, a un sistema de dependencia vinculado a la protección social vía Seguridad Social eran la organización empresarial CEOE, por una parte, y algunas de las comunidades autónomas, por otra, especialmente aquellas con mayor nivel de autogobierno. La CEOE se resistía firmemente a un sistema de atención a la dependencia vinculado a la Seguridad Social por cuanto supondría un aumento de las contribuciones tanto de trabajadores como de empresarios. Algunas comunidades autónomas consideraban que un sistema de protección a la dependencia como el esbozado en el LB supondría que el Estado central ganaría terreno a los gobiernos autonómicos asumiendo el control en un ámbito de las políticas de bienestar, el del cuidado y la asistencia de personas en situación de dependencia, que, tal y como recoge la Constitución, corresponde a los poderes autonómicos y locales. Un sistema de prestación de servicios daría, por el contrario, un protagonismo mucho mayor a las entidades autonómicas. Estos argumentos encontraron respaldo entre los partidos nacionalistas, en particular CiU y el PNV (5). Otra de las razones esgrimidas a este respecto por algunos entrevistados apuntaba a la ambigüedad con la que los sindicatos se posicionaron ante la nueva Ley. Aunque en un principio simpatizaban con la aproximación general del LB, no plantearon ninguna defensa firme de aquel modelo cuando la organización empresarial se opuso a él.

En relación con la distribución de competencias entre el Gobierno de España y los gobiernos autonómicos, la Ley reconoce el derecho a recibir atención y cuidados a todos aquellos ciudadanos evaluados positivamente como «dependientes» en uno de los tres grados establecidos en la misma norma. El sistema se gestiona en tres niveles diferentes, repartidos entre el Estado y las comunidades autónomas (6). De estos tres niveles, la Administración central asume una responsabilidad completa en la financiación del primer nivel básico de protección, mientras que los otros dos niveles dependen de la cooperación y la coordinación entre los gobiernos central y autonómicos. A esta fórmula de fi-

CUADRO N.º 1

GRADOS DE DEPENDENCIA

Grado I	Dependencia moderada	Asistencia por lo menos una vez al día para las actividades básicas de la vida diaria / Necesidad de apoyo intermitente o limitado para el desarrollo de la autonomía personal
Grado II	Dependencia severa	Asistencia al menos dos o tres veces al día para las actividades básicas de la vida diaria / Sin necesidad de apoyo permanente de una persona cuidadora
Grado III	Gran dependencia	Persona que necesita apoyo de forma permanente / Necesidad de apoyo permanente y esencial de una persona cuidadora

Fuente: Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia (*BOE* 15-12-2006).

nanciación compartida se le une el copago, es decir, la aportación de un porcentaje del gasto total por parte de los usuarios. Además, las aportaciones económicas de cada Administración se establecen en función del volumen de personas reconocidas como dependientes en cada uno de los tres niveles descritos anteriormente. Más adelante se verá que esta estructura de financiación, sobre todo en el contexto de recesión económica, se ha convertido en uno de los mayores problemas para la aplicación de la Ley.

En lo referente a la disyuntiva entre servicios y prestaciones económicas, la Ley se distanció claramente de las recomendaciones del LB al dar prioridad a los servicios de proximidad (ayuda domiciliaria, tele-asistencia, residencias y centros de día), dejando sólo para casos excepcionales las prestaciones monetarias. En el espíritu de la Ley estaba el objetivo de estimular una mayor oferta institucional de servicios, profesionalizando así un sector que, hasta ese momento, seguía siendo mayoritariamente informal. Las prestaciones económicas recogidas en la Ley sólo «para casos excepcionales» son tres: 1) prestación económica ligada a la prestación de un servicio; 2) prestación económica para cuidados en el entorno familiar y apoyo a cuidadores no profesionales, y 3) prestación económica de asistencia personal. Según el nivel de necesidad, las cuantías para el año 2008 se establecieron entre 400 y 800 euros mensuales (SAAD/IMSERSO, 2008). Los dos últimos tipos de prestaciones pueden utilizarse para pagar el trabajo de una persona cuidadora no profesional, que puede tener relación de parentesco con la persona receptora del cuidado. La Ley estipula que los cuidadores no profesionales que reciban las prestaciones deben cotizar a la Seguridad Social y participar en programas de formación.

V. LA REALIDAD: EL SISTEMA DE ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA Y AUTONOMÍA PERSONAL (2007-2010)

La Ley de Dependencia estableció que la efectividad del derecho a las prestaciones se realizaría de forma progresiva y gradual, empezando con las personas valoradas como dependientes en grado III (gran dependencia), a las que se irían incorporando entre 2008 y 2010 aquellas reconocidas como «dependientes severos» (grado II), y entre 2011 y 2014 entrarían en el sistema los reconocidos como «dependientes moderados» (grado I).

A 1 de diciembre de 2010, casi un millón y medio de personas habían solicitado acceder al SAAD, de las cuales algo más de la mitad (888.962) fue evaluada como elegible para algún tipo de prestación. Aunque la Ley intenta ambiciosamente cubrir todos los grupos de edad, en la práctica, el grueso de sus usuarios son mayores de 65 años (en 2010, más de tres cuartas partes de los beneficiarios, según las estadísticas del SAAD) y, sobre todo, mayores de 80 años (55 por 100 del total). Prácticamente la mitad de las personas reconocidas como dependientes se encuentran clasificadas en el grado III. El 65 por 100 de las solicitudes corresponden a mujeres, que representan el 67 por 100 de las perceptoras de la prestación (SAAD/IMSERSO, 2010).

Teniendo en cuenta que resulta todavía prematuro realizar evaluaciones del éxito o fracaso de un sistema que, teóricamente, no estará en pleno rendimiento hasta el año 2015, tres pautas importantes se han ido perfilando en los algo más de cuatro años transcurridos desde el arranque de la Ley, arrojando algunas dudas sobre la sostenibilidad del sistema a largo plazo. En primer lugar, la falta de una financiación garantizada condena al sistema a una inestabilidad permanente. En 2010, y según un informe de la Asociación Estatal de Directores y Gerentes de Servicios Sociales (Barriga, 2010), las aportaciones del Gobierno central cubrieron sólo el 32 por 100 del total de gasto. Se incumple así la fórmula de financiación compartida entre Gobierno y comunidades autónomas, cargando a las autonomías con el grueso del coste de la atención a la dependencia (*El País,* 16/12/2010). En segundo lugar, la puesta en marcha del SAAD ha resultado muy desigual entre las diecisiete comunidades autónomas. Según datos de febrero de 2010, casi tres de cada diez beneficiarios viven en Andalucía (representando el 1,81 por 100 del total de población en esa comunidad); Cataluña sigue a Andalucía, con un 15,18 por 100 del total de beneficiarios (lo que representa el 1,03 por 100 de su población). Por el contrario, en las comunidades autónomas de Madrid y Valencia, el SAAD ha arrancado muy tímidamente, con sólo el 5,4 y el 5,22 por 100 de los beneficiarios, respectivamente (0,43 y 0,52 por 100 de sus respectivas poblaciones). En tercer lugar, la intención inicial de dar prioridad a los servicios por encima de las prestaciones económicas parece haberse desvanecido.

Según datos de febrero de 2011, el 65 por 100 de todas las prestaciones concedidas en el conjunto de las comunidades autónomas han sido monetarias, y de ellas, sólo menos del 8 por 100 ligadas a la prestación de un servicio; el resto aparece clasificado como prestaciones para cuidado familiar o no profesional, ofertado, por tanto, en lugar de servicios.

El cuadro n.º 2 muestra con claridad que los subsidios económicos no vinculados a la prestación de servicios predominan por encima del resto de las opciones. En las dos comunidades autónomas con mayor volumen de evaluaciones realizadas, las prestaciones monetarias concedidas directamente a la persona dependiente o a algún familiar han superado ampliamente las prestaciones de servicios. Según las estadísticas del SAAD, a 1 de febrero de 2011, el 60,6 por 100 de todas las prestaciones concedidas por la Junta de Andalucía fueron prestaciones económicas, de las cuales menos del 2 por 100 se hallaban vinculadas a la prestación de un servicio, mientras que el resto se concedieron como prestaciones para cuidados familiares o no profesionales. En Cataluña, la segunda comunidad en cuanto a volumen de apoyo ofrecido a las personas en situación de dependencia desde la entrada en vigor de la Ley, el 82 por 100 de todas las prestaciones otorgadas desde la puesta en funcionamiento del sistema han sido prestaciones económicas; de ellas, sólo el 11 por 100 se vinculaba a la prestación de un servicio.

El análisis de las entrevistas realizadas y de diversos documentos apunta las razones que pueden explicar la forma en la que el sistema de atención a la dependencia se ha puesto en funcionamiento desde la aprobación de su marco legal, sobre todo en lo relativo al predominio de las prestaciones económicas sobre los servicios de proximidad.

En primer lugar, los redactores de la Ley quizá infravaloraron las dificultades de cooperación que surgirían entre la Administración central y las administraciones autonómicas, tanto en materia presupuestaria como a la hora de gestionar el nuevo sistema de atención a la dependencia. Algunas comunidades han visto en la nueva Ley una amenaza por parte del Gobierno central de recentralizar un ámbito del Estado del bienestar que, según establece la Constitución, pertenece a las autoridades autonómicas y locales. Como apuntaron algunos de los entrevistados, esta situación es muy diferente en los otros dos ámbitos del Estado del bienestar, la educación y la sanidad, en los que las competencias han sido transferidas a las comunidades autónomas. Además, la financiación del sistema (la aportación que cada nivel de gobierno debe hacer) ha constituido un gran obstáculo para la cooperación interadministrativa. En el contexto actual de reducción del gasto público, la falta de una mayor aportación financiera por parte del Estado ha llevado en parte a que todas las comunidades autónomas, sin excepción, se hayan inclinado por conceder más prestaciones económicas y menos servicios.

Según el informe sobre financiación y costes de la Ley 39/2006 (Barriga, 2010), la cobertura de los servicios (residencias, centros de día, ayudas a domicilio y teleasistencia) supone el 69 por 100 del total de gasto, mientras que las prestaciones económicas absorben el 31 por 100. Sin embargo, con estas últimas se atiende a mucha más gente. La atención residencial supone el consumo de más de la mitad de los recursos económicos para atender a menos de una quinta parte (18 por 100) de las personas con derecho a prestación. Por el contrario, con el 27 por 100 de los recursos se atiende al 57 por 100 de las personas con derecho a atención a la dependencia a través de las prestaciones económicas por cuidados en el entorno familiar. Así, concluye el redactor del informe «es fácil deducir que esta proporción atenciones/gasto pueda ser uno de los factores coadyuvantes para que las PECEF (prestaciones económicas por cuidadores en el entorno familiar) se hayan convertido en la prestación «estrella»

CUADRO N.º 2

PRESTACIONES RECONOCIDAS A 1 DE FEBRERO DE 2011 (PORCENTAJE HORIZONTAL), SELECCIÓN DE COMUNIDADES AUTÓNOMAS

CC.AA./Tipo prestación	*Prevención (porcentaje)*	*Teleasistencia (porcentaje)*	*Atención a domicilio (porcentaje)*	*Centros de día (porcentaje)*	*Residencias (porcentaje)*	*PE(a) (porcentaje)*	*PE(b) (porcentaje)*	*PE(c) (porcentaje)*	*Total (porcentaje)*
Andalucía	0,0	22,4	19,5	4,1	7,8	1,8	58,8	0,0	114,4
Castilla y León	4,4	2,9	9,5	6,1	16,3	22,9	44,6	0,1	106,9
Cataluña	01,0	5,7	9,6	3,1	12,8	11,1	70,6	0,0	113,9
Galicia.....	0,3	0,6	18,0	6,1	14,6	7,7	55,0	0,1	102,3
País Vasco	0,0	11,1	11,0	11,4	19,6	2,3	49,6	1,5	106,5
Total 17 CC.AA.....	1,5	11,0	12,1	5,9	15,1	7,9	57,2	0,1	110,7

(a) Prestación económica vinculada a la prestación de servicio.
(b) Prestación económica para cuidado familiar.
(c) Prestación económica para asistencia personal.
Fuente: SAAD-IMSERSO (2009).

del sistema. Con menos gastos se atiende a más personas» (Barriga, 2010: 9).

En segundo lugar, muchos de los entrevistados afirmaron que la ausencia de una red de servicios adecuada para la atención a la dependencia hacía prácticamente imposible que se hubieran cumplido los objetivos enunciados en la Ley. Según datos de la OCDE, el porcentaje de personas mayores de 65 años que reciben prestación pública de cuidado a domicilio en España (3,1 por 100) está significativamente por debajo de la media de países de la OCDE (9,1) y de otros países de la Unión Europea (20,3 por 100 en el Reino Unido; 12,3 por 100 en Holanda y 7,1 por 100 en Alemania) (OECD, 2005). Esto indica un desequilibrio importante entre lo que establece la Ley y la realidad en la que el nuevo sistema de atención a la dependencia se ha erigido. Tal y como explica uno de los entrevistados:

> Creo que es una ley «bonita» porque se reconoce, por primera vez en la historia del Estado de bienestar español, el derecho de las personas con movilidad reducida a unos cuidados y atención adecuados. Tenemos que darnos cuenta de que, antes de esta ley, lo que teníamos eran las familias, y luego la caridad: Cruz Roja, Cáritas, etc., que atendían a los que estaban en situaciones límite, pero ya está. Con esta nueva ley, el Estado asume por primera vez responsabilidad del cuidado de las personas dependientes, un derecho subjetivo universal a recibir el cuidado y la asistencia que las personas necesitamos para vivir una vida decente. Pero luego, claro, nos tenemos que enfrentar con la realidad que tenemos. No tenemos los servicios, ni siquiera tenemos suficientes profesionales en el sector socio-sanitario. En vez de un sistema de atención a la dependencia, tenemos diecisiete. Si te soy sincero, no veo que la Ley de Dependencia esté cambiando esta situación. (AG1)

De igual manera, algunos de los entrevistados argumentaban que, en paralelo a la creación de la nueva Ley, se debían de haber dado pasos para modernizar y mejorar el empleo en el sector de servicios personales. El convenio colectivo que regula las condiciones mínimas de trabajo para los empleados en este sector establece niveles salariales que se encuentran muy por debajo de aquellos de los empleados públicos del sistema sanitario, con niveles similares de cualificación (7).

En tercer lugar, en España, al igual que en el resto de los países del Sur de Europa existe una fuerte presencia de un «mercado de cuidados» informal. Prácticamente todos los entrevistados señalaron las dificultades de crear un nuevo sistema profesional de atención a la dependencia en el contexto de una fuerte inercia (tanto institucional como social) hacia el sector informal. La gran cantidad de cuidadores (más precisamente, cuidadoras, ya que la gran mayoría son mujeres) informales, estén remunerados o no y tengan o no tengan relación de parentesco con la persona receptora de los cuidados, justifica en cierto sentido una actitud de hechos consumados por parte de la Administración pública. Por parte del Gobierno, se destaca como positivo el hecho de que el nuevo sistema de dependencia conceda un espacio para las cuidadoras informales, la mayoría de las cuales carece de una actividad remunerada y de acceso a prestaciones sociales. Gracias a las PECEF, estas mujeres tienen ahora la posibilidad de recibir una compensación económica por el trabajo que realizan:

> (…) efectivamente el sistema de servicios sociales todavía es débil, y yo creo que los ciudadanos no ven con seguridad que los servicios sociales puedan resolverles el problema. Por otra parte, está la seguridad de tener una renta adicional a la que hay en la familia, pues de alguna manera compensa los sacrificios que han tenido todas las familias que tienen que cuidar durante tanto tiempo a las personas que lo necesitan… y bueno, han visto en la Ley una oportunidad de que se les reconozca, de que se les considere como trabajadoras y de que, por lo tanto, tengan afiliación a la seguridad social. (GOB5)

En octubre de 2010 se hallaban inscritas un total de 147.264 personas en el convenio especial de cuidadores no profesionales de personas en situación de dependencia; más del 90 por 100 eran mujeres. Otros expertos, en cambio, mantienen una visión más crítica y conciben estas prestaciones económicas como una manera de institucionalizar el cuidado informal:

> Es como el pez que se muerde la cola. No tenemos los servicios que puedan cubrir la demanda que existe y las familias tienen estas necesidades, pero la mayoría no tiene una capacidad económica grande, lo cual justifica salarios bajos en el sector doméstico. La Ley no ha resuelto el problema de la informalidad, porque en cierta forma se sirve de ella. (TS1)

Otra experta entrevistada veía en el uso generalizado de las PECEF una oportunidad perdida para profesionalizar el sector:

> (…) la mayoría de las prestaciones son monetarias, que, en la práctica, significa un dinero que se le paga a la persona dependiente o a su familia que no necesita vincularlo a la compra de ningún servicio y que muy probablemente vaya a pagar a una persona para que le cuide en casa. Entonces yo me pregunto: ¿estamos profesionalizando el cuidado? ¿Estamos regulando el sector? La respuesta a ambas preguntas es que no. Todo lo que estamos haciendo es dar un poco de dinero extra para aliviar un poco la situación de las personas que necesitan ayuda y de sus familias. Pero, de esta forma, el cuidado sigue siendo fundamentalmente informal y totalmente fuera de regulación pública. (SIN1)

No obstante lo anterior, miembros del Gobierno han insistido en que cualquier nueva política pue-

de arrojar resultados inesperados ante los que hay que reaccionar. A este respecto, en diciembre de 2009, una comisión delegada redactó un proyecto de acuerdo para la mejora de la calidad de la prestación de personas cuidadoras en el entorno familiar, que especificaba, entre otras cosas, los criterios que debía reunir la persona cuidadora, su necesidad de formación y el seguimiento de la calidad de los cuidados.

Por último, varias de las personas entrevistadas hicieron alusión a las preferencias personales y la tradición del cuidado informal y familiar como una razón más de la preferencia por las prestaciones monetarias en detrimento de los servicios. El espíritu de la Ley es, en cierta medida, «traicionado» por aquellos que, pudiendo escoger servicios, prefieren la prestación económica. Una gran aceptación de las formas privadas de cuidado, unida a una cierta animadversión hacia formas más institucionales de atención a las personas dependientes, explicaría la preferencia mayoritaria por las prestaciones económicas. No obstante, otros entrevistados argumentaban que la supuesta preferencia por dinero en vez de servicios carece de una interpretación clara:

> Por 700 u 800 euros al mes puedes tener a una persona empleada en tu casa 24 horas al día, seis días a la semana. Pero si escoges servicios de proximidad, en vez de la prestación económica, te pueden ofrecer asistencia tan sólo por unas horas al día, y no necesariamente las que tú necesitas. Algunos de estos servicios, como por ejemplo los centros de día, tienen unos horarios muy rígidos que no son fácilmente adaptables a las necesidades de las personas. O sea que no me parece nada sorprendente que la gente prefiera el dinero. No deberíamos de demonizar a las personas que optan por esta opción porque la verdad es que la Ley estuvo mal planificada en este sentido. Dice que se deben priorizar servicios, pero no los hace más ventajosos frente a la posibilidad de que te den dinero y tú lo administres como quieras (EI1).

Por lo tanto, una lectura preliminar de la recientemente implantada Ley de Dependencia indica que el trabajo informal de cuidado en los hogares encuentra un lugar en el nuevo sistema de atención a la dependencia. Desde un punto de vista positivo, la Ley reconoce formalmente el papel que las familias desempeñan en la prestación de cuidados a las personas mayores dependientes y otras personas con movilidad reducida. Sin embargo, una lectura menos optimista del proceso de implantación permite afirmar que la Ley favorece el mantenimiento del cuidado no profesional, quedando éste mayoritariamente fuera del alcance de la regulación pública. Esto se percibe negativamente por quienes demandaban una mayor inversión pública y privada en servicios comunitarios (en particular, sindicatos, pero también empleadores del sector) no sólo para hacer frente a una creciente demanda, sino también como motor de empleo, especialmente de mujeres. Algunos de los expertos entrevistados realizaron consideraciones sobre la calidad del cuidado cuando éste es mayoritariamente informal y sobre la limitada capacidad de cuidadores no profesionales de atender determinadas necesidades de cuidado y médicas sin la necesaria preparación (Marbán, 2009). Además, tal como han demostrado Sarasa y Billingsley (2008), cuando el cuidado extrafamiliar tiene que adquirirse de forma privada, ante la ausencia de suficiente provisión pública, el acceso se distribuye desigualmente a lo largo de la estructura social.

VI. REFLEXIONES FINALES

Dos de las variables más importantes a la hora de explicar los distintos modelos de organización social del cuidado son, por una parte, la pertenencia a una tradición concreta de Estado del bienestar y, por otra, los sistemas de relaciones industriales en cuanto a que determinan la rigidez o flexibilidad del mercado de trabajo a la hora de responder a nuevas necesidades. Así, la función de las administraciones como generadoras de empleo público, los porcentajes de gasto social, la tendencia de los estados del bienestar hacia las transferencias de rentas o hacia los servicios, la participación de las mujeres en el mercado de trabajo, o la segmentación laboral, son todos ellos elementos que condicionan la capacidad de una sociedad de organizar sus necesidades de cuidado de forma colectiva.

En el caso español, la Ley de Dependencia aprobada en 2006 pretendía constituirse en el marco del desarrollo del llamado cuarto pilar del Estado del bienestar. Es decir, se trataba de instaurar un sistema de atención de cuidados a personas dependientes que universalizara el acceso a una red pública de servicios, descentralizada en su gestión pero coordinada estatalmente. Esta iniciativa política tiene el mérito de poner fin a una historia de olvido del Estado del bienestar español en relación con quienes precisan apoyo para vivir una vida autónoma e independiente. Sin embargo, en el corto plazo de tiempo que ha transcurrido desde que se pusiera en marcha la Ley, la insuficiencia de una red de servicios que pueda hacer frente a la demanda, unida a unas restricciones a su financiación considerables y a la presencia de un fuerte sector informal, han terminado dando continuidad a la tradición «familista» del sistema de bienestar español. Todo parece indicar que la preparación de la Ley no anticipó los derroteros que finalmente se han seguido y, en este sentido, el alejamiento de la

Ley respecto a la realidad ha permitido también que la realidad se desvincule hasta cierto punto de la intención reguladora.

La sostenibilidad y la viabilidad del sistema a largo plazo dependerá de cómo se articulen los desafíos de la Ley de Dependencia en tres ejes principales: el político, el económico y el social. En primer lugar, en el eje político se necesita consensuar la consolidación del sistema de dependencia tanto horizontalmente, entre el Gobierno, la oposición y los agentes sociales, como verticalmente, entre los distintos niveles de gobierno. En ausencia de un compromiso político claro que se traduzca en una gestión pragmática y transparente, el futuro del sistema de atención a la dependencia estará peligrosamente sometido a los cambios de rumbo en el escenario político español. En segundo lugar, el mayor desafío del eje económico estriba en garantizar la financiación de un sistema que actualmente se encuentra amenazado por la fuerte recesión económica. La Ley de Dependencia establece un derecho subjetivo universal similar al derecho a la educación obligatoria y a la atención sanitaria, y, como tal, su financiación debería estar garantizada como lo está en los dos casos anteriores. Como se ha explicado en este artículo, la progresiva disminución de la aportación de recursos por parte del Estado, junto al endeudamiento actual de las comunidades autónomas, plantea un gran signo de interrogación sobre la viabilidad futura del sistema. En la actual coyuntura, el alcance de la Ley, es decir, la proporción de las personas evaluadas con algún grado de dependencia que consigan acceder al sistema, parece comprometer la calidad de los cuidados, en cuanto que, por una parte, las prestaciones económicas son más baratas, pero imposibilitan el control sobre la forma en la que se cubren las necesidades de cuidado; por otra parte, la extensión de los servicios se hará a costa de su mejora, sobre todo, en lo que respecta a las condiciones laborales de los empleados en el sector, tal y como demuestra el convenio colectivo acordado en 2008 por el Gobierno, la CEOE y CC.OO. Por último, en el eje social también cabría una reflexión sobre la organización colectiva del cuidado. Las profundas transformaciones de la sociedad española en las últimas décadas incluyen grandes avances socioeconómicos, pero también exigen nuevas respuestas colectivas a las demandas de cuidado. Repuestas que vayan más allá de las soluciones tradicionales, cada vez más insuficientes, cuando no ausentes. Sin duda, la Ley de Dependencia ha significado un paso adelante en la identificación de tales respuestas. Sin embargo, la evolución de estas últimas dependerá de la capacidad que muestren los principales actores sociales para articular y estimar correctamente tanto las implicaciones de las necesidades de cuidado como los esfuerzos que requiere hacerles frente.

NOTAS

(1) British Academy Small Grant Scheme N. 48482 (enero 2008-diciembre 2010).

(2) Fundación CASER, *Encuesta sobre dependencia* (2009). Muestra total: 2.300 entrevistas, intervalo de confianza: 95 por 100.

(3) Hay que tener en cuenta que el dato se refiere a empleo en hogares registrado. Los menores porcentajes en otros países, especialmente en los del Sur de Europa, se deben probablemente a que el empleo en hogares se desarrolla en la economía sumergida.

(4) Para un análisis más detallado de los contenidos del *Libro Blanco* véase LEÓN (2005).

(5) No obstante, ambos partidos votaron en el Congreso, finalmente, en contra de la Ley.

(6) Nivel 1: el Estado garantiza y paga por un mínimo nivel de protección. Nivel 2: el nivel mínimo se complementa gracias a un régimen de cooperación entre la Administración central y las autonómicas. Nivel 3: las comunidades autónomas pueden completar libremente los dos niveles anteriores de protección a través de una contribución adicional voluntaria.

(7) Resolución 26/3/2008 del Ministerio de Trabajo (*BOE* nº 79). El convenio colectivo se firmó por el Gobierno, CEOE y CC.OO.; UGT rechazó firmar el convenio por considerar que imponía condiciones muy precarias para los trabajadores del sector de la dependencia (OT1).

BIBLIOGRAFÍA

ANTTONEN, A., y J. SIPILÄ (1996), «European social care services: Is it possible to identify models?», *Journal of European Social Policy,* 6 (2): 87-100.

— (2005), «Comparative approaches to social care: Diversity in care production modes», en B. PFAU-EFFINGER y B. GEISSLER (eds.), *Care and Social Integration in European Societies*, Bristol, Policy Press: 115-134.

BARRIGA, L. A. (2010), *Financiación y costes de la ley 39/2006*, Observatorio Estatal para la Dependencia, Asociación Estatal de Directores Gerentes en Servicios Sociales.

BETTIO, F., y J. PLANTENGA (2004), «Comparing care regimes in Europe», *Feminist Economics*, 10 (1): 85-113.

BETTIO, F.; SIMONAZZI, A., y VILLA, P. (2006), «Change in care regimes and female migration: the 'care drain' in the Mediterranean», *Journal of European Social Policy*, volumen 16 (3): 271-285.

CANCEDDA, L. (2001), *Employment in Household Services*, Dublín, European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions.

CASER FUNDACIÓN (2009), «Ayudas a la dependencia en España», noviembre 2009.

El País 16/12/2010 «El Gobierno carga a las autonomías con el grueso de la dependencia» (por Carmen Morán).

EUROFOUNDATION (European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions) (2006), *Employment in Social Care in Europe* (www.eurofound.eu.int).

EUROPEAN COMMISSION (2006), *Employment in Europe*, Luxemburgo, EC.

ESPING-ANDERSEN, G. (1990), *The Three Worlds of Welfare Capitalism*, Cambridge, Polity Press.

GLENDINNING, C., y P. KEMP, P. (2006), *Cash and Care. Policy Challenges in the Welfare State*, Bristol, Policy Press.

IMSERSO (1995), *Cuidados en la vejez. El apoyo informal*, Madrid, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

— (2005), *Cuidados a las personas mayores en los hogares españoles. El entorno familiar*, Madrid, IMSERSO.

INE (2006), *Encuesta de población activa,* Instituto Nacional de Estadística, Madrid.

LEÓN, M. (2005), «La atención a las personas en situación de dependencia en España. Una aproximación crítica al *Libro Blanco de la Dependencia*», *Panorama Social*, 2: 34-44.

— (2010), «Migration and care work: the domestic sector revisited», *Social Policy and Society,* 9 (3) 409-418.

LEWIS, J. (2001), «The decline of the male breadwinner model: Implications for work and care», *Social Politics*, 8 (2): 152-169.

LISTER, R. (2002), «The dilemmas of pendulum politics: balancing paid work, care and citizenship», *Economy & Society*, 31 (4): 520-532.

MARBÁN, V. (2009), «Atención a la dependencia», en L. Moreno (ed.), *Reformas de las políticas de bienestar en España*, Madrid, Siglo XXI: 207-237.

MINISTERIO DE TRABAJO E INMIGRACION (2009), *Presupuestos de la Seguridad Social. Ejercicio 2009. Anexo al Informe Economico-financiero.* (www.mtas.es/es/estadisticas/index.htm).

MORENO, L., ed. (2009), *Reformas de las políticas de bienestar en España*, Madrid, Siglo XXI.

OECD (2005), «Ensuring quality long-term care for older people», *Policy Brief*, marzo.

— (2007), *International Migration Outlook (SOPEMI) Annual Report.*

ORLOFF, A. (1993), «Gender and the social rights of citizenship: state policies and gender relations in comparative research», *American Sociological Review,* 58 (3): 303-328.

PAVOLINI E., y K. RANCI (2008), «Restructuring the welfare state: reforms in long-term care in Western European countries», *Journal of European Social Policy*, 18 (3): 246-259.

PFAU-EFFINGER, B. (2005), «Welfare state policies and the development of care arrangements», *European Societies*, 7(2): 321-347.

RODRÍGUEZ CABRERO, G. (2005), «La protección social de las personas dependientes como desarrollo del Estado del bienestar en España», *Panorama Social,* 2: 21-33.

— (2006), «La protección social a la dependencia en España en el marco del espacio social europeo», *Documentación Social*, 141: 23-44.

SAAD/IMSERSO (2008), «Estadísticas del sistema para la autonomía y la atención a la dependencia. Situación a 2 de noviembre de 2008» (www.imsersomayores.csic.es).

— (2009), «Estadísticas del sistema para la autonomía y la atención a la dependencia. Situación a 1 junio de 2009» (www.imsersomayores.csic.es).

— (2010), «Estadísticas del sistema para la autonomía y la atención a la dependencia. Situación a 1 diciembre de 2010» (www.imsersomayores.csic.es).

— (2011), «Estadísticas del sistema para la autonomía y la atención a la dependencia. Situación a 1 febrero de 2011» (www.imsersomayores.csic.es).

SAINSBURY, D., ed. (1999), *Gender and Welfare State Regimes*, Oxford, Oxford University Press.

SARACENO, C. (2010), «Social inequalities in facing old-age dependency: A bigenerational perspective», *Journal of European Social Policy,* 20 (1): 32-44.

SARASA, S., y S. BILLINGSLEY (2008), «Personal and household care giving from adult children to parents and social stratification», en C. SARACENO (ed.), *Families, Ageing and Social Policy*, Cheltenham, Edward Elgar.

SIMONAZZI, A. (2009), «Care regimes and national employment models», *Cambridge Journal of Economics,* 33 (2): 211-232.

APÉNDICE

CUADRO A.1

Entidad	*Institución/organización*	*Informante*	*Lugar y fecha entrevista*
Ministerio Trabajo	Subdirección General para la Inspección en Materia de Seguridad Social, Economía Irregular e Inmigración	Subdirector General (GOB1)	Madrid, 20/04/2009
	Subdirección General de Gestión y Coordinación de Flujos Migratorios	Subdirector General (GOB2)	Madrid 20/04/2009
	Dirección General Política Social	Jefa Servicios Sociales (GOB3) / Consejero Técnico (GOB4)	Madrid 22/04/2009
Ministerio Salud y Servicios sociales	IMSERSO	IMSERSO Directora (GOB5) Subdirector Calidad y Evaluación (GOB6)	Madrid 23/4/2009
Sindicatos	UGT	Responsable Departamento Servicios Sociales (SIN1)	Madrid 18/01/2010
Sindicatos	CC.OO.	Responsable Departamento Políticas Sociales (SIN2)	Madrid 17/01/2010
Tercer sector	Cáritas	Equipo Recursos e Itinerarios (TS1)	Madrid 24/04/2010
Asociación profesional	Asociación Española de Geriatría y Gerontología: (SEGG)	Presidente (AG1) Vicepresidente (AG2)	Madrid 22/04/2009
Sector privado	Federación Empresarial de Dependencia (FED)	Presidente (SP1)	Madrid 17/01/2010
Sector público	Asociación Estatal de Directoras y Gerentes de Servicios Sociales	Miembro asociación (SPu1)	Valladolid 19/01/2010
Experto independiente	Comisión de Expertos para la Evaluación de la Ley de Dependencia	Miembro de la Comisión (EI1)	La Coruña 19/09/2009

EL EFECTO EXPANSIVO DE LA LEY DE DEPENDENCIA EN LOS SISTEMAS AUTONÓMICOS DE SERVICIOS SOCIALES

José María ALONSO SECO

Universidad Nacional de Educación a Distancia

Resumen

En este artículo se examina el efecto de la Ley de Dependencia (2006) en los sistemas autonómicos de servicios sociales. La norma estatal ha reforzado el sistema de asistencia a personas dependientes que existía con anterioridad en los niveles autonómico y local, dotándolo de mayor consistencia política, coordinación y fuerza jurídica. El Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD), creado por la citada Ley, se desarrolla a partir de las redes autonómicas de servicios sociales, que, en las nuevas leyes autonómicas de servicios sociales incorporan miméticamente la finalidad, los principios y las prestaciones de la Ley de Dependencia. Este proceso de difusión normativa ha ido de la mano de la expansión de prestaciones basadas en derechos subjetivos que conceden las comunidades autónomas.

Palabras clave: dependencia, prestaciones garantizadas y no garantizadas de servicios sociales, seguridad social, Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD), derechos subjetivos, catálogo/cartera de servicios sociales.

Abstract

This article examines the effect of the Spanish Dependency Law (2006) on the regional systems of social services. The national Law has certainly reinforced the system for assistance of people in need of care which existed at the regional and local levels by endowing it with more political consistency coordination and legal force. The development of the System for Autonomy and Care of Dependent People (SAAD), created by this Law, takes the existing regional nets of social services as point of departure. The new regional laws of social services incorporate mimetically the aims, tenets and benefits of the Dependency Law. The process of normative diffusion has gone hand in hand with the expansion of benefits and services based on subjective rights which provide the autonomous communities.

Key words: dependency, guaranteed and not guaranteed social benefits and services, Social Security, System for Autonomy and Care of Dependent People (SAAD), subjective rights, social services catalogue/portfolio.

JEL classification: I38.

I. INTRODUCCIÓN

La promulgación de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia (LAPAD, en adelante) supuso, en su día, un importante desarrollo del sistema de protección social público. No porque se instauraran prestaciones de atención a la dependencia hasta entonces inexistentes (salvo algunas que se establecieron por primera vez en ella), sino porque las prestaciones de servicios y económicas que implantó tenían la consideración de derecho subjetivo, lo cual constituyó una notable y sustancial novedad.

Mucho se ha escrito ya sobre esta Ley y, cuando se reflexiona de nuevo sobre ella, no es fácil encontrar cuestiones que no hayan sido ya tratadas suficientemente en libros o artículos. Se han hecho excelentes comentarios sobre ella (Monereo, 2007; Montoya, 2007; Sempere y Charro, 2008) y, sin duda, se seguirán realizando, porque el calendario de aplicación de la Ley sigue su curso; se han establecido nuevas prestaciones de servicios para quienes se encuentran en situación de dependencia moderada (Real Decreto 175/2011, de 11 de febrero); comienza a formarse jurisprudencia sobre su interpretación, y los problemas que conlleva su aplicación progresiva darán lugar a nuevos juicios valorativos.

Dejando otros aspectos también muy sugerentes, en las páginas siguientes se centra la atención en un aspecto todavía poco tratado, cual es el efecto mimético y expansivo que ha tenido la LAPAD en los distintos sistemas de protección social de las comunidades autónomas, es decir, en los sistemas de servicios sociales y de asistencia social gestionados por ellas. En efecto, la atención a la dependencia podía haberse integrado, al menos teóricamente, en los sistemas de sanidad o de seguridad social. Se optó, sin embargo, por una solución *sui generis*: la creación de un sistema propio, el Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD), pero cuyas prestaciones se ofertan por las respectivas comunidades autónomas a través de sus redes de servicios sociales (LAPAD, artículo 14.2). En definitiva, se configuró un sistema de protección social autónomo dentro de otros ya existentes, los sistemas autonómicos de servicios sociales, con la peculiaridad de que se concedió a aquél mayor fuerza jurídica vinculante al constituir legislación estatal generadora de mayores derechos del ciudadano. Resultaba muy difícil, por no decir inevitable, que los sistemas de protección social autonómicos de servicios sociales no se vieran afectados por el nuevo sistema establecido. A este asunto se van a dedicar las páginas que siguen.

A efectos metodológicos se expone, en primer lugar, cuál es el significado de la LAPAD y de los servicios sociales en el conjunto del sistema de protección social pública, como premisa necesaria para abordar a continuación la influencia de la primera en los segundos.

II. SIGNIFICADO DE LA LAPAD EN EL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL PÚBLICO ESPAÑOL

En nuestro ordenamiento jurídico, la atención a las situaciones de dependencia ya estaba incorporada parcialmente en el sistema de protección social, a través de la seguridad social, tanto en forma de prestaciones monetarias como de servicios. Por lo que respecta a las primeras, cabe mencionar la gran invalidez, prestación de posible reconocimiento al trabajador afecto de invalidez permanente cuando «por consecuencia de pérdidas anatómicas o funcionales, necesite la asistencia de otra persona para los actos más esenciales de la vida, tales como vestirse, desplazarse, comer o análogos» (LGSS, artículo 138.6). Dígase lo mismo del complemento por necesidad de tercera persona de las pensiones no contributivas de invalidez, que se concede a quienes están «afectados por una discapacidad o enfermedad crónica en un grado igual o superior al setenta y cinco por ciento y que, como consecuencia de pérdidas anatómicas o funcionales, necesiten el concurso de otra persona para realizar los actos más esenciales de la vida, tales como vestirse, desplazarse, comer o análogos» (LGSS, artículo 145.6). Un complemento de naturaleza similar existe también en las asignaciones económicas por hijo o menor acogido a cargo, en beneficio de este último [LGSS, artículo 182 bis, c)]. Sigue asimismo subsistiendo en el ámbito estatal, aunque fuera del marco de la seguridad social, el subsidio por ayuda de tercera persona establecido en 1982 por la Ley de Integración Social de los Minusválidos.

Por lo que se refiere a prestaciones de servicios, también la seguridad social fue pionera, a través de sus servicios sociales para la tercera edad y de minusválidos, integrados en 1978 en la entidad gestora Instituto Nacional de Servicios Sociales; creó los servicios de ayuda a domicilio, centros de día y residencias para personas que se encontraban en situación de dependencia. En el establecimiento de dichos servicios no actuó sola, sino que se sumó a similares iniciativas de la antigua beneficencia estatal y provincial, gestionada por la Administración del Estado y las diputaciones provinciales. Estos servicios, primero los estatales y provinciales, más tarde los de la seguridad social, fueron traspasados paulatinamente a las comunidades autónomas, a partir de la constitución de éstas en entes preautonómicos y, sobre todo, después de la aprobación de los estatutos de autonomía, en virtud de los cuales aquellas asumirían competencias exclusivas en materia de asistencia social, haciendo realidad la posibilidad que les brindaba al efecto la Constitución en su artículo 148.1.20.ª. Poco a poco, y en torno a las competencias, funciones y estructura administrativa de las comunidades autónomas, con la colaboración necesaria de los ayuntamientos, se fue formando una red de servicios sociales para los sectores de población más vulnerables, entre ellos las personas en situación de dependencia, en especial personas mayores y con discapacidad física, sensorial o psíquica. Iban a nacer los sistemas de servicios sociales autonómicos, sobre la base de las leyes autonómicas de servicios sociales, modificadas una y otra vez en función de las circunstancias del momento.

Si las situaciones de dependencia ya eran atendidas por los servicios sociales de las comunidades autónomas, con competencia exclusiva sobre ellas, ¿por qué razón se promulgó una ley estatal sobre dependencia, integrada en el ámbito de los servicios sociales, que presumiblemente se habría de yuxtaponer a las actuaciones que, en materia de dependencia, ya realizaban las comunidades autónomas?

La respuesta a la pregunta anterior ha de buscarse en diversos contextos. Por un lado, la noción de «dependencia» había tomado cuerpo sustantivo en numerosos documentos emanados de organismos internacionales. La Organización de Naciones Unidas (ONU) la incluyó en la *II Asamblea Mundial del Envejecimiento de Madrid (2003)*, y en numerosos documentos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) se hacía frecuente alusión a los «cuidados de larga duración». También la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), en el *Estudio económico de España 2001* y en el informe *Políticas para un mundo solidario: balances nacionales (2005)*, había insistido en que el cambio demográfico, así como la incapacidad de las familias para cuidar a las personas mayores dependientes, hacían necesaria la intervención imperativa de los poderes públicos, de forma que la puesta en funcionamiento de servicios de atención a las personas mayores dependientes constituía una grave preocupación y una de las prioridades de los responsables de la política social (Alonso Seco, 2010a: 113-119). Pero, de modo especial, fue el Consejo de Europa quien dio un importante impulso a la necesidad de incorporar la atención a la dependencia en el sistema de protección social; así se

contempla expresamente en la *Recomendación (98) 9, de 18 de septiembre, del Comité de Ministros a los Estados miembros, relativa a la dependencia*, donde se afirma que «el riesgo de dependencia forma parte integrante de todo sistema de protección social». En términos similares se pronunció la Unión Europea. Al respecto, su norma jurídica vinculante más importante, por tener rango de Tratado de la Unión, es la *Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea*, elaborada en el año 2000, revisada en 2007 y en vigor desde diciembre de 2009. La Carta incorpora explícitamente el término dependencia en el artículo 34.1, referido a la seguridad social y a los servicios sociales: «La Unión reconoce y respeta el derecho de acceso a las prestaciones de seguridad social y a los servicios sociales que garantizan una protección en casos como la maternidad, la enfermedad, los accidentes laborales, la dependencia o la vejez...».

A los argumentos anteriores habría que añadir, por otra parte, que la respuesta a las crecientes necesidades de atención a la dependencia que procuraban los mecanismos de protección social existentes en España hasta la fecha se estaba revelando insuficiente, en cuanto a servicios, financiación y garantía de las prestaciones. Mientras crecía el número de las personas en situación de dependencia, especialmente el de personas mayores, se complicaba su atención, sobre todo, por el componente sociosanitario inherente a ella; las familias, aun queriendo, no podían dedicarse como antaño al cuidado de sus ascendientes o descendientes dependientes, o porque no sabían cómo hacerlo o porque no podían por motivos laborales; se hacían más frecuentes determinadas situaciones de dependencia, en especial las asociadas a enfermedades mentales o neurológicas, ante las que las familias se encontraban inermes por su falta de preparación; el alto coste de muchos de los centros de atención a personas dependientes, de carácter privado, dificultaba su financiación por parte de usuarios y familias, no sólo a medio, sino ni siquiera a corto plazo…

Todo lo anterior llevó paulatinamente a considerar la dependencia como un riesgo que debía ser incluido en el sistema de protección social, y a sopesar la conveniencia de poner mucho más énfasis en la atención a las personas en situación de dependencia. Probablemente fuera el Defensor del Pueblo quien primero dio el paso en esta dirección. En la recomendación final que efectuó en el *Informe 2000 sobre la atención sociosanitaria en España a las personas mayores*, estimó que la dependencia debería tener el carácter de riesgo protegido por la seguridad social, con garantía de derecho subjetivo, con independencia de que la financiación se realizara vía impositiva (modelo no contributivo) o vía cotizaciones sociales (modelo contributivo); el sistema tendría que ser universal, sin requisitos de edad, para eliminar el desequilibrio existente hasta entonces entre pensionistas de invalidez y pensionistas de jubilación (Defensor del Pueblo, 2000: 233).

A propósito de estas cuestiones, entre 2000 y 2003 se inició un extenso e interesante debate en el seno de la Comisión Parlamentaria del Pacto de Toledo. Los miembros de la Comisión consideraron la atención a la dependencia como el principal reto colectivo de la sociedad española en el ámbito de las políticas sociales. Coincidieron asimismo en la conveniencia de ir sustituyendo los cuidados informales procurados por la familia, y especialmente la mujer, por cuidados profesionales, y en la necesidad de promulgar una Ley básica consensuada entre el Gobierno, los agentes sociales, las comunidades autónomas y los ayuntamientos. Finalmente, el 2 de octubre de 2003, en el documento llamado *Renovación del Pacto de Toledo,* se aprobó por unanimidad de todos los grupos parlamentarios el acuerdo de configurar un sistema integrado que abordara, desde una perspectiva global, el fenómeno de la dependencia, y de impulsar una pronta regulación en la que se recogiera la definición de la dependencia, 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. Paralelamente a este debate, en abril de 2001 se había aprobado el *Acuerdo para la mejora y el desarrollo del sistema de protección social*, firmado por el Gobierno, las organizaciones empresariales CEOE y CEPYME y el sindicato Comisiones Obreras, en el que se incluía expresamente la atención a la dependencia por la dimensión inédita que estaba causando el aumento de la esperanza de vida (Alonso Seco, 2010a: 126-129).

En este contexto nació la LAPAD, con marcado carácter garantista y clara vocación de novedad: «La necesidad de garantizar a los ciudadanos, y a las propias comunidades autónomas, un marco estable de recursos y servicios para la atención a la dependencia y su progresiva importancia lleva ahora al Estado a intervenir en este ámbito con la regulación contenida en esta Ley, que la configura como una nueva modalidad de protección social que amplía y complementa la acción protectora del Estado y del Sistema de la Seguridad Social» (LAPAD, exposición de motivos). Nueva modalidad de protección social que,

aunque constituya un sistema formalmente distinto (el SAAD), quedó íntimamente ligado a los servicios sociales. Como explícitamente se afirma en la exposición de motivos de la Ley, la finalidad de ésta es «configurar un nuevo desarrollo de los servicios sociales» y potenciar «el compromiso de todos los poderes públicos en promover y dotar los recursos necesarios para hacer efectivo un sistema de servicios sociales de calidad, garantistas y plenamente universales; en este sentido, el Sistema de Atención de la Dependencia es uno de los instrumentos fundamentales para mejorar la situación de los servicios sociales en nuestro país».

Esta conexión del SAAD con los sistemas autonómicos de servicios sociales se halla claramente presente en el articulado de la LAPAD: uno de los principios que la inspiran es «la integración de las prestaciones establecidas en esta Ley en las redes de servicios sociales de las comunidades autónomas» [artículo 3.o)]. Así, los servicios que contiene, que ya eran objeto de provisión con anterioridad por las comunidades autónomas, «se prestarán a través de la oferta pública de la red de servicios sociales por las respectivas comunidades autónomas mediante centros y servicios públicos o privados concertados debidamente acreditados» (artículo 14.2), integrándolos en dicha red (artículo 16.1); el catálogo de servicios de la Ley «comprende los servicios sociales de promoción de la autonomía personal y de atención a la dependencia» (artículo 15.1); las consejerías autonómicas que forman parte del Consejo Territorial del SAAD y tienen encomendado el desarrollo y la aplicación de la LAPAD son, en la práctica, las de servicios sociales, etcétera.

Los autores coinciden en que el SAAD es un sistema claramente diferenciado del sistema de seguridad social (Alonso-Olea, 2011: 103); algunos hacen hincapié en que no queda necesariamente integrado en la asistencia social, pues esta requiere insuficiencia de recursos, mientras que el SAAD tiene carácter universal (Cavas y Sempere, 2007: 67). La coincidencia no es tanta cuando se trata de definir su naturaleza jurídica, pues no está suficientemente clara en la LAPAD. Para algunos autores, se trata de la creación de un sistema nuevo, cuarto pilar del Estado del bienestar junto con los sistemas de salud, educativo y de seguridad social (Montoya, 2007: 65); para otros, tiene una dimensión funcional y no orgánica, que responde al típico modelo de redes de coordinación de actividades frente a las redes de subordinación (Monereo, 2007: 201); otros prefieren considerarlo como una «superestructura» en la que han de integrarse los servicios sociales de atención a la dependencia gestionados por las comunidades autónomas (Cavas y Sempere, 2007: 74); otros entienden que el SAAD constituye una nueva rama de la protección social, derivada de un nuevo modelo de protección social (Rodríguez Cabrero, 2007: 76), y otros, finalmente, pensamos que la dependencia es una parte de los servicios sociales, no a la inversa, y que sería un error reducir los servicios sociales a la dependencia, así como los sistemas autonómicos de servicios sociales únicamente al SAAD (Alonso Seco, 2005: 133, y 2007: 401).

Así pues, la LAPAD vino a reforzar un sistema de atención a la dependencia que ya existía con anterioridad; eso sí, dotándolo de mayor consistencia y fuerza jurídica, especialmente en lo que se refiere a la naturaleza de las prestaciones. Si con anterioridad a ella dichas prestaciones no tenían carácter exigible, a partir de su promulgación las prestaciones de atención a la dependencia que en ella se contienen, a medida que van entrando en vigor según su calendario de aplicación progresiva, han adquirido el carácter de derecho subjetivo pleno, de prestaciones garantizadas.

III. SIGNIFICADO DE LOS SERVICIOS SOCIALES EN EL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL PÚBLICO ESPAÑOL

Los servicios sociales, como noción jurídica, aparecen en nuestro país por vez primera en la Ley de Bases de la Seguridad Social de 1963 no como sistema propio, sino en calidad de prestaciones técnicas, complementarias de las económicas, en el sistema de la seguridad social. Posiblemente, dicho texto jurídico recibió la influencia de la Carta Social Europea de 1961 (Consejo de Europa), en la que los servicios sociales figuraban diferenciados de la protección de la salud, la seguridad social y la asistencia social y médica, definiéndose como servicios que contribuyen al bienestar y al desarrollo de los individuos y de los grupos en la comunidad, a su adaptación al entorno social, y que implican la participación de los usuarios en su creación y mantenimiento. Su efectiva implantación en España por la seguridad social en la década de los setenta del siglo pasado, la transformación de la antigua beneficencia estatal, provincial y municipal en actividad prestadora de servicios sociales y, especialmente, la asunción de competencias por las comunidades autónomas en materia de asistencia social (que derivó, asimismo, en una legislación progresiva sobre servicios sociales) supusieron un importante impulso de los servicios sociales en los últimos treinta años; de prestaciones adicionales de otro sistema pasaron a ser sistemas autónomos en

sentido propio, configurando por sí mismos un conjunto articulado de prestaciones y hallando respaldo en una ley autonómica general que sirve de fundamento al resto de normas.

Pero ¿qué son los sistemas de servicios sociales y cuál es su significado dentro del conjunto de la protección social? Por su interés, cabe citar aquí a la Comisión Europea, concretamente la comunicación *Aplicación del programa comunitario de Lisboa: Servicios sociales de interés general en la Unión Europea*. Según este documento, los servicios sociales en la Unión Europea pueden incluirse en dos grandes grupos:

a) Los *sistemas legales y los sistemas complementarios de protección social*, en sus diversas formas de organización (mutualidades o profesionales), que cubren los riesgos fundamentales de la vida, como los relacionados con la salud, la vejez, los accidentes laborales, el desempleo, la jubilación o la discapacidad.

b) Los demás *servicios esenciales prestados directamente a la persona*. Estos servicios ejercen una función de prevención y de cohesión social, y aportan una ayuda personalizada para facilitar la inclusión de las personas en la sociedad y garantizar la realización de sus derechos fundamentales. Incluyen los siguientes servicios: 1) ayuda a las personas para afrontar retos inmediatos de la vida o crisis (endeudamiento, desempleo, toxicomanía o ruptura familiar); 2) actividades destinadas a asegurar que las personas posean las competencias necesarias para su inserción completa en la sociedad (rehabilitación o formación lingüística para inmigrantes) y, en particular, en el mercado laboral (formación o reinserción profesional), actividades que completan y sostienen el papel de las familias en los cuidados orientados, en particular, a los más jóvenes y a los mayores; 3) actividades destinadas a garantizar la inclusión de las personas con necesidades a largo plazo debidas a una discapacidad o a un problema de salud, y 4) vivienda social, que permite un acceso a la vivienda a las personas con escasos ingresos.

Los servicios sociales ocupan un lugar específico como pilares de la sociedad y la economía europeas. Esto se deriva de su contribución a varios objetivos y valores esenciales de la Unión Europea, como un alto nivel de empleo y de protección social, un elevado nivel de protección de la salud, la igualdad entre hombres y mujeres, y la cohesión social y territorial. Pero esta especificidad también procede del carácter vital de las necesidades que han de satisfacer, garantizándose de este modo la aplicación de derechos fundamentales como la dignidad y la integridad de la persona.

Los servicios sociales presentan una o varias de las siguientes características organizativas:

— Funcionamiento sobre la base del principio de solidaridad, que requiere, en particular, la no selección de los riesgos o la falta de equivalencia a título individual entre cotizaciones y prestaciones.

— Carácter polivalente y personalizado que integre las respuestas a las distintas necesidades, para garantizar los derechos humanos fundamentales y proteger a las personas más vulnerables.

— Ausencia de ánimo de lucro, especialmente para abordar las situaciones más difíciles y que se explican, a menudo, por motivos históricos.

— Participación de voluntarios y benévolos, expresión de una capacidad ciudadana.

— Integración marcada en una tradición cultural (local); en particular, esto se advierte en la proximidad entre el proveedor del servicio y el beneficiario, lo que permite tener en cuenta las necesidades específicas de este último.

— Relación asimétrica entre prestadores y beneficiarios, que no se puede asimilar a una relación «normal» de tipo proveedor-consumidor y que requiere la aplicación de la fórmula del pago por terceros (Comisión Europea, 2006) (1).

Así concebidos los servicios sociales, fácil es deducir la estrecha relación que la atención a la dependencia tiene con ellos.

Frente a los «poderosos» y socialmente bien considerados sistemas de sanidad y seguridad social, los servicios sociales han sido, y siguen siendo, la «hermanita pobre» de la protección social; todavía no han logrado desasirse del todo de la connotación asistencial que tuvieron antaño. El hecho de que hayan debido atender a los sectores de población más marginados y vulnerables, de las personas en situación de desventaja social, menos integradas socialmente, posiblemente les haya contaminado de la misma marginación y llevado a un cierto aislamiento en la consideración que la sociedad tiene de ellos, hecha la salvedad de aquellas personas o familias que, directa o indirectamente, los necesitan. Es cierto también que, dada la ingente problemática que los servicios sociales han de intentar solucionar, no cubierta por los sistemas de sanidad, seguridad social, empleo, vivienda o educación, y siendo insuficientes los recursos de que disponen para su remedio, los servicios sociales han debido quedarse forzosamente en prestaciones no exigibles jurídicamente al modo como son las de seguridad social, sanidad o educación.

De lo anterior se concluye que los servicios sociales, aun formando parte esencial del sistema de protección social público, se han caracterizado hasta época reciente por constituir un sistema o conjunto de prestaciones que obligaban a los poderes públicos sólo de forma relativa, en la medida en que tuvieran disponibilidad presupuestaria para hacer frente a las distintas prestaciones. De ahí su «debilidad» frente a otros sistemas más consolidados. Los servicios sociales, por otra parte, al estar en la vanguardia de la acción social, están llamados a dar las primeras respuestas a las necesidades sociales, respuestas que, con el tiempo, se hacen permanentes y son asumidas por otras ramas de protección social; ello les confiere un permanente carácter subsidiario que no siempre los hace todo lo visibles que convendría. Debilidad y subsidiariedad que son, con todo, relativas, pues la calidad del bienestar social en las sociedades desarrolladas no puede entenderse sin un sistema de servicios sociales sólidamente articulado.

IV. APORTACIÓN DE LA LAPAD A LOS SISTEMAS AUTONÓMICOS DE SERVICIOS SOCIALES

Una vez establecido que el SAAD creado por la LAPAD se encuentra íntimamente vinculado con los servicios sociales autonómicos, pues sólo a través de éstos puede ser gestionado y aplicado (LAPAD, artículos 14.2 y 16.1, entre otros), y teniendo en cuenta que se ha excluido también de los ámbitos sanitario y de seguridad social (razón por la cual no figuran como fundamento constitucional de la Ley el artículo 149.1.16 y 17 de la Constitución Española), cabe ahora preguntarse por los elementos novedosos que aporta la LAPAD a la atención a la dependencia dispensada por los mencionados servicios sociales. Se sintetizan a continuación los más relevantes.

1. Mayor garantía de las prestaciones de atención a la dependencia

Frente al carácter no exigible de las prestaciones de atención a la dependencia que concedían los sistemas autonómicos, la LAPAD es del todo explícita al establecer que el nuevo sistema creado «configura un derecho subjetivo que se fundamenta en los principios de universalidad, equidad y accesibilidad» (exposición de motivos), y que la Ley «tiene por objeto regular las condiciones básicas que garanticen la igualdad en el ejercicio del derecho subjetivo de ciudadanía a la promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia, en los términos establecidos en las leyes, mediante la creación de un Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia» (artículo 1.1). Sin lugar a dudas, ésta es la mayor aportación de la LAPAD. Se trata de una decisión legislativa arriesgada y no exenta de problemas, porque lo primero que necesita un sistema de protección social garantista es estar bien fundamentado en un sistema financiero sólido y estable. Si el legislador descartó integrar la dependencia en el ámbito de la seguridad social, de competencia únicamente estatal, para no gravar al Estado con los costes de su financiación (Cavas y Sempere, 2007: 68), hizo recaer el peso de ésta especialmente en las comunidades autónomas.

Consciente de ello la LAPAD, con el fin de hacer posible la garantía del derecho reconocido y su financiación adecuada, pone reiteradamente el acento en el *principio de coordinación y colaboración* entre administraciones públicas como uno de los pilares esenciales de la Ley: «La propia naturaleza del objeto de esta Ley requiere un compromiso y una actuación conjunta de todos los poderes e instituciones públicas, por lo que la coordinación y cooperación con las Comunidades Autónomas es un elemento fundamental», precisando que el objetivo consiste en «desarrollar, a partir del marco competencial, un modelo innovador, integrado, basado en la cooperación interadministrativa y en el respeto a las competencias» (exposición de motivos). La Ley crea el Consejo Territorial del SAAD, integrado por representantes de la Administración general del Estado y de las comunidades autónomas, como instrumento de cooperación para la articulación del nuevo sistema (artículo 8.1 y 10.1, entre otros), encomendándole importantes funciones de cooperación interadministrativa (artículo 8.2). Instrumentos importantes de cooperación son también los convenios entre el Estado y las comunidades autónomas (artículo 10).

¿Es suficiente el establecimiento de principios, medidas y cauces de coordinación o cooperación para garantizar el derecho subjetivo a unas prestaciones? A nuestro juicio no lo es, y ése es uno de los puntos débiles de la LAPAD. No se olvide que, en los convenios administrativos entre el Estado y las comunidades autónomas, puede aparecer un campo de incertidumbre que afecta a su posibilidad, solidez y a la corresponsabilidad financiera (Rodríguez Cabrero, 2007: 79).

2. Exteriorización de un número mayor de personas en situación de dependencia

Es un hecho indudable, y normal por otra parte, que la pro-

mulgación de la LAPAD aflorara la existencia de un crecido número de personas dependientes. No se olvide que la Ley vino acompañada de una intensa difusión mediática que generó grandes expectativas en la población. Nada mejor al respecto que ofrecer datos que avalen la anterior afirmación. A 1 de julio de 2011 se habían presentado 1.526.730 solicitudes para el reconocimiento de la situación de dependencia, lo que representa el 3,25 por 100 del total de la población española; el 93,64 por 100 de dichas solicitudes (1.429.627) había sido objeto de valoración y dictamen y 1.031.541 personas recibían prestaciones de servicios o económicas (SAAD, 2011). Para la mejor comprensión de las cifras anteriores ha de tenerse en cuenta que hasta enero de 2011, y en virtud de la aplicación progresiva de la LAPAD, sólo se reconocían derechos a los grandes dependientes y a los dependientes severos; es posible que personas en situación de dependencia moderada no presentaran solicitud de reconocimiento.

Las situaciones de dependencia que se han hecho más visibles corresponden a personas que estaban siendo atendidas en el ámbito familiar. Lo certifica el hecho de que, a la fecha antes indicada, el 46,43 por 100 del total de prestaciones concedidas (405.537 personas) recibía la prestación económica por cuidados en el entorno familiar.

3. Financiación mayor de la dependencia

La LAPAD ha abierto una nueva fuente de financiación por parte del Estado a las comunidades autónomas, bien a través del nivel mínimo de protección, que corre a cargo exclusivo del Estado, bien por medio del nivel acordado, cuya financiación comparten el Estado y las comunidades autónomas. Es esta una aportación de gran importancia de la Ley a los servicios sociales de atención a la dependencia (Alonso Seco, 2010c: 279ss).

Ello no significa que la LAPAD haya solucionado el problema de financiación de las distintas situaciones de dependencia, ni tampoco que procure, de hecho, un sistema de financiación «suficiente, estable y sostenible», tal como se predica en su exposición de motivos. Es sabido que la cuestión más discutida de la LAPAD ha sido precisamente su posibilidad real de financiación, sobre todo cuando se encuentre plenamente en vigor y los beneficios previstos en ella se hagan extensivos a los grandes dependientes, a los dependientes severos y a los moderados. Ahora bien, es claro que la financiación de la atención a la dependencia es ahora mayor que antes de la promulgación de la Ley.

4. Unificación del baremo para valoración de las situaciones de dependencia

Con anterioridad a la LAPAD existían distintos instrumentos para medir las situaciones de dependencia. Aunque con carácter nacional se encontraba el baremo para medir la «necesidad de tercera persona» que podían tener las personas con discapacidad (aprobado por el Real Decreto 1971/1999, de 23 de diciembre), cada comunidad autónoma disponía de su baremo particular para determinar si una persona mayor era «asistida» y, por lo mismo, precisaba ingresar en una residencia o un centro de día para mayores dependientes. Este hecho daba lugar a una evidente falta de homogeneización y de tratamiento de situaciones análogas.

La LAPAD, como era de esperar, estableció la obligatoriedad de un baremo único para todo el Estado, aprobado por el Gobierno, que midiera el grado y nivel de dependencia. Así como en los aspectos relativos a la financiación las discrepancias con las comunidades autónomas se pusieron de manifiesto desde el primer momento, en este punto prácticamente no surgió reticencia alguna. El baremo fue aprobado, después de ser acordado en el Consejo Territorial del SAAD, por Real Decreto 504/2007, de 20 de abril. La experiencia de su aplicación reveló determinadas insuficiencias, entre ellas el gran número de personas que resultaban con gran dependencia en relación con la menor incidencia de dependencias moderadas, así como su inadecuación para evaluar a las personas con discapacidad intelectual y mental. Por esta razón, se procedió a su modificación por el Real Decreto 174/2011, de 11 de febrero, reglamento que deroga definitivamente el Real Decreto 1971/1999, de 23 de diciembre, arriba citado. En ambas normas se aprueban, o modifican respectivamente, el baremo de evaluación de los grados y niveles de dependencia (BVD) y la escala de evaluación específica para los menores de tres años (EVE).

Esta unificación del baremo no se ha visto correspondida, como hubiera sido deseable, con la homogeneización de otros procedimientos, especialmente el de reconocimiento de la situación de dependencia o el de la concesión de prestaciones, ni con otras disposiciones tan importantes como las relativas al copago de los usuarios. Aunque en el Consejo Territorial se han adoptado criterios comunes, se ha concedido mucho margen a las comunidades autónomas para dictar los correspondientes reglamentos de desarrollo. En este aspecto, como en todo lo relativo a servicios sociales, existe todavía bastante he-

terogeneidad y dispersión normativa, que dificulta sobremanera la confección de pautas comunes.

5. Nuevas prestaciones económicas para atender la dependencia

La LAPAD no ha sido original en el establecimiento del catálogo de prestaciones de servicios de atención a la dependencia. Todos ellos, con excepción del genérico e indeterminado de «promoción de la autonomía personal», y quizá también del «centro de noche» (sólo hasta cierto punto, pues la función de este servicio ya la cumplían las residencias), se contemplaban con anterioridad en la normativa de las comunidades autónomas.

Con todo, la LAPAD ha introducido algunas novedades en las prestaciones económicas. La más solicitada, la *prestación de cuidados en el entorno familiar*, era ya dispensada por algunas comunidades autónomas, si bien no con el carácter de derecho subjetivo, ni con la obligación de que la persona cuidadora, salvo excepciones que se determinan reglamentariamente, estuviese dada de alta en la seguridad social mediante la firma de un convenio especial, cuyas cuotas asumía íntegramente la Administración general del Estado. La *prestación económica vinculada al servicio*, sea el servicio de residencia, de centro de día o de noche, o de ayuda a domicilio, es otra novedad; tiene por finalidad conceder una ayuda económica para el mantenimiento del servicio al que queda vinculada, siempre que éste no exista y hasta tanto no se pueda acceder a él; es una forma de reducir las amplias listas de demandas para plazas residenciales y de centro de día existentes hasta la fecha, y de posibilitar a las familias el ingreso en centros privados hasta que se disponga de recursos públicos o concertados. Finalmente, la *prestación económica de asistencia personal* es una ayuda destinada a personas con dependencia grave para que puedan llevar una vida independiente, en su domicilio o en su trabajo, de la manera más autónoma posible, mediante la contratación de un asistente personal.

V. ASUNCIÓN DE LA LAPAD EN LOS SISTEMAS AUTONÓMICOS DE SERVICIOS SOCIALES

A partir de la promulgación de la LAPAD se inició una operación de recepción de su contenido por los servicios sociales autonómicos; una operación compleja que ha requerido cambios significativos en aspectos referentes a los derechos, la organización y la financiación (Vilà, 2009: 103). Este hecho se ha puesto de manifiesto en las diez nuevas leyes autonómicas de servicios sociales aprobadas con posterioridad a la LAPAD (2). La vinculación entre el SAAD y los sistemas de servicios sociales autonómicos, a la que reiteradamente se ha venido aludiendo, se ha hecho más visible, si cabe, en estas leyes que en la propia LAPAD. La finalidad de ésta, sus principios rectores, sus prestaciones, el encuadramiento del SAAD en los servicios sociales autonómicos, así como aspectos relacionados con las competencias y funciones de los servicios sociales en relación con la atención a la dependencia, están explícitamente presentes en las nuevas leyes autonómicas de servicios sociales (Alonso Seco, 2010b: 210-232). A continuación, se presentan los aspectos más importantes: el encuadramiento del SAAD en los sistemas de servicios sociales autonómicos y la presencia de las prestaciones de la LAPAD en dichos sistemas.

1. Encuadramiento del SAAD en los sistemas de servicios sociales autonómicos

No basta con afirmar que la LAPAD ha influido decisivamente en los servicios sociales, cuestión, por otra parte, obvia; es preciso subrayar que su contenido ha sido asumido, integrado, en los sistemas autonómicos de servicios sociales. En unas ocasiones han sido las nuevas prestaciones establecidas en la LAPAD las que se han encuadrado en los sistemas autonómicos objeto de nueva configuración en dichas leyes, y en otras el propio Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia.

Así, la Ley de Servicios Sociales de Cantabria, en su exposición de motivos, afirma perseguir la configuración de un nuevo ámbito de protección social e instaurar un sistema de derechos de ciudadanía, fundamentado en los principios de igualdad y universalidad. Asimismo, manifiesta que dicho sistema responde a los mismos principios inspiradores que han motivado, por parte del Estado, un hecho de singular trascendencia, cual es el reconocimiento del derecho a la promoción de la autonomía personal y a la prevención y protección de las situaciones de dependencia (exposición de motivos). En similar sentido se pronuncia la Ley de Castilla y León (exposición de motivos).

Por su parte, la Ley de Servicios Sociales de Galicia explica que el modelo de servicios sociales existente con anterioridad en esa comunidad debe ser reemplazado por otro que integre la LAPAD, dado que en ésta se hacen efectivos nuevos derechos subjetivos en función de situaciones de dependencia, y corresponde al sistema gallego de servicios sociales su desarrollo y aplicación (exposición de motivos).

La Ley de Servicios Sociales del País Vasco va describiendo las razones por las que ha sido necesario modificar su anterior Ley de 1996, entre ellas el incremento de las necesidades de prevención y atención de la dependencia, el aumento de las necesidades de apoyo a las familias, asociado a un debilitamiento del apoyo social informal, la creciente incorporación de las mujeres al mercado laboral y la falta de asunción de roles de cuidado informal por parte de muchos hombres. Todo ello, según se lee en la exposición de motivos, explica la promulgación de la LAPAD, definida como un hito en el ámbito de los servicios sociales, toda vez que formaliza un derecho garantizado.

La Ley de Servicios Sociales de las Islas Baleares también valora la LAPAD, por cuanto considera que ha dado un nuevo impulso a los servicios sociales, ya que ha generado derechos subjetivos y ordenado racionalmente el sector y sus prestaciones. Por dicho motivo, se hace indispensable abordar su nueva regulación a través de una norma que reconozca la universalidad en el acceso a los servicios sociales; norma que, por una parte, responda a la realidad actual y que, por otra, avance hacia la consecución de lo que se ha denominado el «cuarto pilar» del Estado del bienestar, junto con la salud, la educación y el sistema de pensiones (exposición de motivos).

Más explícita es la Ley de Servicios Sociales de Cataluña, según la cual «las prestaciones en el ámbito de la atención a la dependencia y la vida autónoma se integran en el Sistema Catalán de Servicios Sociales, que deviene en un sistema único e integral en Cataluña» (exposición de motivos). Ese carácter explícito también se refleja en el articulado de la Ley, cuya disposición adicional quinta reconoce que «en el marco del sistema público de servicios sociales se configura una red de atención a la dependencia y la vida autónoma que comprende el conjunto de recursos, equipamientos, proyectos, programas, actividades y prestaciones de servicios, económicas y tecnológicas en este ámbito de atención y protección, como Sistema Catalán de Autonomía y Atención a la Dependencia, a los efectos del desarrollo y aplicación en Cataluña del Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia, creado con carácter general por la Ley del Estado 39/2006». El mismo artículo vincula la Red Pública para la Autonomía y la Atención a la Dependencia a la Red de Servicios Sociales de Atención Pública. En otras palabras, la Ley crea un sistema autonómico de autonomía y atención a la dependencia, pero lo conecta con el sistema de servicios sociales preexistente, con el objetivo de integrarlo en él (Capdevila i Palau, 2009: 30).

También la Ley de Servicios Sociales de Aragón es muy precisa y explícita, de forma parecida a la de Cataluña: «La efectiva implantación del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, cuya relevancia dentro del conjunto de los servicios sociales resulta evidente, exige una adecuación de la actual ordenación del sistema de servicios sociales de Aragón, dada su decisiva incidencia en la configuración del mismo» (exposición de motivos). Esa formulación se repite con más claridad en el articulado de la Ley, cuya disposición adicional sexta establece: «El Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia constituye un elemento fundamental del sistema público de servicios sociales de Aragón».

En el mismo sentido se pronuncia la Ley de Servicios Sociales de La Rioja. Crea el Sistema Riojano para la Autonomía Personal y la Dependencia, diferenciándolo del resto de servicios y prestaciones del Sistema Público Riojano de Servicios Sociales en función de la distinta forma de acceso a los mismos. En su artículo 3.3 afirma textualmente: «El Sistema Riojano para la Autonomía Personal y la Dependencia forma parte del Sistema Público Riojano de Servicios Sociales». En muy parecidos términos se expresa la Ley de Castilla-La Mancha, según la cual se hace necesario integrar el SAAD estatal en el sistema público autonómico de servicios sociales, sumando todo el potencial de recursos con los que aquél cuenta, porque la atención a la dependencia forma parte de este último (exposición de motivos y artículo 55.3).

Otras comunidades autónomas que todavía no han dado nueva redacción a sus leyes de servicios sociales también reconocen explícitamente, en su normativa específica de desarrollo de la LAPAD, la integración del SAAD en sus sistemas de servicios sociales. Es el caso de Andalucía y Asturias, por citar algunos ejemplos (3).

De todo lo expuesto con anterioridad se desprenden al menos tres conclusiones de interés: 1) la LAPAD ha sido integrada en la legislación autonómica de servicios sociales posterior a ella; 2) incluso algunas comunidades autónomas han creado su propio sistema de autonomía y atención a la dependencia, que integran en sus respectivos sistemas autonómicos de servicios sociales; 3) la LAPAD, por lo mismo, no sólo ha conseguido un importante efecto jurídico directo en la atención a la dependencia, sino otro, no por indirecto menos importante, a través de las legislaciones autonómicas de servicios sociales y otros reglamentos de desarrollo.

2. Las prestaciones de la LAPAD en los sistemas autonómicos de servicios sociales

Todas las prestaciones de la LAPAD se encuentran presentes en los sistemas autonómicos de servicios sociales. El desarrollo del SAAD no ha supuesto la creación de una red paralela de atención a la dependencia, sino el crecimiento de las prestaciones de dependencia dentro de la red actual de servicios sociales, eso sí, reformada, ampliada y evitando al mismo tiempo la reducción del amplio conjunto de los servicios sociales al sistema de dependencia. Se dedica este epígrafe a describir cómo el carácter subjetivo de las prestaciones de la LAPAD, integradas todas ellas en las recientes leyes autonómicas de servicios sociales, ha llevado a éstas a ofrecer a una nueva clasificación de sus diferentes prestaciones, que, sustancialmente, se dividen en dos grandes grupos: prestaciones *garantizadas*, cuando son plenamente exigibles por su naturaleza jurídica de derecho subjetivo, y prestaciones *no garantizadas*, cuando no son exigibles porque su concesión está sujeta a disponibilidades presupuestarias.

La primera comunidad autónoma en establecer prestaciones exigibles fue Navarra (2004), que las llamó prestaciones *garantizadas*. Se definen en la Ley de esta Comunidad como prestaciones «exigibles como derecho subjetivo en los términos establecidos en la cartera de servicios sociales, que señalará los requisitos de acceso a cada una de ellas y el plazo a partir del cual dicho derecho podrá ser exigido ante la Administración una vez reconocido, pudiendo, en caso de no ser atendido por ésta, hacerse valer ante la Jurisdicción Contencioso-Administrativa» (artículo 19.2). El mismo nombre de garantizadas han dado a estas prestaciones de derecho subjetivo otras comunidades autónomas: Cantabria (2007), Cataluña (2008), Islas Baleares (2009) y Castilla-La Mancha (2010). Han introducido, de paso, algunos matices, tales como el requisito de evaluación profesional previa y de una prueba objetiva que acredite su necesidad (Cataluña, Galicia, Islas Baleares), y especialmente la naturaleza de ampliables que tienen los créditos a ellas destinados (Aragón, Cantabria, Cataluña, Islas Baleares, Navarra), aspecto este último que es uno de los que mejor acreditan el carácter de derecho subjetivo de estas prestaciones. Las Leyes de Galicia (2008), Aragón (2009) y Castilla y León (2010) reconocen tales prestaciones como *esenciales*, dando a este adjetivo el mismo alcance y significado que al de *garantizadas*. En todas las leyes autonómicas de servicios sociales antes citadas, las prestaciones de la LAPAD contenidas en ellas tienen, pues, la naturaleza de prestaciones garantizadas o esenciales.

En contraposición a las garantizadas, las leyes autonómicas de Navarra, Cataluña, Cantabria e Islas Baleares establecen prestaciones *no garantizadas*. La definición que da la Ley de Cataluña puede valer para todas ellas: prestaciones exigibles sólo en el caso de que exista crédito presupuestario disponible, y aplicando los principios objetivos de prelación y concurrencia, y no exigibles en caso contrario. La Ley de Galicia las llama prestaciones *normalizadoras*, con el mismo sentido que tienen en las anteriores comunidades autónomas; la de Aragón, prestaciones *complementarias*; la de Castilla y León, prestaciones *no esenciales,* y la de Castilla-La Mancha, prestaciones de *acceso condicionado* al cumplimiento de determinados requisitos y a la disponibilidad presupuestaria.

VI. PROYECCIÓN DEL CARÁCTER GARANTISTA DE LA LAPAD HACIA LOS SERVICIOS SOCIALES AUTONÓMICOS

Como quedaba escrito líneas más arriba, los servicios sociales han representado tradicionalmente la «hermanita pobre» del sistema de protección social, debido, en buena parte, al carácter no exigible de sus prestaciones. En este último apartado se apuntan algunos datos que avalan el cambio radical que, en este sentido, ha supuesto la LAPAD; no ya sólo porque haya establecido prestaciones de atención a la dependencia de derecho subjetivo, exigibles, que son de aplicación al sector de los servicios sociales, sino porque en este ámbito de la protección social se ha llegado a la conclusión de que también otras prestaciones de servicios sociales, distintas de las de atención a la dependencia, deben tener la misma connotación de derecho subjetivo y estar plenamente garantizadas para los usuarios de servicios sociales, siempre que reúnan los requisitos legal o reglamentariamente establecidos. Este hecho ha supuesto un importantísimo giro en la concepción de los servicios sociales, y parece claro que su principal punto de arranque se encuentra en la LAPAD; principal, no exclusivo, porque algunos sistemas autonómicos de servicios sociales ya habían configurado algunas prestaciones, específicas de ellos y no de otros sistemas (la renta mínima de inserción, por ejemplo), que tenían la consideración de derecho subjetivo.

Todas las nuevas leyes de servicios sociales autonómicas hacen referencia a la *cartera o catálogo de servicios sociales*. Algunas (Cantabria, La Rioja, por ejemplo) la incluyen en la Ley, pero lo más frecuente es la remisión a su aproba-

ción reglamentaria (Navarra, Cataluña, La Rioja, Islas Baleares y Aragón ya lo han hecho). En dichas carteras no sólo se contemplan las prestaciones garantizadas de la LAPAD, sino otras que no figuran en ella, además de las prestaciones no garantizadas.

Como ejemplos de las *prestaciones de servicio garantizadas autonómicas no previstas en la LAPAD* se encuentran, entre otras, las siguientes:

— Teleasistencia para las personas mayores de 80 años (Castilla y León), para las personas mayores de 70 años que vivan solas (Castilla-La Mancha) y para las mujeres afectadas por violencia de género (Cataluña).

— Ayuda a domicilio (Cataluña).

— Atención a la familia o unidad de convivencia (Cantabria, Castilla-La Mancha, Cataluña, Navarra) y puntos de encuentro para favorecer la relación entre padres e hijos (Cataluña).

— Acogimiento familiar y residencial a menores declarados en situación de desamparo o desprotección grave (Castilla-La Mancha, Castilla y León, Navarra, Cantabria).

— Centros de día y de noche para menores en situación de riesgo o desprotección moderada (Cantabria, Cataluña).

— Atención temprana dirigida a niños con discapacidad o con riesgo de padecerla (Cantabria, Castilla-La Mancha, Castilla y León, Cataluña, Navarra).

— Protección jurídica y ejercicio de la tutela de las personas mayores de edad incapacitadas legalmente y que se encuentren en situación de desamparo (Castilla y León, Cataluña, Galicia).

— Atención en centro de día que garantice, con continuidad a la del sistema educativo, el proceso de integración social y laboral de las personas con discapacidad, una vez culminados los ciclos educativos a los que puedan acceder (Castilla y León).

— Transporte adaptado desde el domicilio habitual a los centros de día, de noche, de empleo y ocupacionales (Cantabria).

— Alojamiento temporal para situaciones de urgencia social (Cataluña, Castilla-La Mancha), residencia temporal para personas adultas en situación de exclusión social (Cataluña).

— Comedor social para personas en situación de grave riesgo social (Cataluña).

— Atención residencial a personas con discapacidad física, intelectual y mental, con necesidad de apoyo extenso (Cataluña, Navarra).

— Intérprete de lengua de signos española para personas con grave discapacidad auditiva, y mediador en lengua extranjera para personas con grave dificultad de comprensión de la lengua española (Cantabria).

Como ejemplos de las *prestaciones económicas garantizadas autonómicas no previstas en la LAPAD* se encuentran, entre otras, las siguientes:

— Renta mínima de inserción o denominación equivalente (todas las comunidades autónomas).

— Emergencia social (Cantabria, Castilla y León, Galicia, Navarra).

— Prestación destinada a familias numerosas (Castilla-La Mancha).

— Prestación complementaria para perceptores de pensión no contributiva de invalidez o jubilación (Cataluña), prestación económica complementaria de la prestación por hijo a cargo (Cantabria, Cataluña).

— Prestación económica a personas o familias acogedoras de menores de edad (todas las comunidades autónomas).

— Prestación económica a jóvenes extutelados (Cantabria, Cataluña).

— Prestación económica para la promoción de la vida autónoma (Cantabria).

— Prestación económica de carácter universal por parto, adopción o acogida múltiple (Cataluña).

— Prestación para atender las necesidades básicas de personas mayores de 65 años (Cataluña).

— Ayudas económicas para gastos de libre disposición a personas que reciben tratamiento en comunidad terapéutica (Navarra).

— Ayudas económicas de apoyo a la integración familiar y social (Navarra).

El catálogo de prestaciones garantizadas, con independencia de las que ya figuran en la LAPAD, y que también se recogen en la normativa autonómica es, como puede verse, extenso. Es previsible que, progresivamente, pueda ampliarse dicho elenco de prestaciones, con lo cual se irá conformando un sistema de prestaciones de servicios sociales que, abandonando su carácter graciable, consiga la mayoría de edad. El influjo que ha tenido la LAPAD en todo este proceso ha sido, sin lugar a dudas, verdaderamente determinante. Una

de las grandes aportaciones que, de facto, ha tenido la LAPAD sobre los sistemas autonómicos de servicios sociales ha sido su efecto expansivo, dotándolos de una mayor garantía jurídica, y no sólo en lo que se refiere a prestaciones de atención a la dependencia, sino también a otras prestaciones de servicios sociales no relacionadas con la dependencia.

VII. CONCLUSIONES

De lo escrito en las páginas anteriores cabe extraer algunas conclusiones, que se sintetizan brevemente a continuación:

1. La LAPAD ha sido una de las leyes sociales más importantes que, en el ámbito de la protección social, se han promulgado en nuestro país en los últimos años. Solicitada por todos los estamentos sociales, la Ley era del todo necesaria para dar mayor impulso a la atención del creciente número de personas dependientes.

2. El legislador, abandonando otras opciones también posibles, en especial su inclusión en el sistema de seguridad social, optó por crear un sistema de protección autónomo (el SAAD), pero vinculándolo muy estrechamente con los sistemas de servicios sociales autonómicos, que finalmente han terminado incluyéndolo en ellos.

3. Tanto la LAPAD como el SAAD han aportado mucho a los sistemas de servicios sociales, especialmente en lo que se refiere a garantía jurídica de las prestaciones, a financiación, a unificación de sistemas de evaluación y al establecimiento de nuevas prestaciones económicas.

4. Todas las prestaciones de la LAPAD han sido incluidas como prestaciones de servicios sociales en las diez nuevas leyes autonómicas de servicios sociales que han sido promulgadas con posterioridad a la LAPAD, así como en los reglamentos autonómicos de desarrollo de aquélla.

5. Pero la LAPAD no sólo se ha integrado en las leyes autonómicas de servicios sociales, sino que el carácter garantista de sus prestaciones y la consideración como prestaciones de derecho subjetivo, se han extendido a otras prestaciones de servicios sociales distintas a las de atención a la dependencia. Por eso puede afirmarse que la LAPAD ha tenido, y seguirá teniendo, sin lugar a dudas, un efecto expansivo sobre toda la legislación autonómica de servicios sociales.

6. El efecto expansivo antes citado tiene también su cara más incierta: así como la aplicación de la LAPAD presenta importantes problemas de financiación, también los tendrán las prestaciones garantizadas de servicios sociales, sean o no de atención a la dependencia, que concedan las comunidades autónomas.

NOTAS

(1) También conviene anotar la definición que da Demetrio Casado de los servicios sociales: «la rama de actividades que tiene como objetivo mediato el bienestar individual y social, para el presente y el futuro, que procura sobre todo mediante la ayuda personal polivalente, al servicio de la cual provee prestaciones individuales y otras actividades, ambas de carácter técnico (no monetarias desvinculadas), formalizadas en algún caso y producidas y dispensadas mediante diversos regímenes institucionales» (CASADO y FANTOVA, 2007: 36).

(2) Las leyes autonómicas a que se hace referencia son las siguientes:

— Navarra: Ley Foral 15/2006, de 14 de diciembre, de Servicios Sociales.

— Cantabria: Ley 2/2007, de 27 de marzo, de Derechos y Servicios Sociales.

— Cataluña: Ley 12/2007, de 11 de octubre, de Servicios Sociales.

— Galicia: Ley 13/2008, de 3 de diciembre, de Servicios Sociales de Galicia.

— País Vasco: Ley 12/2008, de 5 de diciembre, de Servicios Sociales del País Vasco.

— Aragón: Ley 5/2009, de 30 de junio, de Servicios Sociales de Aragón.

— Islas Baleares: Ley 4/2009, de 11 de junio, de Servicios Sociales de las Islas Baleares.

— La Rioja: Ley 7/2009, de 22 de diciembre, de Servicios Sociales de La Rioja.

— Castilla-La Mancha: Ley 14/2010, de 16 de diciembre, de Servicios Sociales de Castilla-La Mancha.

— Castilla y León: Ley 16/2010, de 20 de diciembre, de Servicios Sociales de Castilla y León.

(3) Decreto 168/2007, de 12 de junio, artículo 3 (Junta de Andalucía); Decreto 68/2007, de 14 de junio, artículo 3.1 (Gobierno del Principado de Asturias).

BIBLIOGRAFÍA

ALONSO SECO, J. M. (2005), «Servicios sociales y atención a la dependencia», *Trabajo Social Hoy*, 2º semestre.

— (2007), «Mejoras jurídico-institucionales en los servicios sociales», en CASADO, D. y F. FANTOVA (coords.), *Perfeccionamiento de los servicios sociales en España. Informe con ocasión de la Ley sobre autonomía y dependencia*, Fundación Foessa y Caritas, Madrid.

— (2010a), «Integración de la dependencia en los sistemas públicos de protección social», en ALEMÁN BRACHO, C.; ALONSO SECO, J. M., y P. FERNÁNDEZ SANTIAGO (coords.), *Dependencia y servicios sociales*, Aranzadi, Cizur Menor.

— (2010b), «Atención a la dependencia y sistemas autonómicos de servicios sociales», en ALEMÁN BRACHO, C.; ALONSO SECO, J. M., y P. FERNÁNDEZ SANTIAGO (coords.), *Dependencia y servicios sociales*, Aranzadi, Cizur Menor.

— (2010c), «Financiación de la atención a la dependencia», en ALEMÁN BRACHO, C.; ALONSO SECO, J. M., y P. FERNÁNDEZ SANTIAGO (coords.), *Dependencia y servicios sociales*, Aranzadi, Cizur Menor.

ALONSO SECO, J. M., y C. ALEMÁN BRACHO (2010), «El sistema de atención a la dependencia y los servicios sociales», en: ALEMÁN BRACHO, C.; ALONSO SECO, J. M., y P. FERNÁNDEZ SANTIAGO (coords.), *Dependencia y servicios sociales*, Aranzadi, Cizur Menor.

ALONSO-OLEA GARCÍA, B. (2011), «El sistema para la autonomía y atención a la dependencia», en ALONSO-OLEA GARCÍA, B. y M. MEDINA GONZÁLEZ, *Derecho de los servicios públicos sociales,* Aranzadi, Cizur Menor.

CAPDEVILA I PALAU, C. (2009), «El desarrollo de la Ley de Dependencia en Catalunya», *Presupuesto y Gasto Público*, 56.

CASADO, D., coord. (2011), *Leyes de servicios sociales del siglo XXI*, Fundación FOESSA y Caritas, Madrid.

CASADO, D., y F. FANTOVA, F., coords. (2007), *Perfeccionamiento de los servicios sociales en España. Informe con ocasión de la Ley sobre autonomía y dependencia*, Fundación Foessa y Cáritas, Madrid.

CAVAS MARTÍNEZ, F., y A. V. SEMPERE NAVARRO (2007), *Ley de dependencia. Estudio de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, sobre Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia*, Aranzadi, Cizur Menor.

COMISIÓN EUROPEA (2006), *Comunicación COM (2006) 177 final*, *Aplicación del programa comunitario de Lisboa: Servicios sociales de interés general en la Unión Europea*.

CONSEJO DE EUROPA (1998), *Recomendación (98) 9, de 18 de septiembre, del Comité de Ministros a los Estados miembros, relativa a la dependencia*.

DEFENSOR DEL PUEBLO (2000), *La atención sociosanitaria en España: perspectiva gerontológica y otros aspectos conexos*, Defensor del Pueblo, Madrid.

MONEREO PÉREZ, J. L., dir. (2007), *La protección jurídica de las situaciones de dependencia: estudio sistemático de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia*, Comares, Granada.

MONTOYA MELGAR, A., dir. (2007), *Protección de las personas dependientes: comentario a la Ley 39/2006, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia*, Aranzadi, Cizur Menor.

RODRÍGUEZ CABRERO, G. (2007), «La protección social de la dependencia en España. Un modelo *sui generis* de desarrollo de los derechos sociales», *Política y Sociedad*, 44, número 2.

SEMPERE NAVARRO, A., y P. CHARRO BAENA (2008), *La Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, desarrollo reglamentario y normas autonómicas*, Aranzadi, Cizur Menor.

SISTEMA PARA LA AUTONOMÍA Y ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA –SAAD (2011), *Datos de gestión* (www.dependencia.imserso.es/dependencia_01/index.htm).

VILÀ, A. (2009), *Tendencias de la nueva legislación de los servicios sociales*, EAPN España, Madrid.

EL COPAGO EN LA LEY DE PROMOCIÓN DE LA AUTONOMÍA PERSONAL Y ATENCIÓN A LAS PERSONAS EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA:

COSTES E IMPACTO EN LAS RENTAS DE LOS USUARIOS

Julia MONTSERRAT CODORNIU

Universidad de Girona

Resumen

El copago, como instrumento de participación de los usuarios en la financiación del coste de las prestaciones públicas, es una política que permite aumentar los ingresos sin tener que recurrir a incrementos de los impuestos generales. Este artículo analiza el modelo de copago establecido en la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia (LAPAD), y recoge los resultados de un estudio sobre el impacto de los copagos en la financiación del coste de las prestaciones y su incidencia en la renta de los usuarios.

Palabras clave: copago, dependencia, protección social, equidad, envejecimiento.

Clasificación JEL: I38, J14.

Abstract

Co-payment, as an instrument of participation by users in the financing of the cost of public benefits, is a policy that helps to increase revenue without having to resort to increases in general taxes. This article analyses the mechanism of the co-payment model established in the Law of Promotion of Personal Autonomy and Care for Dependent Persons and presents the results of a study of its impact on the financing the cost of benefits and on the income of users.

Key words: co-payment, dependency, social protection, equity, ageing.

JEL classification: I38, J14.

I. EL COPAGO: TEMA DE DEBATE EN LA FINANCIACIÓN DEL GASTO PÚBLICO

EL copago es, en la actualidad, un tema de debate sobre la financiación de la política social de nuestro país. En los medios de comunicación aparecen con bastante frecuencia los resultados de encuestas e informes realizados sobre la conveniencia de introducir el copago en los servicios sanitarios. Sin que tenga tanta resonancia, también está presente el debate sobre la contribución de los usuarios a la financiación del sistema de prevención, promoción de la autonomía y atención a las personas en situación de dependencia.

Algunos argumentos a favor y en contra del copago en la atención a la dependencia

La LAPAD (Ley 39/2006, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia) configura un *modelo de financiación mixto de responsabilidad público-privada*, en el que una parte del coste es soportada por la Administración pública, y la otra parte por el usuario cuando utiliza servicios o percibe prestaciones en metálico.

Los ingresos vía copago constituyen una fuente adicional y complementaria a la recaudación impositiva, si bien ambas fuentes de financiación presentan características diferentes. El mecanismo del copago implica la introducción del principio del beneficio en la financiación pública, «quien paga es quién se beneficia de servicio», al contrario de cuando se pagan impuestos, que «no todo el que paga recibe el servicio». La coparticipación del usuario en el coste de los servicios públicos trata de relacionar directamente, a diferencia de los impuestos generales, los pagos realizados con los beneficios recibidos.

La teoría de la corresponsabilidad de los individuos para financiar los gastos públicos cada vez adquiere mayor fuerza, aunque también tiene sus detractores. Entre las ventajas de utilizar mecanismos de copago respecto a incrementos de la financiación vía impuestos se citan las siguientes: *a)* mayor visibilidad de los costes del servicio y de los beneficios asociados a éstos; *b)* mayor racionalización del gasto en las decisiones individuales respecto a la elección de los servicios, y *c)* tendencia a reducir el exceso de consumo que se puede producir cuando los servicios son gratuitos. En definitiva, el usuario sabe lo que cuesta y cuánto tiene que

pagar para la consecución de uno u otro servicio.

Entre los argumentos que se esgrimen en contra de la utilización de los copagos se citan: *a)* existe la posibilidad de discriminar el acceso a los servicios para aquellos usuarios con rentas bajas; *b)* los costes de gestión de los copagos pueden ser elevados; *c)* la capacidad de escoger entre servicios alternativos puede ser nula o casi nula, y *d)* posible inducción a incrementos en los precios que fijan los proveedores privados.

Algunos autores argumentan que el principio del copago como elemento que racionaliza el gasto no es aplicable en los servicios de atención a la dependencia, ya que la demanda de las prestaciones es prácticamente inelástica (los servicios se demandan en función de la necesidad, y no según el precio) y la elección de las prestaciones no se determina exclusivamente por el individuo, sino que está dirigida por un profesional de la Administración.

El coste de la burocracia es otro de los argumentos en contra del copago en las prestaciones de atención a la dependencia. El establecimiento de mecanismos de copago relacionados con el nivel de renta lleva implícitos problemas de tipo operativo y administrativo, como son: la determinación de la capacidad económica de los individuos, la asignación del peso que suponen las cargas familiares, la consideración o no del patrimonio del individuo, la fiabilidad de los datos de las rentas o la justificación de determinadas situaciones personales, entre otros. Todo ello lleva asociada una carga administrativa considerable, que puede hacer detraer una parte importante de los recursos que, de no existir el copago, podría ser destinada a los costes directos de la atención.

La doble tributación es otro de los argumentos en contra del mecanismo de copago. Se dice que, si los usuarios ya han pagado sus impuestos, no hay motivos para cargarles con otro pago cuando precisamente la mayor parte de los individuos (mayores de 65 años) están en una situación en la que no pueden generar rentas. Este argumento adquiere más fuerza si los copagos derivados de la LAPAD son gravosos para los usuarios.

En definitiva, la corresponsabilidad de los individuos en la financiación de los servicios públicos puede plantearse como un elemento de concienciación del individuo (copago mínimo) o como un instrumento de recaudación para aminorar el gasto público. El modelo de financiación óptimo sería aquél que combinase la responsabilidad pública y la privada de forma que se alcanzase el efecto redistributivo implícito en la tributación y la racionalidad del gasto, sin que ello tuviese un impacto negativo en las rentas de los usuarios. En general, copagos reducidos y con pocas excepciones pueden ser útiles para favorecer la corresponsabilidad de los individuos, pero no al revés, ya que ello puede provocar un efecto negativo en las rentas de los usuarios.

II. MODELO DE FINANCIACIÓN DE LA LAPAD

La Ley 39/2006, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia (LAPAD), que entró en vigor en enero del 2007, introdujo el derecho universal de acceso a un sistema de prestaciones a toda persona en situación de dependencia. La Ley supone una ampliación del modelo de protección social existente hasta ese momento, en la medida en que las comunidades autónomas habían ido desarrollando con anterioridad beneficios sociales para las personas en situación de dependencia.

La principal novedad de la LAPAD es instituir la universalidad en el acceso a las prestaciones, con independencia del nivel de rentas de los individuos. De esta forma, se diferencia de los modelos autonómicos previos, que eran de carácter asistencial y que beneficiaban sólo a las personas con menos recursos económicos.

Sin embargo, se observa una cierta contradicción entre la previsión del crecimiento del gasto público realizado en la LAPAD y el modelo de financiación establecido. Así, mientras se prevé un incremento del gasto público considerable, de casi un punto del PIB (pasa del 0,24 por 100 al 1-1,2 por 100 del PIB), el Gobierno no establece mecanismos de presión fiscal adicionales para compensar dicho gasto. Los argumentos que sostuvo para justificar su comportamiento fueron básicamente tres:

1) Una parte de los superávits financieros de los Presupuestos Generales del Estado se destinarían a compensar a las comunidades autónomas por el incremento del gasto que supusiera el incremento de demanda de las prestaciones derivada de la universalidad de la Ley.

2) La red de servicios necesaria para atender a las personas en situación de dependencia se desarrollaría a partir de la estructura de centros/servicios que ya existía en las comunidades autónomas antes de la nueva ley.

3) Una tercera parte del gasto público de la atención las personas beneficiarias de la LAPAD se

recuperaría a través de los copagos de los usuarios.

El primer argumento era fruto de la situación económica en el momento de aprobación de la Ley. Eran tiempos de «bonanza económica». De forma que, en los últimos cinco años, los Presupuestos Generales del Estado se liquidaban con superávit. Nada hacía presagiar una situación de crisis económica como la actual, con un descenso continuado y creciente de los ingresos fiscales que ha incluido déficits presupuestarios.

El segundo argumento es consecuencia de asentar la red pública de centros y servicios de atención a la dependencia sobre las redes creadas previamente por las comunidades autónomas por iniciativa propia. Por tanto, sólo se debería financiar el gasto adicional (gasto nuevo) impulsado por la LAPAD, ya que el gasto correspondiente a los servicios instituidos anteriormente se presuponía que era un gasto consolidado en el presupuesto de las comunidades autónomas. Esta presunción supone una reducción considerable de la necesidad de financiación adicional.

En cuanto al tercer argumento, este artículo trata de analizar si la disminución de la necesidad de financiación pública por la recuperación mediante copago está justificada de acuerdo con las fuentes de información disponibles hasta este momento.

Objetivos del modelo de financiación de la Ley 39/2006

La LAPAD establece un modelo de financiación transitorio (2007-2015) de colaboración financiera entre la Administración general del Estado (AGE) y las administraciones de las comunidades autónomas con la colaboración de los usuarios. Es un modelo de financiación transitorio porque, hasta que la Ley esté completamente implantada, se establece un sistema de financiación «peculiar» en donde la AGE financia a las comunidades autónomas a través de transferencias finalistas, en lugar de hacerlo a través de la transferencia general, según el modelo financiación autonómica, tal y como se realiza con el resto de los servicios sociales.

La colaboración financiera de la AGE con las comunidades autónomas se realiza a través de dos tipos de transferencias (art. 7 de la LAPAD): el *nivel mínimo* y el *nivel acordado*. El *nivel mínimo* es una financiación garantizada por la AGE en función del número de personas beneficiaras y según su grado y nivel de dependencia, mientras que el *nivel acordado* es un importe adicional y discrecional para contribuir a los gastos de las comunidades autónomas en el desarrollo de la Ley 39/2006.

El objetivo de las transferencias finalistas de la AGE a las comunidades autónomas es impulsar el desarrollo de la Ley en los territorios. La aportación de la comunidad autónoma en la financiación del gasto «nuevo» será, anualmente, al menos igual que la de la AGE (art 32). Por ello, las transferencias finalistas a través del *nivel mínimo* y el *nivel acordado* condicionan a las comunidades autónomas a incrementar el gasto que ya venían realizando antes de la Ley.

Paralelamente, la LAPAD establece la participación de los usuarios en la financiación del coste de las prestaciones (art 33). La finalidad de introducir el copago en las prestaciones de la dependencia es recaudatoria, ya que pretende disminuir el gasto público del Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia.

La memoria económica de la Ley prevé la colaboración financiera entre los tres participantes, de forma que el importe del «gasto nuevo» se distribuye paritariamente entre la AGE, las comunidades autónomas y los copagos de los usuarios.

III. EL MODELO DE LA CONTRIBUCIÓN DE LOS USUARIOS EN LA LEY 39/2006

La LAPAD establece, en su artículo 33, la colaboración de los usuarios en la financiación del Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD), señalando que la participación del usuario se aplicará tanto en las prestaciones en servicios como en las prestaciones económicas. Con carácter general, se denomina «copago» a la contribución de los usuarios financiar el coste de las prestaciones.

La LAPAD establece los elementos comunes que han de cumplir los modelos autonómicos de copago, pero la concreción del mecanismo del copago radica en las respectivas comunidades autónomas, al tener éstas la competencia plena en los servicios sociales en los que se integran los servicios de protección social de autonomía, prevención y atención a la dependencia. En sentido estricto, no se puede hablar de un único modelo, sino que, en realidad, existen tanto modelos como comunidades autónomas aunque algunos de ellos sean muy similares.

Dentro del marco de referencia general establecido en la LAPAD, las comunidades autónomas en el seno del Consejo Territorial, acordaron respetar un conjunto de

principios comunes en el establecimiento de su modelo de copago, con el fin de reducir las diferencias en las cuotas de los usuarios según el territorio donde estén domiciliados. Dicho acuerdo, de 27 de noviembre de 2008, se hizo público mediante la Resolución de 2 de diciembre de 2008.

Los elementos comunes establecidos en la LAPAD y los principios incluidos en la Resolución de 2/12/2008 hacen referencia a la determinación de la capacidad económica de los usuarios y a los criterios de participación económica del beneficiario en las prestaciones del Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia.

La capacidad económica de los beneficiarios

La determinación de la capacidad económica de la persona beneficiaria constituye el fundamento sobre el que pivotará el cálculo de la cuantía a pagar. Por ello, la LAPAD establece que la capacidad económica de los beneficiarios se determina en función de su renta y su patrimonio.

Uno de los elementos clave de la capacidad económica es que sólo se debe imputar la que corresponde a la de la persona beneficiaria. Dado que el documento base para la determinación de la capacidad económica es la declaración del IRPF, en el caso de un beneficiario con cónyuge en régimen de gananciales, o que haya realizado la declaración del IRPF según la modalidad conjunta, se le imputará la mitad de la renta calculada según los criterios de la LAPAD. La ley añade que se podrán tener en cuenta las cargas familiares, dejando a las comunidades autónomas la concreción de dicha deducción.

En cuanto a la determinación del patrimonio, la LAPAD considera que se deberá imputar unos «rendimientos» modulados en función de la edad. Así, se imputa el 5 por 100 del valor del patrimonio calculado si el beneficiario tiene más de 65 años, un 3 por 100 si tiene entre 35 y 65 años de edad, y un 1 por 100 a los menores de 35 años.

1. *La complejidad en la determinación de la capacidad económica*

El modelo de copago de la Ley de Dependencia es bastante burocrático, ya que el nivel de renta de la persona beneficiaria no puede obtenerse directamente de las declaraciones del IRPF. Se debe realizar una declaración paralela en la que se excluirán algunos ingresos (por ejemplo, ganancias y pérdidas patrimoniales), y se incluirán otros no tributables en el IRPF (por ejemplo, prestaciones de gran invalidez o aquellas otras no sujetas a IRPF). Asimismo, las prestaciones de análoga naturaleza —aquellas derivadas de otros regímenes de protección social, como son los complementos de ayuda a tercera persona— no se deben imputar como ingreso en el cálculo de la capacidad económica, pero, en cambio, se deberán deducir en los importes de las prestaciones económicas o aportarlas en el copago correspondiente si la prestación fuese en servicios.

A ello se añade que no todos los individuos están obligados a presentar declaración de IRPF, o que quienes están obligados a veces no la hacen; en otros casos, las circunstancias económicas del individuo cambian de manera drástica de un ejercicio a otro, de forma que la capacidad económica descrita en la declaración del IRPF no se parece a la realidad actual de esa persona. Ello lleva a que la Administración responsable de calcular el copago deba solicitar a la persona beneficiaria comprobantes de ingresos para la correspondiente estimación de su renta, convirtiéndose en «gestores», con el riesgo de error que ello comporta.

La burocracia en la determinación del copago alcanza su grado máximo cuando se trata de valorar el patrimonio de la persona, para lo que se aplican criterios de un impuesto (el Impuesto sobre el Patrimonio) que está «inactivo», y cuyas reglas de valoración son sumamente complejas. Pero el problema más importante es «detectar» el patrimonio, pues, al no existir una declaración oficial como en el caso del IRPF, la Administración tiene que solicitar los datos al beneficiario o buscarlos por medios indirectos, con la dificultad añadida de que determinados tipos de patrimonio son difíciles de detectar y valorar. En definitiva, todas estas circunstancias incidirán en copagos que no reflejan la realidad económica y que pueden dar lugar a agravios comparativos entre usuarios.

La burocracia también se manifiesta cuando intervienen dos administraciones en la determinación del copago, por ejemplo, la Administración autonómica y la corporación local. Entre otros, se observan problemas en la distribución de deducciones o en la determinación de la renta mínima que debe recibir el beneficiario. De hecho, el coste de la burocracia en el cálculo de los copagos de los usuarios no se valora y, además, no se considera como un ingreso negativo en las estimaciones de su recaudación. En consecuencia, puede representar un coste importante para la Administración y ser una fuente de

agravios comparativos entre las personas beneficiarias.

2. *La determinación de la cuota a pagar (copago)*

El acuerdo recogido en la Resolución de 2 de diciembre de 2008 establece los principios comunes que deben respetar las comunidades autónomas en el diseño de su propio modelo. Los principios hacen referencia a conceptos como el precio de referencia, la escala de gravamen, la garantía de una renta mínima, la garantía de una prestación mínima en determinados casos y la exención de gravar determinadas rentas. No obstante, hay un principio general: que nadie puede quedar excluido de los beneficios de la Ley en función de su capacidad económica.

La forma de determinación del copago difiere según sean prestaciones en servicios o prestaciones económicas. En las prestaciones en servicios, el usuario paga un porcentaje de su renta hasta el límite del precio del servicio (precio tope). En cambio, en las prestaciones económicas, el usuario paga un porcentaje de la cuantía de la prestación. Mientras que la modalidad en el copago de los servicios es similar al mecanismo que se emplea en la tributación del IRPF, la modalidad en las prestaciones económicas es la que se utiliza en el establecimiento de precios en el sector privado.

El acuerdo establece unos límites y unas condiciones a respetar que son diferentes según sean prestaciones en servicios o prestaciones económicas, aunque los conceptos son similares. Ellos son los siguientes:

a) *Precio de referencia*. Las comunidades autónomas deberán establecer su precio de referencia del coste de los servicios. En las prestaciones económicas será la cuantía máxima aprobada por el Gobierno, mientras que en los servicios se deberá diferenciar el módulo asistencial del módulo hotelero.

b) *Escala de gravamen*. Incluye dos conceptos: los tipos máximos y los mínimos, y la modalidad de la escala de gravamen.

— En las prestaciones en servicios se establecen tipos máximos y mínimos de la escala de gravamen según el tipo de prestación. Así, en los servicios residenciales oscilará entre el 70 y el 90 por 100, y en el resto de servicios no institucionalizados la escala de gravamen oscila entre el 10 y el 65 por 100 de la capacidad económica del beneficiario.

— La modalidad de la escala de gravamen debe ser progresiva. No obstante, el acuerdo contempla la progresividad del gravamen en función de tramos de renta, los cuales deberán estar referenciados según el importe del IPREM (indicador público de renta de efectos múltiples) o del indicador de referencia de renta propio de la comunidad autónoma (IRSC en el caso de Cataluña).

c) *Garantía de ingresos mínimos*. En los servicios residenciales se debe garantizar al usuario una renta mínima, que establece cada autonomía.

d) *Exención del copago*. Se establece una exención en función de la capacidad económica. Así, las rentas inferiores a «una vez el IPREM», tanto en los servicios no institucionalizados como en las prestaciones económicas, quedan exentas de contribuir.

e) *Tope de los copagos*. Los usuarios no pueden contribuir por encima de un determinado «tope», que en los servicios se establece en función del precio de referencia y en las prestaciones económicas sobre el importe de la prestación a recibir.

— Tope en los servicios. En los servicios residenciales se establece el tope del 90 por 100 del precio de referencia, y en los servicio no residenciales el 65 por 100 del precio de referencia,

— El tope de los descuentos es el 25 por 100 en la prestación de cuidados en el entorno familiar, y el 60 por 100 en la prestación vinculada al servicio y a la asistencia personal.

f) *Garantía de una prestación mínima*. Ésta se establece en el caso de que el usuario sea beneficiario de una prestación de análoga naturaleza y haya solicitado una prestación de la LAPAD. En dicho caso, se garantiza que percibirá una prestación mínima de la LAPAD. De nuevo, cada comunidad autónoma establecerá el importe a garantizar.

IV. ESTIMACIÓN DE LA CONTRIBUCIÓN DE LOS COPAGOS EN EL COSTE DEL SISTEMA

En la memoria económica de la Ley se prevé que la recaudación a través de los copagos debería cubrir alrededor de un tercio del coste de las prestaciones del SAAD. Los copagos los recaudan las comunidades autónomas suponiéndoles un ingreso que les ayuda a disminuir su contribución presupuestaria a la financiación del SAAD.

La estimación del porcentaje de recuperación del coste a través de los copagos es importante

porque, en el periodo de implantación de la LAPAD, la AGE se compromete a financiar la mitad del coste nuevo «neto» que deban soportar las comunidades autónomas. Si una comunidad autónoma recauda un porcentaje inferior a la cifra inicialmente prevista, ello supondrá que o bien esa comunidad deberá contribuir con una aportación presupuestaria superior a la prevista, o bien se deberá modificar la aportación de la AGE a las comunidades autónomas, o una combinación de ambas.

Teniendo en cuenta la importancia de cuantificar dicha variable, y que todavía no existen estadísticas que aporten cifras del volumen de recaudación de los copagos según los nuevos criterios establecidos en la Resolución de 2 de diciembre de 2008, se muestran los resultados de un estudio al respecto (Montserrat, 2010).

El estudio realiza una simulación de los copagos de los potenciales beneficiarios de la LAPAD en función de las rentas de las personas mayores, a partir de la muestra de contribuyentes y no contribuyentes del IPRF de la AEAT y el Instituto de Estudios Fiscales. A pesar de que el alcance de la LAPAD es superior al de las personas mayores, ya que incluye a todas personas en situación de dependencia, independientemente de su edad, los resultados del estudio son ilustrativos, puesto que más del 80 por 100 de los beneficiarios en la LAPAD son personas mayores.

Los resultados del estudio se presentan diferenciados según sean prestaciones en servicios o prestaciones económicas, ya que los porcentajes de recuperación difieren mucho entre sí. Posteriormente, se realiza una simulación global del conjunto de las prestaciones.

1. La contribución de los usuarios de las prestaciones en servicios

El estudio realiza simulaciones según si el modelo de copago en las prestaciones de servicios es progresivo o mixto. En el primer caso, el tope de la cuota a pagar se establece en el precio de referencia global (modulo asistencial y módulo hotelero). En el segundo caso, el tope de la cuota sólo se aplica en el módulo asistencial, mientras que el coste del módulo hotelero es fijo con independencia de la capacidad económica del beneficiario.

Los resultados del estudio muestran los porcentajes de recuperación del coste de las prestaciones, diferenciados por tramos de renta (fijados según el IPREM) y según la tipología de servicios. Los resultados se desglosan en función de si en la capacidad económica se incluye la valoración del patrimonio o no. Así, la media de recuperación global en los servicios de residencia oscilaría entre el 33 y el 35 por 100 del precio de referencia estimado; la contribución de los copagos en el servicio de centro de día oscilaría entre un 14 por 100 y un 15 por 100 y, en el servicio de ayuda a domicilio, estaría, alrededor del 10 por 100 del precio medio estimado (ver cuadro n.º 1).

Es importante destacar dos cuestiones. Por una parte, el esfuerzo económico de los usuarios en función de su nivel de renta y, por otra, la contribución adicional de la inclusión del patrimonio en la capacidad económica del usuario.

CUADRO N.º 1

CONTRIBUCIÓN DE LOS COPAGOS EN LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN A LAS PERSONAS EN SITUACIÓN DE GRAN DEPENDENCIA
(En porcentaje del precio de referencia)

		PORCENTAJE DEL COPAGO SOBRE EL COSTE					
	PROMEDIO	*DE 0 A 1 IPREM*	*DE 1 A 2 IPREM*	*DE 2 A 3 IPREM*	*DE 3 A 4 IPREM*	*DE 4 A 5 IPREM*	*MÁS DE 5 IPREM*
Copago "con" patrimonio. Residencia	35	12	34	63	87	90	90
Copago "sin" patrimonio. Residencia	33	10	32	58	81	86	90
Copago "con" patrimonio. Centro de día	15	0	8	33	61	65	65
Copago "sin" patrimonio. Centro de día	14	0	7	32	59	64	65
Copago "con" patrimonio. Ayuda a domicilio	10	0	4	19	40	54	54
Copago "sin" patrimonio. Ayuda a domicilio	10	0	4	18	39	54	54

Fuente: Elaboración propia y muestra IEF-AEAT, 2004.

1.1. *Contribución de los usuarios según su capacidad económica*

Según se puede apreciar en el cuadro n.º 1, los usuarios contribuyen de forma creciente en la financiación del coste del SAAD hasta llegar al tramo de rentas medias-altas. Estas se benefician del «tope» en la cuota, ya que, a partir de un determinado nivel de renta, siempre contribuirán con un mismo porcentaje del precio. El «tope» en la cuota representa una bonificación en el precio para las rentas más elevadas, un 10 por 100 en los servicios residenciales y un 35 por 100 en los servicios no institucionalizados; en cambio, las rentas medias y bajas no se benefician de dicha bonificación. El gráfico 1 muestra la evolución de la contribución de los usuarios según su capacidad económica. Se puede apreciar que a este techo se llega con más facilidad en los servicios de centro de día y ayuda a domicilio que en los servicios residenciales, al tener el copago su tope en un nivel inferior (65 por 100 *versus* 90 por 100).

1.2. *Incidencia de la inclusión del patrimonio en los copagos de los usuarios*

Los resultados de la simulación muestran un incremento pequeño en la capacidad económica de los beneficiarios, ya que se estima que el porcentaje de recuperación del coste se elevaría entre el 1 y el 2 por 100 del coste total, siempre y cuando las rentas de los beneficiarios del SAAD se distribuyeran normalmente entre todos los niveles de renta. Ello implica que si la mayoría de los beneficiarios se concentran en las rentas medias y bajas, la incidencia en el incremento de la recaudación puede ser menor.

La baja incidencia del patrimonio en los copagos de los usuarios se debe, principalmente, al modelo establecido en la LAPAD, el cual establece la exención de incluir la vivienda de la persona beneficiaria en la valoración de su capacidad económica mientras ésta permanezca en su domicilio, e incluso cuando disfrute de un servicio residencial siempre que resida en aquélla, el cónyuge o algún familiar que dependa económicamente del usuario.

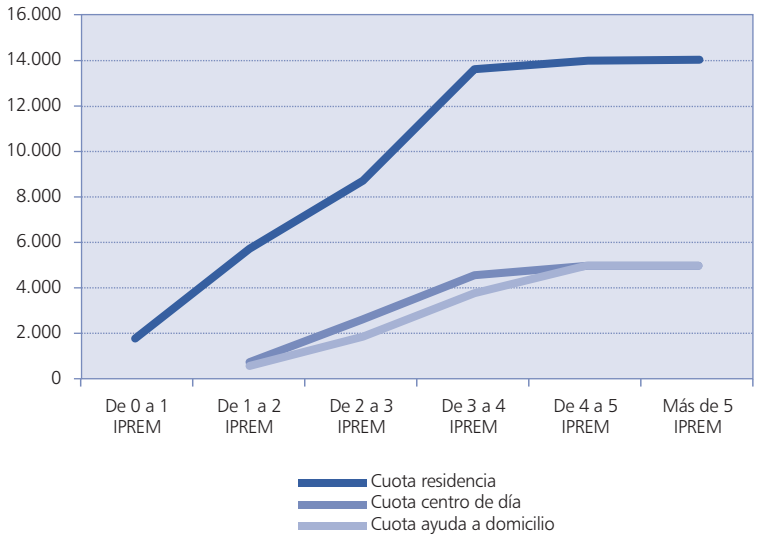
El desglose de la capacidad económica «con» patrimonio y «sin» patrimonio muestra la incidencia de cada situación en el copago de los usuarios. Los resultados del estudio señalan que el incremento de la capacidad económica derivada del patrimonio no afecta a las rentas altas, ya que éstas alcanzan el «tope» de la cuota antes que intervenga el patrimonio. El efecto de un copago superior por la inclusión del patrimonio lo soportan, principalmente, las rentas medias, aquellas situadas entre 2 y 4 veces el IPREM (ver gráfico 2).

1.3. *Impacto de los copagos en las rentas de los usuarios*

La política de ingresos públicos a través de los copagos no tiene una finalidad de distribución de rentas, pero cabe esperar que sea progresiva, respetando la equidad vertical. En cambio, el modelo de copagos previsto en la LAPAD quiebra el principio de progresividad favoreciendo a las rentas más elevadas mediante el establecimiento del «tope» en los copagos (1).

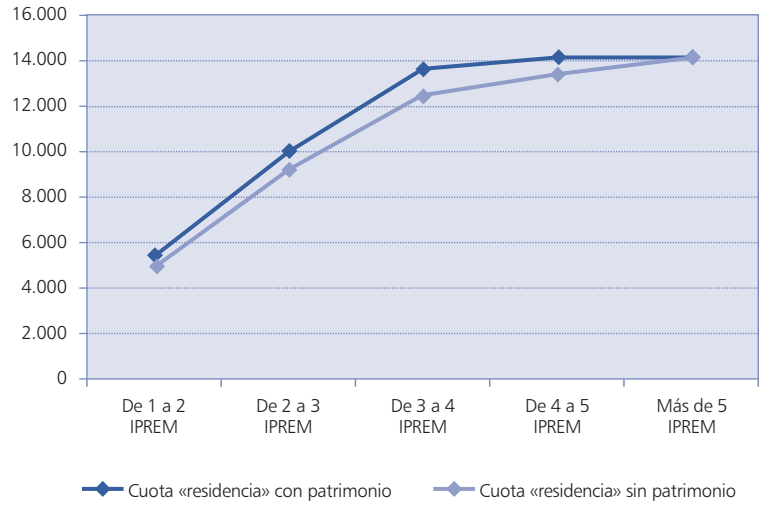
El gráfico 3 muestra el impacto del copago en las rentas de los usuarios en las prestaciones en servicios, en las cuales se observa que las personas beneficiarias con rentas medias son las que más

GRÁFICO 1
EVOLUCIÓN DE LOS COPAGOS EN LOS SERVICIOS POR TRAMOS DE RENTA
(Dependencia severa, grado 3)



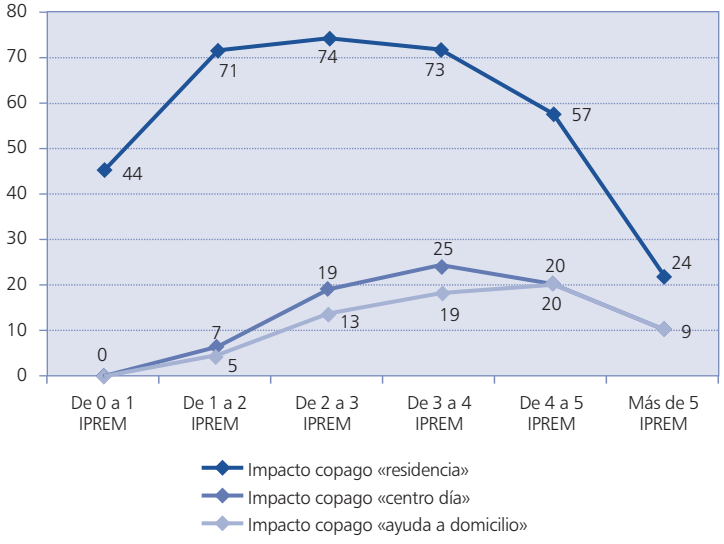
Fuente: Elaboración propia.

GRÁFICO 2
SIMULACIÓN IMPACTO DEL PATRIMONIO EN EL COPAGO EN UN SERVICIO RESIDENCIAL
(Dependencia severa, grado 3)



Fuente: Elaboración propia.

GRÁFICO 3
IMPACTO DEL COPAGO EN LAS RENTAS DE LAS PERSONAS BENEFICIARIAS



Fuente: Elaboración propia.

contribuyen en la financiación del coste de las prestaciones. Así, el copago de aquellos con *rentas medias* puede llegar a alcanzar un 71 por 100 de su renta en un servicio residencial, mientras que entre los de renta alta (más de 4 veces el IPREM), el copago representa un 24 por 100 de promedio. Lo mismo sucede cuando se trata de servicios no residenciales. El copago de las personas con rentas medias (entre 3 y 4 veces el IPREM) alcanza al 25 por 100 y el 19 por 100, respectivamente, según se trate de centro de día o ayuda a domicilio; mientras que el copago de las personas con rentas altas (más de 5 veces el IPREM) apenas alcanza el 9 por 100 (gráfico 3).

La máxima progresividad que se puede conseguir en una política de copagos es la exclusión de los usuarios con rentas altas de las bonificaciones aplicables al resto de los individuos, de forma que éstos, sin quedar excluidos del SAAD, contribuyan a su financiación pagando el precio del servicio correspondiente. Este criterio también podría aplicarse en el caso de las prestaciones económicas, lo cual equivaldría a excluir de la prestación por cuidados en el entorno familiar a aquellos individuos que cuentan con suficiente capacidad económica para comprar servicios domiciliarios o que no necesitan compensaciones económicas para el cuidado de sus familiares.

2. Estimación de la contribución de los usuarios en las prestaciones económicas

Todas las comunidades autónomas han desarrollado modelos para determinar la contribución de los beneficiarios a la financiación del coste de las prestaciones económicas. El copago para este tipo de prestaciones se calcula aplicando un coeficiente reductor a las cuantías máximas de las prestaciones económicas aprobadas anualmente por el Gobierno.

Se observa que las comunidades han desarrollado dos modelos «tipo» de copago: *a)* modelo según tramos de rentas, y *b)* modelo progresivo. En el primer caso, los coeficientes reductores se incrementan al pasar de un tramo de renta a otro, y en el segundo, el coeficiente reductor del importe de la prestación es progresivo, evitando el salto en la cuota al pasar de un tramo al otro. Actualmente, alrededor de la mitad de las comunidades autónomas siguen el primer modelo, y la otra mitad, el segundo.

Se realiza una simulación para determinar el copago que correspondería según los dos modelos, tomando el modelo mayoritario de «tramos de renta» y el modelo progresivo que más comunidades aplican. En cada uno de los modelos se calcula el importe de los descuentos por tramo de renta, y se obtiene el promedio de copago calculando la media entre el importe máximo y el mínimo de cada intervalo. En los cuadros n.os 2 y 3 se resumen ambos modelos.

Los resultados de la simulación de los copagos en las prestaciones económicas se muestran en el cuadro n.º 3. Se observa que el modelo progresivo aplica porcentajes menores de descuentos en los dos primeros tramos de renta en relación con el modelo de «tramos» mientras que, a partir del tercer tramo de renta, la situación se invierte, y la recuperación es mayor en el modelo progresivo que en el de «tramos».

La estimación del volumen total de copagos y su peso en relación con el coste de las prestaciones, en cada uno de los modelos estudiados, se obtiene ponderando la población beneficiaria en cada tramo de renta por el importe estimado del copago según el porcentaje de recuperación indicado en el cuadro n.º 4. Los resultados muestran que no hay una diferencia significativa entre ambos modelos. Así, la recuperación del coste en la prestación de cuidador no profesional oscilaría entre, un 4,25 por 100 a 4,31 por 100 y, en la prestación vinculada oscilaría entre, un 8,08 por 100 a un 8,50 por 100, según sea modelo progresivo o modelo tramos de renta. No obstante, los resultados pueden variar entre las comunidades dependiendo de la estructura de las rentas de la población beneficiaria y del modelo concreto de copagos establecido en su territorio. Cabe observar que la recaudación desciende a medida que la amplitud del tramo de renta exenta se hace mayor, o según la intensidad de los coeficientes reductores que aplique cada comunidad autónoma.

Si se comparan los resultados de estas nuevas simulaciones con la que se habían obtenido en el estudio citado anteriormente (Montserrat, 2010), se observa que no hay una variación significativa en ellos. En conjunto, la recuperación de la prestación económica por cuidados en el entorno familiar oscila entre un 4 y un 5 por 100, aproximadamente, y el porcentaje de recuperación de la prestación económica vinculada y asistencia personal varía, entre el 8 y el 10 por 100, aproximadamente.

CUADRO N.º 2

MODELO DE COEFICIENTES REDUCTORES POR TRAMOS DE RENTAS EN LAS PRESTACIONES ECONÓMICAS

	Vinculada al servicio	*Cuidados en el entorno familiar*	*Asistencia personal*
Menos de 1 IPREM	0	0	0
De 1 a 2 IPREM	10	5	10
De 2 a 3 IPREM	20	10	20
De 3 a 4 IPREM	30	15	30
De 4 a 5 IPREM	40	20	40
Más de 5 IPREM	50	25	50

Fuente: Elaboración propia y muestra IEF-AEAT, 2004.

CUADRO N.º 3

MODELO PROGRESIVO: CÁLCULO DEL IMPORTE DE LAS PRESTACIONES ECONÓMICAS

	Vinculada al servicio	*Cuidados en el entorno familiar*	*Asistencia personal*
Importe	CM*[1,1125 – (0,15 * R / IPREM)]	CM*[1,06 – (0,08 * R / IPREM)]	CM*[1,1125 – (0,15 *R / IPREM)]

Nota: CM = cuantía máxima de la prestación económica, R = capacidad económica, IPREM = Indicador público de renta de efectos múltiples.

3. Simulación de la contribución de los copagos en el conjunto de las prestaciones

Como ya se ha mencionado, según las estimaciones iniciales realizadas en la memoria económica de la Ley, el volumen de ingresos a través de los copagos representaría una recuperación global de una tercera parte del coste de las

CUADRO N.º 4

RECUPERACIÓN DEL COSTE EN LOS MODELOS ECONÓMICOS DE COPAGOS EN LAS PRESTACIONES ECONÓMICAS (Porcentajes)

		PARTICIPACIÓN USUARIOS (CUIDADOR NO PROFESIONAL)					
MODELO TRAMOS DE RENTA	CUANTÍA MÁX.	Tramo 1 DE 0 A 1 IPREM	Tramo 2 DE 1 A 2 IPREM	Tramo 3 DE 2 A 3 IPREM	Tramo 4 DE 3 A 4 IPREM	Tramo 5 DE 4 A 5 IPREM	Tramo 6 MÁS DE 5 IPREM
Copago 3-2	519,13	0,00	2,5	7,5	12,5	17,5	22,5
Copago 3-1	415,75	0,00	2,5	7,5	12,5	17,5	22,5
Copago 2-2	336,24	0,00	2,5	7,5	12,5	17,5	22,5
Copago 2-1	300,00	0,00	2,5	7,5	12,5	17,5	22,5

Año 2009

		PARTICIPACIÓN USUARIOS (CUIDADOR NO PROFESIONAL)					
MODELO PROGRESIVO	CUANTÍA MÁX.	Tramo 1 DE 0 A 1 IPREM	Tramo 2 DE 1 A 2 IPREM	Tramo 3 DE 2 A 3 IPREM	Tramo 4 DE 3 A 4 IPREM	Tramo 5 DE 4 A 5 IPREM	Tramo 6 MÁS DE 5 IPREM
Copago 3-2	519,13	0,00	1,0	6,0	14,0	22,0	25,0
Copago 3-1	415,75	0,00	1,0	6,0	14,0	22,0	25,0
Copago 2-2	336,24	0,00	1,0	6,0	14,0	22,0	25,0
Copago 2-1	300,00	0,00	1,0	6,0	14,0	22,0	25,0

Año 2009

prestaciones. El alcance de esta afirmación se pone en entredicho según los resultados obtenidos en el estudio de referencia.

En primer lugar, cabe decir que la recuperación del coste de las prestaciones dependerá de la estructura de los diferentes tipos de prestaciones que se esté ofertando en cada momento y de los precios de referencia, entre otros.

La estructura de la oferta de prestaciones es importante porque la recuperación del coste en las prestaciones económicas es menor que la de las prestaciones en servicios; asimismo, dentro de cada uno de estos dos grupos de prestaciones, se observan diferencias según el tipo de prestación, tal como se ha expuesto anteriormente.

El precio de referencia es otra variable a tener en cuenta en la recuperación del coste de las prestaciones. Ello es debido a que, generalmente, el precio de referencia no es representativo del coste «real» de las plazas, ya que no incluye el coste que resultaría de considerar las plazas de gestión pública y las plazas concertadas conjuntamente. Según el modelo de la LAPAD, el precio de referencia es el de las plazas concertadas, el cual no siempre coincide con el coste real.

Con el fin de contrastar la hipótesis establecida en la memoria económica de la Ley, se realiza una simulación basada en la construcción de un modelo de demanda de las prestaciones en el que el 50 por 100 serían en «servicios», y el 50 por 100 restante, en «prestaciones económicas» (2). Las cifras estimadas (3) de los costes de los servicios y de las prestaciones económicas incluidas en el modelo de demanda están actualizadas al año 2009.

Los resultados muestran que el porcentaje de recuperación del coste de las prestaciones sería, como máximo, del 20 por 100, en un nivel de implantación de la LAPAD de los grados 3 y 2 de dependencia. Asimismo, se observa que el porcentaje de recuperación es mayor en las prestaciones del grado 2 (22 por 100) que en las prestaciones del grado 3 (20 por 100). Estas cifras, a falta de estadísticas, deben ser consideradas en el contexto de las hipótesis utilizadas en la construcción del modelo, y especialmente la de que la distribución de las rentas de los usuarios del SAAD se distribuye normalmente según la estructura de rentas de la población mayor de 65 años. En el supuesto de que las rentas se concentraran en los niveles más bajos, los porcentajes de recuperación del coste disminuirían (ver cuadro nº 5).

A falta de estimar la contribución de los copagos de los usuarios del grado 1, se deduce de las simulaciones realizadas que la previsión del Gobierno de recuperar un tercio del coste de las prestaciones a través de los copagos resulta bastante improbable.

V. REFLEXIONES

La LAPAD establece un modelo de financiación mixto de colaboración pública-privada en el que intervienen las administraciones públicas y los usuarios. El modelo de financiación previsto en la LAPAD es complejo, y requiere el encaje financiero de los diferentes participantes. El déficit de uno ellos trasladará la carga financiera al otro/los otros.

Se deberían tener en cuenta los costes asociados a la burocracia en la determinación de los copagos de las personas beneficiarias. El hecho de no poder calcular directamente la capacidad económica de la declaración del IRPF, al tener que incluir o excluir rentas, y de no disponer de los datos fiscales ajustados al ejercicio de entrada del beneficiario en el SAAD conlleva burocracia y complejidad en los cálculos, con los correspondientes riesgos de provocar agravios comparativos entre los individuos. Este problema se agrava al incluir la valoración del patrimonio del individuo sin disponer de la correspondiente liquidación por dicho impuesto. Se deberían buscar sistemas alternativos que disminuyeran la complejidad en la determinación de la capacidad económica del beneficiario y permitieran disponer de datos ajustados a la realidad económica del solicitante.

La LAPAD establece una participación importante de los usuarios en la financiación del SAAD. En principio, la contribución de aquéllos debería cubrir un tercio del coste de las prestaciones. Las simulaciones realizadas, mediante un modelo de provisión de prestaciones ajustado a la situación actual, arrojan unos resultados que distan de corroborar la estimación de la LAPAD. El modelo prevé un porcentaje máximo de recuperación del coste de las prestaciones, del orden del 20 por 100, en un estado de desarrollo de la Ley que incluye a las personas en situación de dependencia grave (grado 2) y muy grave (grado 3). La menor recuperación del coste de las prestaciones a través de los copagos afecta a las previsiones financieras de las comunidades autónomas y demás administraciones que intervienen en la gestión del Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia.

Se debería reflexionar sobre el impacto en la equidad que comporta el «tope» en las cuotas de los servicios, o en los «descuentos» en las prestaciones económicas. El tope en el copago supone una bonificación en la cuota a pagar, la cual sólo beneficia a las rentas elevadas. La eliminación de los «topes» no implicaría la exclusión del SAAD de aquellos individuos con rentas altas, sino su contribución a la financiación del coste del Sistema de acuerdo con su capacidad económica.

La inclusión de una renta «no monetaria» derivada de la valoración del patrimonio de la persona beneficiaria comporta burocracia, y no siempre garantiza un tratamiento más equitativo de las rentas. Los resultados muestran que la inclusión del patrimonio en la determinación de los copagos no afecta a las rentas altas, ya que éstas llegan al «tope» de la cuota antes de que pueda actuar el efecto del patrimonio. A ello se une la escasa incidencia que tiene en el incremento de recaudación de los copagos. Por tanto, el legislador debería considerar el coste/beneficio de dejar al margen del copago la inclusión del patrimonio de los usuarios. El establecimiento de un impuesto general sobre el patrimonio —no sólo para las personas en situación de dependencia— sería más eficiente y mejoraría la financiación de la atención a la dependencia si su recaudación se afectara a dicha finalidad.

Estas son algunas de las reflexiones que se proponen con el fin de mejorar el modelo de financiaron de la Ley de Promoción de la Autonomía Persdonal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia.

CUADRO N.º 5

IMPACTO DE LOS COPAGOS EN LA RECUPERACIÓN DE LOS COSTES DE LAS PRESTACIONES DE LA DEPENDENCIA

	Grado 3	*Grado 2*	*Total*
Coste servicios	1.501	915	1.222
Copago servicios	380	225	306
Recuperación copago (porcentaje)	25	25	25
Coste prestaciones económicas	501	331	426
Copago prestaciones económicas	31	43	36
Recuperación copago (porcentaje)	6	13	8
Coste prestaciones	959	622	805
Copago promedio	191	134	165
Recuperación copago (porcentaje)	20	22	20

Fuente: Elaboración propia.

NOTAS

(1) Como ya se ha mencionado, en los servicios el tope es del 90 por 100 en los residenciales y el 65 por 100 en el resto de servicios no

institucionalizados. Por otra parte, en las prestaciones económicas, el tope del «descuento» es del 25 por 100 en la prestación de cuidados en el entorno familiar y del 40 por 100 en la prestación vinculada y en la de asistencia personal.

(2) En junio del 2011, la distribución entre los dos tipos de prestaciones era bastante parecida (47 por 100 en servicios y 53 por 100 en prestaciones económicas).

(3) Los datos que se obtienen del modelo son estimaciones sujetas a variaciones según los precios utilizados, la distribución de prestaciones o la ponderación entre el número de beneficiarios de los diferentes grados de dependencia.

BIBLIOGRAFÍA

CHERNOCHOVSKY, D. (2000), *The public-private mix in the modern health care system. Concepts, issues and policy options*, WP 7881, NBER, septiembre.

CHIAPPORI, P.A., F. DURAND y P-Y. GEOFFARD (1998), «Moral hazard and the demand for physician services», *European Economic Review,* 42 (3-5): 499-511.

MONTSERRAT, J. (2009), «La tercera vía de financiación: la contribución económica del usuario», *Presupuesto y Gasto Público,* 56: 125-141.

— (2010), «La política redistributiva de las prestaciones de la dependencia: Análisis del impacto del copago en las rentas de los usuarios», Instituto de Estudios Fiscales, *Documento de Trabajo nº 10/10.*

PAULY, M. (1968), «The economics of moral hazard: comment», *American Economic Review*, 58: 531-537.

PUIG JUNOY, J. (2001), «Los mecanismos de copago en los servicios sanitarios: Cuando, cómo y por qué», *Hacienda Pública Española*, 158-3.

RICE, T. (1998), *The Economics of Health*, Chicago: Health Administration press.

RICE, T., y MORRISON, K.R., (1994), «Patient cost sharing for medical services: A review of the literature and implications for health care reform», *Medical Care Review*, 51 (3): 235-287.

VV.AA. (2005), *Libro Blanco de atención a las personas en situación de dependencia*, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

ZWEIFEL, P., y MANNING, W.G. (2000), «Moral hazard and consumer incentives in health care», en *Handbook of Health Economics*, North Holland.

ASISTENCIA PERSONAL: LA PRESTACIÓN ECONÓMICA PARA LA AUTONOMÍA Y LA VIDA INDEPENDIENTE

Javier ROMAÑACH CABRERO

Foro de Vida Independiente

Resumen

Este artículo analiza con profundidad la prestación económica menos conocida de la Ley 39/2006, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia: la prestación de asistencia personal. Esta prestación es la única que nace de una demanda específica de personas que viven en situación de dependencia, una demanda formulada desde la perspectiva de la diversidad funcional como una cuestión de derechos humanos. El autor mantiene que la prestación de asistencia personal, apenas desarrollada en España, no sólo es eficaz para superar la discriminación que sufren muchas personas a las que la Ley define como «dependientes», sino también económicamente eficiente.

Palabras clave: dependencia, prestaciones económicas, servicios sociales, asistencia personal, vida independiente, diversidad funcional.

Abstract

This article digs in the less well-known allowance of the Spanish Law 39/2006 for the Promotion of Personal Autonomy and the Care of Persons in Situation of Dependency: the personal assistance benefit. This benefit is the only one which emerged from a claim by persons living in situation of dependency. Underlying this claim is the concept of functional diversity as a question of human rights. The author posits that the personal assistance benefit, scarcely developed in Spain, is not only effective to overcome discrimination suffered by many persons defined by the referred Law as «dependent», but also economically efficient.

Key words: dependency, economic benefits, social services, personal assistance, independent life, functional diversity.

JEL classification: I11, I18, I38.

I. INTRODUCCIÓN

El desarrollo que ha tenido lugar en España del sistema de promoción de la autonomía personal, legislado a través de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia (LEPAP), ha provocado fuertes críticas políticas y sociales y ha sufrido un recorte de prestaciones. Este recorte, especificado en el capítulo III del Real Decreto-Ley 8/2010, de 20 de mayo, por el que el Gobierno adoptó medidas extraordinarias para la reducción del déficit público, se encamina a reducir la deuda y aliviar la presión sobre las arcas del Estado, cuyos responsables se han visto sorprendidos por la gran cantidad de prestaciones económicas demandadas por la sociedad, en detrimento de los servicios, contrariamente a lo establecido en el artículo 14 de la LEPAP, que las consideraba sólo para casos extraordinarios.

En este artículo se pretende analizar las causas del fracaso del desarrollo de esta Ley en lo concerniente a la *prestación económica para la asistencia personal*, exponiendo sus ventajas. Cabe resaltar que el punto de vista desarrollado en este texto nace de la voz menos tenida en cuenta durante estos años: la de aquellas personas que vivimos en situación de dependencia y aspiramos a la igualdad de oportunidades y a la ausencia de discriminación, al cumplimiento de la legislación vigente y al respeto de nuestros derechos humanos.

II. LA EXPERIENCIA PERSONAL Y EL ENFOQUE DE ANÁLISIS

Al lector avezado no se le escapará que cualquier documento de análisis viene condicionado por la experiencia previa de los autores del texto. Habitualmente, la promoción de autonomía y la situación de dependencia son percibidas socialmente como algo ajeno, algo que sólo afecta a otros; visión ésta que los legisladores no han contrarrestado como habría sido deseable. Así, la mayor parte de los autores (a los que aquí me referiré como «expertos tradicionales») adoptan este enfoque de perspectiva objetiva, considerando la dependencia como algo ajeno a ellos o, en ciertos casos (como, por ejemplo, el de los directores de residencias), como algo que viven todos los días como experiencia ajena.

No es el caso del autor de este texto, una persona con tetraplejia que lleva veinte años viviendo en lo que suele llamarse una situación de dependencia, y en lucha por conseguir la independencia propia y la de las personas discriminadas por su *diversidad funcional* —discapacidad— (1) que necesitan apoyos para desarrollar sus vidas (2). Es esta una lucha basada en derechos y en

el cumplimiento de la legislación vigente, condicionada por la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (diversidad funcional) de Naciones Unidas, aprobada en 2006 y vigente en España desde 2008.

Esta visión subjetiva, fundada no obstante en argumentos jurídicos, no invalida necesariamente el rigor del análisis. De hecho, son varias las personas que, desde esta perspectiva, han desarrollado diferentes documentos de análisis y propuestas políticas (3) que han sido escuchadas, si bien sólo parcialmente, en el Congreso de los Diputados (4) y en diferentes parlamentos autonómicos.

Así, por ejemplo, si el lector se parara a pensar en lo mejor para sí mismo si estuviera en las circunstancias del autor, lo más probable es que no quisiera ir a una residencia, sino mantener su entorno familiar y social, y poder desarrollarse en él manteniendo el control sobre su propia vida. A pesar de ello, a pesar incluso de que la legislación vigente considera que ésta es una cuestión de derechos humanos (ONU, 2006), las políticas sociales se siguen desarrollando de tal manera que se permite la discriminación por diferencia, al igual que no se garantiza la igualdad de oportunidades, mientras se sigue considerando la inversión en este ámbito de actuación como un gasto (5).

La realidad de las personas que viven en situación de dependencia, así como sus necesidades de justicia e igualdad de oportunidades, son equiparables a las de otros colectivos tradicionalmente discriminados, como pueden ser las mujeres o los homosexuales, pero requiere de instrumentos específicos financiados por las administraciones públicas. El instrumento específico que se considera más adecuado, desde la perspectiva de aquellos que vivimos en esta situación habitualmente definida como «dependencia», es la prestación económica de asistencia personal, una prestación suficiente que permita a estas personas tomar el control económico de su propia existencia y, con él, el control de sus propias vidas en la medida en que puedan desarrollarlo.

No quiere esto decir que esta sea la única solución que debe proveer el sistema, ya que las circunstancias de cada individuo pueden dar lugar a necesidades específicas individuales a las que aquél debe atender. Lo que sí indica esta actitud es que el grupo de expertos que viven en situación de dependencia (que a partir de ahora se denominarán en este artículo «expertos no tradicionales») y que, por tanto, se ven personalmente afectados por el sistema, difieren de los expertos tradicionales cuando insisten en el necesario «esfuerzo institucional y presupuestario en favor de un sistema en el que predomine la prestación de servicios profesionalizados…» (Herce *et al.,* 2009: 8). En contra de esta opinión, los expertos no tradicionales sostenemos que el control individual de una vida debe depender de la misma persona y de su control sobre la asignación de recursos económicos, al igual que ocurre, por ejemplo, con el sistema de pensiones. Sí estamos, en cambio, de acuerdo con los expertos tradicionales cuando abogan por que el sistema «favorezca el desarrollo de un enfoque comunitario, preferido por la inmensa mayoría de las personas en situación de dependencia, con una financiación suficiente y equilibrada entre administraciones» (Herce *et al.,* 2009: 8), ya que la elección de los expertos no tradicionales ha sido siempre la de permanecer en el propio entorno.

III. CONSIDERACIONES GENERALES SOBRE LA INVERSIÓN SOCIAL EN DIVERSIDAD FUNCIONAL EN ESPAÑA

1. La inversión social en igualdad de oportunidades para la diversidad funcional en España

Si se define como «inversión social» a lo que convencionalmente se denomina gasto social, cabe afirmar que, en el año 2003, España se situaba, con el 19,7 por 100 sobre el PIB, en vigésima primera posición en la UE-25, junto con Islandia, Noruega y Suiza, siendo la media de la UE-25 el 28 por 100 (Arriba y Moreno, 2009: 39, cuadro 1). La inversión social en España se halla, por tanto, por debajo de la media europea. Así, según se podía leer en un estudio de 2005, «…mientras el PIB per cápita de España es ya casi el 86 por 100 del promedio de los países de la UE-15, el gasto en protección social por habitante es sólo el 62,5 por 100 del promedio de la UE-15. Deberíamos invertir alrededor de 60.000 millones de euros más de lo que invertimos en protección social para alcanzar el nivel de inversión pública social que nos corresponde por el nivel de desarrollo económico que tenemos» (Navarro, 2005). Un par de años antes de la aprobación de la Ley 39/2006, la inversión en la promoción de la autonomía en España ascendía a 2.767 millones de euros, lo que representaba un 0,36 del PIB (IMSERSO, 2005: 16).

Por otro lado, España se encuentra a la cola de la OCDE en lo que respecta al número de personas que reciben ayudas por diversidad funcional. Así consta en el informe de esta organización *Economic Policy Reforms. Going for Growth.*

2009 (OECD, 2009: 124), donde se informa de que Suecia encabeza el grupo de países con mayores inversiones, seguida de Estados Unidos, Australia, Dinamarca, Finlandia, Gran Bretaña, Irlanda, etc. Después se sitúa otro grupo de países como Chequia, Francia, Canadá, Eslovaquia, etcétera. Y mucho más atrás se encuentra España, que sólo precede a Japón, Corea, Turquía y Méjico.

Además, en España se dedicaba en 2005 el 70 por 100 de este gasto a sistemas residenciales (IMSERSO, 2005: 15) que, en principio, no están diseñados para proporcionar autonomía ni igualdad de oportunidades; antes bien, pueden generar dependencia y discriminación.

2. Actitud ante la crisis

Dada la crisis económica que ha afectado intensamente a la economía española durante los últimos años, podría parecer razonable recortar el gasto social y paralizar el desarrollo de la LEPAP. No obstante, conviene tener en cuenta que el Gobierno ha adoptado medidas de reactivación económica en las que se han invertido más de 10.000 millones de euros, con el objetivo fundamental de mantener el empleo y estimular el consumo.

Si se hubiera dado la prioridad necesaria al desarrollo de la LEPAP en la agenda política, seguramente se habría reparado en que figuras como el asistente personal son generadoras de empleo de una manera muy eficiente, ya que la mayor parte de la inversión dedicada a este tipo de figuras redunda casi plenamente en empleo. Así, el 98 por 100 de la inversión desarrollada en esta dimensión se ha traducido directamente en puestos de trabajo estables (6). Además se trata de un empleo orientado a aquellas personas con mayor dificultad para encontrar trabajo y que resulta factible en cualquier entorno socioeconómico, impulsando asimismo la permanencia y el desarrollo en el entorno rural.

Lamentablemente, se ha perdido la oportunidad de generar un empleo estable que habría requerido una mínima parte de la inversión realizada y que podría haber tenido un notable impacto en el empleo total. La crisis, por tanto, no debería tomarse como excusa para paralizar las inversiones sociales; antes al contrario, debería servir de acicate para el desarrollo de nuevas figuras laborales que resultan muy ventajosas para todas las partes desde el punto de vista económico, y que además favorecen el desarrollo de los derechos humanos de las personas discriminadas por su diversidad funcional que viven en situación de dependencia.

IV. SITUACIÓN ACTUAL DEL DESARROLLO DEL SISTEMA PARA LA AUTONOMÍA Y ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA

El desarrollo de la LEPAP durante los años 2007-2011 ha sido muy desigual en todas las comunidades autónomas y ha supuesto una inversión más orientada a mantener y, en todo caso, aliviar la dependencia que a promocionar la autonomía de las personas. De las prestaciones que proporciona la Ley, aquellas que ayudan a promover la autonomía personal y la igualdad de oportunidades (asistencia personal, ayuda a domicilio y teleasistencia) sumaban el 1 de abril de 2011 sólo el 23,9 por 100, mientras que la prestación que más personas recibían era, en la misma fecha, la de cuidador familiar (56,8 por 100), una prestación que la LEPAP consideraba excepcional y que sirve para prolongar la dependencia y la servidumbre de muchas mujeres cuidadoras.

Según los expertos, esta disparidad del desarrollo autonómico de la LEPAP ha provocado que sea percibida de manera distorsionada. Proponen por ello cambios con el fin de que los beneficiarios perciban que el Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD) es «un sistema de protección que cubre a todos por igual, independientemente de la comunidad autónoma en la que residan, para lo cual es preciso que las bases normativas y las estadísticas del Sistema de Información del SAAD (SISAAD) reflejen el fruto de un mayor y mejor esfuerzo de coordinación en el despliegue territorial del sistema y, en definitiva, una mayor lealtad institucional entre todos los agentes implicados» (Herce *et al*., 2009: 6).

En abril de 2011, el total de prestaciones del sistema ascendía a casi 863.000, mientras que el número total de personas con prestaciones se aproximaba a 721.000 (una persona puede tener más de una prestación del sistema). Los datos de las prestaciones económicas, en abril de 2011, quedan recogidos en el cuadro n.º 1.

1. Prestaciones económicas *vs.* servicios

De los números anteriores se deduce que casi dos tercios (64,6 por 100) de las prestaciones concedidas por el SAAD son económicas, lo que significa una desviación importante con respecto a las previsiones iniciales, y denota, a su vez, una preferencia social. En opinión de los expertos:

> Esta realidad (predominio de prestación económica frente a servicios) preocu-

CUADRO N.º 1

PRESTACIONES ECONÓMICAS (PE) CONCEDIDAS (ABRIL DE 2011)

	PE vinculada al servicio	*PE por cuidados familiares*	*PE de asistencia personal*
Número	54.305	409.522	724
Porcentaje sobre el total de prestaciones	7,5	56,8	0,1

Fuente: SAAD-IMSERSO, Servicio de Estadísticas de la Subdirección General Adjunta de Valoración, Calidad y Evaluación.

CUADRO N.º 2

PRESTACIONES ECONÓMICAS (PE) CONCEDIDAS (JULIO DE 2010)

	Previsión del Libro Blanco *para 2010*	*Porcentaje sobre el total*	*Datos SAAD a 1 de julio de 2010*	*Porcentaje sobre el total*
Residencia	339.941	27,27	114.236	15,8
Centro de día	88.316	7,09	39.312	5,4
Ayuda a domicilio	442.631	35,51	78.968	10,9
Asistente personal para la autonomía	15.162	1,22	709	0,1
Atención informal (PE cuidados familiares)	360.378	28,91	357.599	58,2
Otros			133.066	19,6
TOTAL	1.246.428	100,00	723.890	100,0

Fuente: IMSERSO (2005: 21, cuadro 12); SAAD-IMSERSO, Servicio de Estadísticas de la Subdirección General Adjunta de Valoración, Calidad y Evaluación.

> pa de una manera especial a quienes prestan los servicios desde la iniciativa privada por cuanto afecta de una manera directa a la limitación de su actividad económica. Al fin, la implantación de la Ley no está suponiendo hoy por hoy una presión sobre la falta de oferta de servicios más allá de la que en su caso pudiera existir de antemano en algunas comunidades, algo que parecía *a priori* un efecto directo a esperar de la implantación de la Ley (Herce *et al.,* 2009: 28).

En el mismo texto, los expertos puntualizan que «(e)l único servicio en el que parece observarse la presión de la demanda es en el servicio de ayuda a domicilio que prestan los ayuntamientos» (Herce *et al.,* 2009: 28). Este servicio representaba a 1 de abril de 2011 el 12,6 por 100 del SAAD.

Por otro lado, la comparación de las previsiones para 2010, recogidas en su día en el *Libro Blanco,* con los datos de las prestaciones a 1 de julio de 2010 permite apreciar claramente la desviación que ha supuesto la aplicación de la Ley (cuadro n.º 2).

De estos números se desprende una importante reducción de la demanda de servicios como residencias y centros de día respecto a las previsiones de los expertos, al igual que un notable incremento respecto a las previsiones de la demanda de la prestación por cuidados familiares. También se colige que el desarrollo de asignación de prestaciones del SAAD ha sido muy inferior a lo previsto y, a la altura de julio de 2010, se habían concedido un 58 por 100 de los servicios y prestaciones económicas que constaban en la planificación.

Los datos apuntan que, en contra de las expectativas, no hay una nueva demanda intensa de servicios por parte de la población beneficiaria, y que la demanda está más orientada a la permanencia en el lugar habitual y en la comunidad de residencia de la persona. Este punto de vista ya había sido anticipado por los expertos no tradicionales en 2004, un par de años antes de que se aprobara la LEPAP (Bascones *et al.,* 2004: 4):

> Consideramos que el propio entorno habitual (domicilio propio o familiar) es el lugar en que mejores condiciones se dan para llevar una vida activa en igualdad de oportunidades.

También se deriva de estos datos una preferencia por las prestaciones económicas frente a los servicios, preferencia también perfilada por los expertos no tradicionales (Bascones, 2004: 5):

> Entendemos que el sistema de pago directo es el mejor y el más eficiente, para que las personas con limitaciones funcionales puedan llevar una vida activa en igualdad de oportunidades.

Conviene recordar que la perspectiva de los expertos tradicionales está basada en la visión médica y del «cuidado» de las situaciones de dependencia, mientras que la de los expertos no tradicionales está basada en la lucha contra la discriminación y a favor de los derechos, y en el modelo social de la diversidad funcional (7). De ahí la preferencia

por la prestación económica, en paralelo a la oferta de otros pilares del bienestar como el sistema de protección ante el desempleo y el sistema de pensiones, orientados a que las personas mantengan el control de sus vidas. Por lo demás, las prestaciones económicas son habituales en otros sistemas, como el austriaco y el alemán (Arriba y Moreno, 2009: 54-57), y representan una parte fundamental de las políticas sociales del Gobierno británico (allí las prestaciones económicas se denominan «pago directo»; en inglés, *direct payments* (8).

Dada la relevancia que han tomado dichas prestaciones en el SAAD español, se pasa ahora a analizar cada una de estas prestaciones económicas, teniendo en cuenta que no todas ellas están orientadas a la promoción de la autonomía.

2. Prestación económica vinculada al servicio

Esta prestación económica viene indicada en el artículo 17 de la LEPAP, según el cual:

> 1. La prestación económica, que tendrá carácter periódico, se reconocerá, en los términos que se establezca, únicamente cuando no sea posible el acceso a un servicio público o concertado de atención y cuidado, en función del grado y nivel de dependencia y de la capacidad económica del beneficiario, de acuerdo con lo previsto en el convenio celebrado entre la Administración General del Estado y la correspondiente Comunidad Autónoma.
>
> 2. Esta prestación económica de carácter personal estará, en todo caso, vinculada a la adquisición de un servicio.
>
> 3. Las administraciones públicas competentes supervisarán, en todo caso, el destino y utilización de estas prestaciones al cumplimiento de la finalidad para la que fueron concedidas.

Esta prestación económica, que absorbe el 8,3 por 100 de los recursos del SAAD, está pensada para aquellos entornos en los que no se encuentran disponibles los otros servicios (no prestaciones económicas) de la ley. Cabe pensar que este tipo de prestaciones deberían ser más frecuentes en el entorno rural, donde los servicios están menos desarrollados.

Las comunidades autónomas en las que la prestación se ha concedido con más frecuencia en términos relativos son: Extremadura (28 por 100), seguida de Castilla y León (26 por 100), Aragón (21 por 100) y Navarra (18 por 100), y es de esperar que, a medida que se desarrollan los servicios de la LEPAP en los entornos rurales, vaya disminuyendo su impacto. En el extremo opuesto se encuentran Cantabria (0 por 100), Canarias (1 por 100) y Andalucía (2 por 100).

3. Prestación económica de cuidados familiares (PECF)

La prestación económica para cuidados en el entorno familiar y apoyo a cuidadores no profesionales viene indicada en el artículo 18 de la LEPAP, donde se puede leer:

> 1. Excepcionalmente, cuando el beneficiario esté siendo atendido por su entorno familiar, y se reúnan las condiciones establecidas en el artículo 14.4, se reconocerá una prestación económica para cuidados familiares.
>
> 2. Previo acuerdo del Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, se establecerán las condiciones de acceso a esta prestación, en función del grado y nivel reconocido a la persona en situación de dependencia y de su capacidad económica.
>
> 3. El cuidador deberá ajustarse a las normas sobre afiliación, alta y cotización a la Seguridad Social que se determinen reglamentariamente.
>
> 4. El Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia promoverá acciones de apoyo a los cuidadores no profesionales que incorporarán programas de formación, información y medidas para atender los periodos de descanso.

El impacto de esta prestación en el SAAD se cifra en 58,2 por 100. Aunque diseñada para ser concedida «excepcionalmente», representa de momento más de la mitad de las prestaciones (económicas y en servicios) concedidas por el SAAD. Desde el punto de vista del autor, esto ocurre principalmente por dos motivos: la facilidad de gestión para las administraciones públicas, toda vez que es la prestación más rápida de conceder, y menos costosa en gestión y en importe: 410 euros/mes de media (9), y el atractivo inmediato para las familias, ya que es la única prestación que garantiza una mayor liquidez a una familia que tenga en su hogar una persona en situación de dependencia.

También los expertos tradicionales abundan en estos factores. Herce *et al.* (2009) han señalado que esta prestación se ha convertido en dominante en virtud de «factores como su bajo coste, una gestión administrativa relativamente rápida y barata, una oferta insuficiente de servicios y el respeto a la libertad de elección que tiene un peso creciente en el Programa Individual de Atención». Asimismo, han destacado «como causa de esta realidad que para ser beneficiario de un servicio prestado desde cualquiera de los recursos que contiene la cartera (especialmente centros residenciales o centros de día), resulta necesaria una aportación económica importante por parte del usuario o la familia. En contraposición, la prestación económica significa un ingreso más en la economía familiar» (Herce *et al.,* 2009: 28).

Por otra parte, según la Asociación Estatal de Directoras y Gerentes de Servicios Sociales (2010: 15), la «propaganda inicial sobre la Ley …fue absolutamente nefasta. Basta tirar de hemeroteca para ver cuáles eran los mensajes lanzados incluso desde el propio Ministerio de Trabajo en los prolegómenos de la Ley. La expectativa generada en gran parte de la ciudadanía era de una 'paga' por dependencia». La misma institución subraya que la red de servicios es numéricamente insuficiente para atender a la demanda. De hecho, la excepcionalidad de la PECF se planteaba para el caso de que no existieran servicios a disposición, en una clara referencia, por ejemplo, a los medios rurales, en los que los servicios pueden resultar más inaccesibles.

La carrera que se ha instaurado entre las comunidades autónomas para ver quién daba más prestaciones ha tenido como consecuencia un desarrollo importante de esta prestación, ajena al espíritu y a la letra de la Ley. Las comunidades autónomas que más las han concedido en términos relativos son Murcia (89 por 100), Ceuta y Melilla (76 por 100), Baleares (75 por 100) y Cataluña (69 por 100). En el extremo contrario se encuentran Madrid (21 por 100), Extremadura (45 por 100) y Castilla y León (47 por 100).

4. Prestación económica de asistencia personal (PEAP)

Esta prestación económica viene indicada en el artículo 19 de la LEPAP, conforme al cual:

> La prestación económica de asistencia personal tiene como finalidad la promoción de la autonomía de las personas con gran dependencia. Su objetivo es contribuir a la contratación de una asistencia personal, durante un número de horas, que facilite al beneficiario el acceso a la educación y al trabajo, así como una vida más autónoma en el ejercicio de las actividades básicas de la vida diaria. Previo acuerdo del Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, se establecerán las condiciones específicas de acceso a esta prestación.

Esta prestación es prácticamente desconocida en toda España, y tan sólo la han concedido las siguientes comunidades: País Vasco (1,4 por 100), Andalucía, Baleares, Castilla y León, Cataluña, Madrid, Navarra y Galicia (0,1 por 100 o menos). Respecto a la asistencia personal, resulta muy llamativo que en abril de 2011 sólo constaran como reconocidas 724 (0,1 por 100) y que, de ellas, 554 (76,5 por 100) se hubieran concedido en el País Vasco, cuya población representa sólo el 6 por 100 de la población total de España.

Para explicar el primer punto, los expertos indican:

> Las nuevas prestaciones, las más innovadoras, como son los servicios de prevención de la dependencia y de promoción de la autonomía, tienen una presencia marginal en la estadística del SISAAD. Así, el asistente personal se da en el 0,10 por ciento de las resoluciones, los servicios de prevención y promoción de la autonomía personal en el 0,39 (datos a 1 de septiembre de 2009). La escasez de conocimiento y la baja experiencia acumulada pueden ser razones que provoquen este déficit, que de todos modos debería ser objeto de un análisis en profundidad (Herce *et al.,* 2009: 27).

Por su parte, los expertos no tradicionales han comprobado lo siguiente:

— Muchas comunidades no ofrecen esta prestación a los usuarios. La única que lo hace de manera sistemática es el País Vasco.

— Algunas comunidades, como Cataluña o Andalucía, han restringido, de iure o de facto, el derecho de asistencia personal a los menores.

— Tres años tras la aprobación de la Ley, la figura laboral del asistente personal sigue sin estar regulada.

— Allí donde se ha concedido, la prestación, una vez descontado el copago y teniendo en cuenta que hay que pagar con su importe las contribuciones a la Seguridad Social del asistente personal, resulta insuficiente para garantizar la autonomía de las personas que lo necesitan.

— En muchas comunidades se acaban percibiendo más horas de atención con el Servicio de Ayuda a Domicilio que con la prestación económica de asistencia personal.

V. LA ASISTENCIA PERSONAL Y SU DESARROLLO EN EUROPA

La asistencia personal es un servicio de apoyo a la vida independiente (10) y la promoción de la autonomía de las personas discriminadas por su diversidad funcional, que se instrumenta a través de una figura laboral todavía no regulada en nuestro país. La figura del asistente personal es de reciente implantación en España (11) a pesar de llevar más de treinta años de implantación y desarrollo en otros países como Estados Unidos, Reino Unido, Suecia, Noruega y Brasil.

La asistencia personal se caracteriza por permitir a las personas discriminadas por cualquier tipo de diversidad funcional (física, mental, de aprendizaje, sensorial, etc.) asumir tanta responsabilidad y control como deseen sobre los apoyos que estimen necesarios para su emancipación. Ofrece, por tanto, soluciones personalizadas de apoyo a

la vida independiente, garantizando y posibilitando así la igualdad de oportunidades y la eliminación de las discriminaciones que sufren quienes presentan determinadas limitaciones funcionales.

Este tipo de apoyo se deriva de un derecho humano contemplado en la Convención Internacional de los Derechos de las Personas con Discapacidad (diversidad funcional) de Naciones Unidas, y sirve para garantizar derechos fundamentales, por lo que la inversión que se realiza en este ámbito debería prevalecer sobre otro tipo de inversión pública dedicada a acciones no destinadas a la garantía de derechos.

1. La asistencia personal en Europa

La asistencia personal lleva más de veinte años extendiéndose por Europa, a la que llegó en los años ochenta, procedente de los Estados Unidos. Para ello se formó la ENIL, de la que en España forma parte el Foro de Vida Independiente. En estos años se han aprobado leyes específicas de Vida Independiente en Suecia (1994) y Reino Unido (1997); leyes generales en Italia (2000), Noruega (2000) y España, que tiene un artículo específico en la LEPAP de 2006. También se han desarrollado proyectos o sistemas de pagos asimilables a la Vida Independiente en Holanda, Dinamarca, Italia, Francia, Bélgica, Alemania, Eslovenia y Suiza.

La ENIL (12) lanzó en 2009 una campaña para llevar la asistencia personal a todos los países de la Unión Europea, apoyándose en la Convención de la ONU. Se calcula que más de 100.000 personas reciben asistencia personal en sus diferentes modalidades en Europa, la mayoría en Suecia, Francia, Holanda, Reino Unido y Noruega.

2. La asistencia personal en España

En España, a pesar de ser una figura reconocida en el artículo 19 de la LEPAP, en julio de 2011 (13) recibían la prestación económica por asistencia personal apenas 724 personas de las más de 1.500.000 (el 0,01 por 100) que la habían solicitado en todo el Estado español. Resulta llamativo que 554 (76,8 por 100) de esas prestaciones se han concedido en el País Vasco, primera comunidad autónoma en instaurar prestaciones de asistencia personal en el año 2004, incluso antes de la aprobación de la LEPAP (14).

3. La figura del asistente personal

Bien conocida en los países de tradición anglosajona, la figura del asistente personal ha sido ya descrita con detalle en textos en castellano. Como hemos escrito Rodríguez-Picabea y Romañach (2006):

> Un asistente personal es una persona que ayuda a otra a desarrollar su vida. … es por tanto aquella persona que realiza o ayuda a realizar las tareas de la vida diaria a otra persona que por su situación, bien sea por una diversidad funcional o por otros motivos, no puede realizarlas por sí misma.
>
> Esta ayuda está regulada por un contrato profesional en el que el usuario o usuaria, habitualmente la persona con diversidad funcional o su representante legal, es la parte contratante. La existencia del asistente personal se basa en el deseo y el derecho de las personas con diversidad funcional a controlar su propia vida y a vivirla con la dignidad que conlleva estar en igualdad de oportunidades con el resto de la ciudadanía.

Ese mismo documento concluía:

> Es por tanto la fórmula Asistente Personal + Pago Directo + Derecho Universal la que dota al individuo de las herramientas necesarias para poder llevar una vida independiente. Es la que iguala esa desventaja inicial que han tenido siempre las personas con diversidad funcional por el hecho de ser diferentes. Es la que garantiza el verdadero control de la vida por parte del individuo, sin intermediarios. Es el poder tomar decisiones aunque éstas sean equivocadas y así poder desarrollar una vida junto con tu entorno social. Es ser y sentirse una ciudadana o un ciudadano más.
>
> En España, el Sistema de Promoción de la Autonomía que se estipula en la Ley de Promoción de la Autonomía de las Personas en Situación de Dependencia puede convertirse en la pieza clave para proporcionar a los ciudadanos los recursos que necesitan para poder disponer de asistencia personal que ellos mismos controlen. Será en el desarrollo de este sistema donde se podrá comprobar si España es capaz de modernizar de manera efectiva su política social, consiguiendo así una mejora importante para toda la ciudadanía.

Tal como se ha mencionado anteriormente, la LEPAP estableció en 2006 una prestación económica de asistencia personal, a todas luces insuficiente y restringida, pero significó un primer paso para el futuro desarrollo de esta figura en España. Además, esta novedosa figura constituye una fuente de empleo flexible, no deslocalizable, profesional y humanamente atractivo y enriquecedor, adaptable al territorio y a las necesidades específicas de la persona, y una inmejorable inversión directa de empleo, ya que la mínima presencia de costes indirectos sobre gestión garantiza que la inversión de fondos públicos se traduzca en empleos directos sin intermediarios y sin lucro empresarial.

A diferencia de otras prestaciones y servicios (cuidador no profesional o Servicio de Ayuda a Domicilio [SAD]), la asistencia personal no es un mero complemento a la atención familiar, sino una alternativa sustitutoria de ese rol tradicio-

nal de las mujeres. Mientras las otras medidas se orientan a ayudar a las mujeres de la familia a mantener su papel de cuidadoras, aliviando algo su carga de trabajo o indemnizándoles mínimamente, la asistencia personal permite recobrar por completo la libertad a las personas con diversidad funcional y a las mujeres o cuidadores habituales de su entorno familiar.

4. La asistencia personal en la legislación española

Aparte de la prestación económica ya mencionada y estipulada en la LEPAP, existen otras menciones legales a esta figura, dentro y fuera de ese texto legal.

4.1. *La Convención de la ONU*

La Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad de la ONU forma parte de la legislación española desde el 21 de abril de 2008, fecha en la que fue publicada en el *BOE* (15), entrando en vigor el día 3 de mayo de ese mismo año, al cumplirse los requisitos de plazos y de número de países que la han aprobado. Tiene como objetivo garantizar a las personas con discapacidad o diversidad funcional todos los derechos humanos y el respeto a su dignidad inherente (art. 1). En particular, reconoce explícitamente el *derecho a la vida independiente* y obliga a los estados a proporcionar la asistencia personal necesaria para desarrollar la vida en comunidad, con plena participación social y en igualdad de oportunidades con el resto de la ciudadanía. El artículo 19 reconoce concretamente «el derecho en igualdad de condiciones de todas las personas con discapacidad a vivir en la comunidad, con opciones iguales a las de las demás» e insta a los estados a adoptar «medidas efectivas y pertinentes para facilitar el pleno goce de este derecho por las personas con discapacidad y su plena inclusión y participación en la comunidad», asegurando en especial que:

> *a)* las personas con discapacidad tengan la oportunidad de elegir su lugar de residencia y dónde y con quién vivir, en igualdad de condiciones con las demás, y no se vean obligadas a vivir con arreglo a un sistema de vida específico;
>
> *b)* las personas con discapacidad tengan acceso a una variedad de servicios de asistencia domiciliaria, residencial y otros servicios de apoyo de la comunidad, incluida la asistencia personal que sea necesaria para facilitar su existencia y su inclusión en la comunidad y para evitar su aislamiento o separación de ésta;
>
> *c)* las instalaciones y los servicios comunitarios para la población en general estén a disposición, en igualdad de condiciones, de las personas con discapacidad y tengan en cuenta sus necesidades.

Al entrar la Convención en el sistema legislativo español con prioridad (16) sobre la Ley 39/2006, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia (LEPAP), la progresiva implantación de la Convención puede obligar a modificar el artículo 19 de esta última, cuya visión reduccionista de la asistencia personal se plasma en la siguiente formulación:

> La prestación económica de asistencia personal tiene como finalidad la promoción de la autonomía de las personas con gran dependencia. Su objetivo es contribuir a la contratación de una asistencia personal, durante un número de horas, que facilite al beneficiario el acceso a la educación y al trabajo, así como una vida más autónoma en el ejercicio de las actividades básicas de la vida diaria. Previo acuerdo del Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, se establecerán las condiciones específicas de acceso a esta prestación.

Obsérvese que, si bien la Convención habla de «plena inclusión y participación en la comunidad» y de «vivir en igualdad de condiciones con las demás», la LEPAP sólo habla de «contribuir a la contratación de una asistencia personal, durante un número de horas, que facilite al beneficiario el acceso a la educación y al trabajo, así como una vida más autónoma en el ejercicio de las actividades básicas de la vida diaria». La diferencia es muy relevante, ya que «la plena inclusión en la comunidad» abarca actividades sociales, culturales, de ocio y deportivas ignoradas por la LEPAP; además, una vida «en igualdad de condiciones con los demás» no se garantiza con una «contribución» igual para todos, sino con prestaciones adecuadas a las diferencias de cada persona.

La definición de «ajuste razonable» que la misma Convención establece en su artículo 2 entiende por tales «las modificaciones y adaptaciones necesarias y adecuadas que no impongan una carga desproporcionada o indebida, cuando se requieran en un caso particular, para garantizar a las personas con discapacidad el goce o ejercicio, en igualdad de condiciones con las demás, de todos los derechos humanos y libertades fundamentales. En particular, no se puede considerar que un determinado número de horas de asistencia personal es «desproporcionado o indebido» si el recurso alternativo que se ofrece no permite ejercer todos los derechos humanos y las libertades fundamentales en igualdad con el resto de la ciudadanía. Por otro lado, institucionalizar a una persona por razón de su diversidad funcional nunca puede ser considerado un «ajuste razonable» porque vulnera los derechos humanos, concretamente los recogidos en más de una docena de artículos de la correspondiente Declaración Univer-

sal (concretamente, en los artículos 3, 5, 12, 13, 16, 17, 18, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29 y 30).

La Convención también podría obligar a modificar otros artículos de la LEPAP, como el 14, que da prioridad a los servicios sobre la asistencia personal; el 33, que, al establecer el copago, impide las condiciones de igualdad, y el artículo 29, que restringe la plena capacidad de elección del usuario.

4.2. *La LIONDAU*

En diciembre de 2003 se aprobó la Ley de Igualdad de Oportunidades, no Discriminación y Accesibilidad Universal de las Personas con Discapacidad, conocida como LIONDAU. En su artículo 9, explicita la asistencia personal como apoyo complementario para hacer efectivo el paradigma de vida independiente, que el artículo 2 recoge como principio rector, definiéndolo como «la situación en la que la persona con discapacidad ejerce el poder de decisión sobre su propia existencia y participa activamente en la vida de su comunidad, conforme al derecho al libre desarrollo de la personalidad».

4.3. *El Real Decreto 870/2007, de empleo con apoyo*

También está relacionado con la asistencia personal el Real Decreto 870/2007, de 2 de julio, a través del cual se regula el programa de empleo con apoyo como medida de fomento de empleo de personas con discapacidad en el mercado ordinario de trabajo. Tal como se indica en la propia norma, por empleo con apoyo se entiende «el conjunto de acciones de orientación y acompañamiento individualizado en el puesto de trabajo, prestadas por preparadores laborales especializados, que tienen por objeto facilitar la adaptación social y laboral de trabajadores con discapacidad con especiales dificultades de inserción laboral en empresas del mercado ordinario de trabajo en condiciones similares al resto de los trabajadores que desempeñan puestos equivalentes» (art. 2).

En este Decreto no se contempla la figura de la asistencia personal, sino la del preparador laboral como persona que apoya habitualmente a otra en el proceso de su integración en el mundo laboral. En su artículo 7, la disposición establece en qué consiste la figura del preparador laboral, al contemplar que las «acciones de empleo con apoyo serán llevadas a cabo por preparadores laborales, los cuales deberán estar en posesión de una titulación mínima de formación profesional de grado medio o equivalente y acreditar una experiencia previa de al menos un año en actividades de integración laboral de personas con discapacidad que les capacite para la realización de las funciones propias de su puesto».

Los expertos no tradicionales han sostenido siempre que la asistencia personal no se reduce a la tradicional visión de apoyo a las personas con diversidad funcional física, sino que incluye cualquier tipo de apoyo humano que sirva para situar en igualdad de oportunidades a las personas discriminadas por cualquier tipo de diversidad funcional (visual, auditiva, mental, intelectual, física, etc.). Por ello, se hace referencia aquí a este Decreto para enriquecer los tipos de funciones y regulaciones que quedan dentro del ámbito de la asistencia personal.

4.4. *La LEPAP*

En la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia de 2006, abreviada como LEPAP, la definición de «asistencia personal» queda recogida en el artículo 2.7, según el cual ésta equivale a un «servicio prestado por un asistente personal que realiza o colabora en tareas de la vida cotidiana de una persona en situación de dependencia, de cara a fomentar su vida independiente, promoviendo y potenciando su autonomía personal». En el artículo 14.5 se establece una prestación económica para asistencia personal «en los términos del artículo 19», recogido con anterioridad.

Obsérvese que mientras el artículo 2.7 y el artículo 14.5 hacen referencia a «personas en situación de dependencia», el artículo 19 restringe la prestación económica a «personas con gran dependencia». Esta discriminación arbitraria choca frontalmente con el derecho recogido en el artículo 4.2.k a la «igualdad de oportunidades, no discriminación y accesibilidad universal…». Otra carencia fundamental del artículo 19 reside en el hecho de no contemplar las actividades de participación en la vida comunitaria, social y cívica. Esto impide alcanzar el objetivo marcado por el artículo 13.b, que es, concretamente, proporcionar a las personas que, según la Ley, se hallan en situación de dependencia «un trato digno en todos los ámbitos de su vida personal, familiar y social, facilitando su incorporación activa en la vida de la comunidad».

El importe máximo que puede alcanzar la prestación económica para asistencia personal es de 831 euros/mes (grado III-nivel 2) (17). A esta cantidad máxima habrá que deducirle el copago que estipule cada comunidad autónoma y las prestaciones de carácter análogo que ya se estén percibiendo (complementos de «gran invalidez», de

«tercera persona» y de «hijo a cargo», etc.). Incluso en el caso de ser baremado en grado III-nivel 2 y no imponer copago, la cantidad máxima de 831 euros/mes sólo permite contratar 2-3 horas diarias de asistencia personal. Teniendo en cuenta que hablamos de personas baremadas en grado III, que necesitan un amplio nivel de apoyos todos los días, se hace evidente que el importe ni siquiera alcanza para la mera supervivencia, menos aún para cumplir el objetivo de la prestación para asistencia personal: facilitar el acceso al mundo laboral y los estudios.

VI. LAS VENTAJAS DE LA ASISTENCIA PERSONAL

1. La asistencia personal como inversión en empleo

A pesar de la escasa implantación de la figura del asistente personal y de los servicios de asistencia personal en España, las experiencias desarrolladas en la Diputación Foral de Guipúzcoa, la Comunidad Autónoma de Madrid, la Comunidad Autónoma de Galicia y el Ayuntamiento de Barcelona en los últimos años han permitido que se disponga de algunos datos de referencia para evaluar el impacto en el empleo de las inversiones públicas realizadas en este ámbito.

Así, en el proyecto piloto desarrollado en la Comunidad de Madrid durante el periodo 2006-2008, el 98 por 100 de la inversión desarrollada en este campo ha sido empleada directamente en puestos de trabajo (18). Atendiendo a 62 usuarios a los que se les proveía de asistencia personal se han generado 120 puestos de trabajo directo; tan sólo el 2 por 100 de la inversión se ha dedicado a gastos de gestión (alquiler de oficinas, teléfonos, luz, electricidad, etc.). De estos 120 puestos de trabajo, cinco estaban dedicados a la coordinación y gestión, y 115 daban atención directa de asistencia personal a los usuarios.

Además de la eficiencia económica a la que apuntan los datos cuantitativos expuestos, hay que destacar también algunos aspectos cualitativos del empleo generado. Por una parte, posibilita la incorporación de colectivos con dificultades de acceso al mundo laboral (estudiantes, mujeres extranjeras, mujeres mayores de 40 años, personas con diversidad funcional —en puestos de coordinación—, etc.). Por otra parte, las condiciones laborales y los incentivos de desarrollo personal suponen una mejora en la calidad de vida de trabajadores que pueden encontrarse en la economía sumergida y/o en servicios (residencias, SAD) despersonalizados y con cargas de trabajo extenuantes. Asimismo, la flexibilidad del servicio permite atender las necesidades de entornos rurales y urbanos con mayor rapidez y adaptabilidad que otros (residencias, SAD). Por último, los puestos de trabajo creados no son deslocalizables, es decir, redundan directamente en beneficio de la comunidad de la que el beneficiario de la prestación forma parte.

2. Ventajas económicas y de retorno de la inversión

En España existen muy pocos análisis que contemplen los beneficios económicos, además de los sociales y de igualdad, de la implantación de la asistencia personal. Sin embargo, otros países, como Reino Unido, que cuentan con una larga experiencia en políticas de vida independiente, pago directo y asistencia personal, ya han averiguado las bondades de la flexibilidad y la eficiencia económica de este tipo de políticas. Tanto es así que el pago directo y la asistencia personal son el eje fundamental de la política estratégica británica para los próximos veinte años, orientada a erradicar la discriminación por diversidad funcional.

En un ámbito más modesto, y con la escasa experiencia derivada de los proyectos piloto realizados en toda España, se pueden realizar pequeñas aproximaciones utilizando para ello, de momento, casos concretos. Así, por ejemplo, un estudio realizado por expertos no tradicionales, basándose en la experiencia piloto de Vida Independiente del Ayuntamiento de Barcelona, arroja los siguientes datos:

— La asistencia personal resulta un 33 por 100 más barata que el servicio de ayuda a domicilio (12 euros/hora *vs.* 18 euros/hora).

— La asistencia personal resulta un 21 por 100 más barata que una plaza de residencia (2.500 euros/mes *vs.* 3.100 euros/mes).

La bondad económica de la asistencia personal queda también reflejada en el retorno de la inversión, que supone, además de garantizar la participación en igualdad de oportunidades en la sociedad, la incorporación al mundo laboral de las personas discriminadas por su diversidad funcional.

A modo ilustrativo, se expone a continuación el análisis del retorno de la inversión en dos casos de personas con perfiles parecidos que han tenido lugar en España con una separación de quince años. El primer caso es el de una persona que adquirió su tetraplejia en el año 1991, cuando no había ni políticas ni noción del concepto de asistencia personal. El segundo caso es el de una persona que adquirió su

tetraplejia en el año 2005, y que fue incorporada al proyecto de la Oficina de Vida Independiente de la Comunidad de Madrid, a través del cual recibió muy pronto asistencia personal. En ambos casos, se trata de varones residentes en Madrid, con titulación superior, que tuvieron un accidente a los 28 años, con consecuencia de tetraplejia. En ambos casos, se obtuvieron pensiones contributivas altas respecto a la media, con complemento de gran invalidez.

En el primer caso, al salir del hospital recibió una pensión, la empresa puso muchas trabas para readmitirlo, no obtuvo asistencia personal y pronto desistió de buscar trabajo, principalmente por necesitar asistencia para realizar algunas de las tareas laborales, que sólo con la ayuda de su familia no tenían solución. En el segundo caso, al salir del hospital recibió una pensión, y aunque la empresa puso también muchas trabas para readmitirlo, obtuvo asistencia personal que le permitió aprender a desenvolverse con normalidad en la sociedad. Dos años después del accidente volvió a trabajar para una empresa del mismo sector.

El primer caso (caso 1) es hoy en día perceptor de una pensión de gran invalidez y no participa en la producción de riqueza económica. Por tanto, es un consumidor neto de recursos públicos. No hay retorno de puestos de trabajo, ya que es la familia la que se encarga de atenderle. El segundo caso (caso 2) percibe un salario de la empresa y no tiene pensión pública, pero recibe asistencia personal financiada por la Comunidad de Madrid. Participa en el proceso de creación de riqueza a través de su empresa. De su situación se crean, al menos, tres puestos de trabajo: el propio y el de dos asistentes personales.

En ambos casos, se produce un retorno de la inversión al Estado a través de los impuestos indirectos, es decir a través del consumo, que se estima en un 16 por 100 del salario o pensión recibida. Para el caso 1 supondremos una pensión de 2.000 euros y un complemento de gran invalidez de 1.000 euros, lo que resulta en una pensión anual de 42.000 euros: (2.000+1.000) x 14. Para el segundo caso supondremos un salario de 25.000 euros anuales para la persona y una inversión de 25.000 euros en asistencia personal (al menos dos asistentes).

Caso 1:

Inversión pública	
Pensión	28.000
Complemento gran invalidez	14.000
Total	**42.000**
Retorno	
Impuestos indirectos	- 6.720
Total	**6.720**
Saldo de la inversión pública	**35.280**

Así pues, en el caso 1 la persona es consumidora neta de recursos públicos por un importe del orden de 35.000 euros/año (aproximadamente el coste de una plaza de residencia).

A la hora de analizar el caso 2, conviene aportar nueva información. La empresa privada para la que la persona trabaja paga aproximadamente un 30 por 100 de su salario a la Seguridad Social. Lo mismo ocurre con los asistentes personales (aunque este retorno directo por Seguridad Social hay que detraerlo del cálculo del retorno por impuestos indirectos, ya que está incluido como coste de la propia asistencia). El retorno por impuestos indirectos se produce en la misma proporción (16 por 100), tanto por parte de la persona como por parte de sus asistentes.

Caso 2

Inversión pública	
Asistencia personal	25.000
Total	**25.000**
Salario privado	**25.000**
Retorno	
Impuestos indirectos usuario	- 4.000
Impuestos indirectos asistentes personales	- 2.800
Seguridad social empresa	- 7.500
Seguridad social asistentes personales	- 7.500
Total	**- 21.800**
Saldo de la inversión pública	**3.200**

En el caso 2, la inversión pública ronda los 3.000 euros/año (aproximadamente un 10 por 100 del coste de una residencia).

Podemos concluir que, en casos como los expuestos, las administraciones públicas ahorrarían unos 32.000 euros anuales con una sola persona adoptando políticas de asistencia personal. Dado que el caso 1 es un caso con 15 años de pervivencia, si hubiera habido políticas de asistencia personal en el año 1991, el Estado podría haberse ahorrado casi 500.000 euros en este periodo. La provisión de políticas de asistencia personal adecuadas podría favorecer semejantes ahorros en el futuro.

Se podría argumentar que se trata de un caso no excesivamente frecuente y que, en otros muchos, la diferencia de ahorro entre las políticas tradicionales y las políticas basadas en asistencia personal puede disminuir hasta hacerse nula o incluso negativa. Pero seguramente en muchos más casos de lo que se piensa (habría que estudiar con profundidad las características de esos casos) ese retorno existe y constituye un ahorro neto para las arcas públicas. Además, hay que tener en cuenta que, al liberar a la familia de las tareas de asistencia, algunos de sus miembros podrían,

a su vez, incorporarse a la vida laboral, con el consiguiente beneficio para la producción de riqueza y para las cuentas públicas.

3. La asistencia personal como inversión en derechos para todas las personas

Un ejemplo paradigmático de las situaciones de desigualdad múltiple es el que ha puesto sobre el tapete la reciente legislación sobre autonomía personal. En diciembre de 2006 se aprobó la LEPAP, que debía materializar una serie de herramientas sociales que permitiesen destejer una de las redes de vulneración de derechos más tupida y férrea que atenaza nuestra sociedad: la dependencia. Los principales grupos humanos relacionados con la falta de un ejercicio efectivo de sus derechos humanos son tres:

— Las personas que necesitan apoyos humanos y tecnológicos para desarrollar sus actividades cotidianas, más allá de la mera supervivencia que puedan proporcionar los servicios institucionalizadores (residencias, centros de día, SAD), y que aspiran a la emancipación, a la plena participación social en igualdad de oportunidades, con apoyos como la autogestión de asistencia personal y tecnológica.

— Las personas —muy mayoritariamente mujeres— que prestan asistencia no remunerada en el ámbito familiar, más allá de los «respiros», y que aspiran a recobrar su libertad, bien para dedicarse a otras cosas, bien para seguir prestando asistencia, pero en un marco de garantías laborales acorde a la Europa del siglo XXI.

— Las personas —mayoritariamente mujeres inmigrantes— que trabajan en el ámbito de la atención personal y, más allá de perpetuarse en la precariedad de la economía sumergida, aspiran a unas condiciones laborales dignas que les permitan desarrollar con normalidad su actividad profesional.

La LEPAP recogía como principio la priorización de los servicios sobre las prestaciones económicas. La falta de visibilidad de las personas con diversidad funcional que necesitan apoyos para las actividades cotidianas —no están en el mundo laboral, ni en el sindical ni en el político— no favoreció su justa consideración a la hora de diseñar la Ley y poner en marcha la poderosa maquinaria económica adjunta. Aquí es donde los derechos humanos deberían haber servido de guía para tener en cuenta la opinión de los expertos no tradicionales, evitando así priorizar en la letra de la Ley los servicios sobre las prestaciones económicas. El tiempo ha venido a constatar las preferencias de la ciudadanía.

La garantía de una vida independiente, un derecho humano, no se adquiere simplemente inyectando recursos sociales, que en muchas ocasiones se pierden en los entresijos burocráticos y empresariales intermedios. El derecho a la igualdad debe basarse en la circulación de derechos a través de la inversión directa en las personas que los perciben, de manera que, cumpliendo con sus deberes tributarios y de justificación, la mayor parte de los recursos disponibles llegue al final de la cadena para que sean transformados en el apoyo individual y específico que cada persona precisa para alcanzar la igualdad de oportunidades.

De manera natural, esta inversión en derechos debería revertir a otros colectivos discriminados por este sistema, como el de las mujeres. En efecto, la igualdad de oportunidades no puede seguir basándose en la sobrecarga de trabajo y la discriminación de las mujeres, lo que, en gran medida, ocurre, habida cuenta de que la LEPAP ha priorizado masivamente las prestaciones de cuidador familiar. Obsérvese que esta prestación prolonga la situación de atención permanente de esas mujeres a sus familiares a cambio de una prestación económica de importe muy inferior al salario mínimo interprofesional: intenta, por tanto, resolver sin éxito el problema de falta de libertad a cambio de recursos insuficientes, pero líquidos.

La interdependencia de los derechos humanos de los tres colectivos enredados en una triple desigualdad —personas con diversidad funcional, mujeres del entorno familiar, mujeres inmigrantes— requiere de un abordaje nuevo que se articule en torno al ejercicio efectivo de los derechos y las libertades fundamentales de todos los implicados. En este sentido, una referencia clave es la vía escandinava. Por ejemplo, en la ciudad de Estocolmo hace tiempo que no existe ni una sola plaza residencial para personas con diversidad funcional física; en caso de diversidad intelectual, se mantienen pisos compartidos (Ratzka, 2007). Como es sabido, la tasa de actividad de las mujeres en Suecia es muy superior a la española. A esa situación no se ha llegado ni por casualidad ni por decreto, sino apostando por dar libertad real (esto es, garantizando los recursos necesarios) a la ciudadanía para elegir cómo querían vivir. No se prohibieron las residencias (como se ha hecho en Dinamarca), ni se concedieron pequeños subsidios a las mujeres para que se mantuvieran donde no querían estar, ni se dejó exclusivamente en manos del mercado el valor del trabajo a realizar. Bastó con financiar deci-

didamente la asistencia personal para que las personas con diversidad funcional pudieran cumplir sus deseos de vida independiente, las mujeres pudieran recobrar íntegramente su libertad y las personas que trabajan en el sector consiguieran unas condiciones laborales dignas.

VII. CUESTIÓN DE PREVALENCIA SOCIAL. LOS CRÉDITOS AMPLIABLES

Los recursos económicos son limitados, mientras que, como la experiencia muestra, las necesidades tienden a ser ilimitadas. Por otro lado, no todas las necesidades son iguales en gravedad e intensidad. Tanto es así que hasta los economistas han identificado necesidades inducidas por las técnicas de promoción comercial. Dicho en otros términos, hay presuntas necesidades que en absoluto son vitales ni atañen a los derechos fundamentales de la persona. Por consiguiente, tampoco merecen el mismo tratamiento desde la perspectiva presupuestaria y pública.

Pongamos de nuevo un caso concreto. Un niño contrae un virus que le deja en una situación equivalente a la de una parálisis cerebral. El niño tiene cinco años y está escolarizado. Precisa de una silla motorizada y articulada que le permita seguir la clase en las mismas condiciones que sus compañeros. Sus padres carecen de recursos para desembolsar 2.000 euros. Lo solicitan a la Administración educativa, que deniega la solicitud. A poca distancia del colegio hay un campo de fútbol vecinal. Durante décadas, los jóvenes del lugar han jugado en ese terreno sin mayores contratiempos. Pero ahora alguien decide que sería mejor dotarlo de césped artificial. Solicitan césped artificial y obtienen una ayuda pública de 300.000 euros. A los pocos meses, la falta de cuidados y mantenimiento malogran esa mejora del terreno.

Un mínimo sentido de la equidad basta para enjuiciar qué es prevalente a la hora de atender ambas necesidades: la silla de ese niño o el césped artificial para uso de los jóvenes, que juegan un par de veces por semana. Cosa distinta es la capacidad de presión o de movilización. En estos ámbitos, resulta incuestionable la superioridad reivindicativa del colectivo de jóvenes y del entramado que les rodea.

No obstante, aquí, el más elemental sentido de la equidad sólo es una herramienta intuitiva o aproximativa, de innegable utilidad, aunque incompleta. La herramienta más idónea es la que tiene como aleación el componente de los derechos humanos básicos y, en concreto, de los derechos sociales fundamentales con refrendo internacional.

La Constitución Española, consciente de la trascendencia del respeto a la legalidad internacional en un Estado democrático y social, afirma en su artículo 10.2:

> Las normas relativas a los derechos fundamentales y a las libertades que la Constitución reconoce, se interpretarán de conformidad con la Declaración Universal de Derechos Humanos y los tratados y acuerdos internacionales sobre la materia ratificados por España.

¿Es la educación de un niño un derecho fundamental en España? Lo es, como proclama el artículo 27 de la Constitución. Ese derecho fundamental a la educación que asiste a un niño español de cinco años, que precisa de una silla adaptada para seguir las enseñanzas del mismo modo que sus compañeros de clase, viene desarrollado con carácter prioritario en la pirámide normativa por la Convención de Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (diversidad funcional), ratificada —junto con su Protocolo adicional— por España, como consta en el *BOE* de 21 de abril de 2008. España y los españoles podemos sentirnos orgullosos de nuestra nación y comunidad de valores básicos, por tener la fortuna de pertenecer a uno de los primeros estados de la Unión Europea, junto con Suecia, y del mundo en dar este trascendental paso.

De manera que el artículo 27 de nuestra Constitución, por mandato de su propio artículo 10.2, ha de ser integrado preferentemente en este ejemplo con el artículo 24 de dicha Convención, que, entre otras cosas, insta a los estados firmantes a que:

> *a)* las personas con discapacidad no queden excluidas del sistema general de educación por motivos de discapacidad, y que los niños y las niñas con discapacidad no queden excluidos de la enseñanza primaria gratuita y obligatoria ni de la enseñanza secundaria por motivos de discapacidad;
>
> *b)* las personas con discapacidad puedan acceder a una educación primaria y secundaria inclusiva, de calidad y gratuita, en igualdad de condiciones con las demás, en la comunidad en que vivan;
>
> *c)* se hagan ajustes razonables en función de las necesidades individuales;
>
> *d)* se preste el apoyo necesario a las personas con discapacidad, en el marco del sistema general de educación, para facilitar su formación efectiva;
>
> *e)* se faciliten medidas de apoyo personalizadas y efectivas en entornos que fomenten al máximo el desarrollo académico y social, de conformidad con el objetivo de la plena inclusión.

En síntesis, no se trata pues de que el niño que nos sirve de ejemplo se vea favorecido, en la competencia por los escasos recursos presupuestarios del conjunto de las

administraciones públicas, por un primario sentido de equidad, frente a la desigual competencia de los jóvenes que aspiran a jugar su partido en un campo de fútbol vecinal con césped artificial. Es que, además y sobre todo, a ese jovencísimo conciudadano le asiste un derecho social prevalente sobre el hipotético derecho a jugar al fútbol sobre césped artificial, que, como mucho, tendría su engarce en el artículo 43.3 de la Constitución, que no trata de un derecho material, sino de un mero principio rector de la política social y económica, en el ámbito del fomento y con carácter discrecional muy secundario. Un análisis equivalente se podría hacer para un estudiante que, además de la silla, precise de asistencia personal para acudir a sus clases, tomar apuntes, ir al baño cuando fuera necesario, etcétera.

Es claro que los recursos presupuestarios son limitados para atender todas las eventuales demandas que surjan de la colectividad, como también es claro que no todos los derechos, o simples intereses, que se invocan están en el mismo plano jurídico o de pura equidad. En consecuencia, tampoco la respuesta presupuestaria de las administraciones públicas puede ser la misma. Por ello, para garantizar la perfecta correlación entre los derechos sociales fundamentales, como derechos humanos básicos que son, y su idóneo tratamiento económico-presupuestario, resulta indispensable e indemorable generalizar la evaluación de prevalencia social (EPS) en la asignación de los recursos presupuestarios. Esto implica que la prevalencia o prioridad jurídica de unos derechos sustantivos sobre otros, y más sobre simples intereses, fuesen o no espurios, debe discurrir indisociablemente en paralelo con este instrumento analítico. La EPS es, de esta forma, la mejor garantía material para que la literatura jurídica se convierta en hechos tangibles, sin demoras ni subterfugios legales.

Generalizar la EPS implica realizar un cambio de cultura en la gestión pública. Los cambios culturales suelen ser más lentos que los científico-técnicos. Sin embargo, en tanto no se culmina este proceso, que no debiera llevar más de un trienio, existen medidas alternativas de primer orden que pueden ser aplicadas inmediatamente ya para el próximo ejercicio presupuestario. Entre ellas, cabe destacar la calificación de los créditos que atañen a los derechos sociales fundamentales, y en concreto a la antedicha Convención de Naciones Unidas y a la propia LEPAP, como créditos ampliables por todas las administraciones públicas responsables de su desarrollo, aplicación y ejecución.

Si se sostiene que la LEPAP constituye el núcleo del cuarto pilar del Estado del bienestar español, también ha de dársele idéntico tratamiento presupuestario que a la sanidad, la enseñanza y la cobertura de desempleo. Si no fuese así, estaríamos ante un remedo de caridad institucional, de benevolencia graciable, sujeta a una anual subasta presupuestaria.

La solidaridad se diferencia de la caridad en que la primera da respuesta a qué precisan los ciudadanos en peor situación relativa, mientras que la segunda plantea qué hay sobrante para obsequiárselo a los necesitados.

VIII. ANÁLISIS DE LAS INCOHERENCIAS EN EL DESARROLLO DE LAS PRESTACIONES ECONÓMICAS

Una vez desarrollado el concepto de asistencia personal y expuesta la visión basada en derechos, que debería dar lugar a un cambio general en todas las políticas sociales relacionadas con la diversidad funcional y, por supuesto, en la LEPAP, corresponde analizar los errores cometidos en la concesión de prestaciones económicas y proponer la ruta que esas mismas prestaciones económicas deberían seguir en un futuro.

1. La prestación económica de cuidados familiares (PECF)

El desenfrenado crecimiento de esta prestación, inicialmente considerada excepcional, tiene una explicación basada en diversos factores. Quizás el más destacable sea el bajo coste de la prestación y la sencillez del procedimiento para las administraciones públicas. Desde el punto de vista del receptor, lo más relevante es la ausencia de aportación económica (o copago), que sí existe en otros servicios. Para ser más precisos, hay copago en forma de reducción de la prestación según capacidad económica, similar a las otras prestaciones económicas, pero la familia recibe liquidez y no incurre en ningún gasto. Además, la Seguridad Social del cuidador o cuidadora corre de parte de la Administración.

Por otro lado, la fuerte insuficiencia de la prestación de asistencia personal, única que permitiría una vida independiente a la persona con diversidad funcional, provoca que, en cualquier caso, la familia se vea forzada a seguir prestando asistencia «informal». Ya puestos a seguir casi igual, prefieren cobrar algo por ello. También se han apuntado como motivos de la profusión de esta prestación la publicidad confusa que se hizo de la Ley, que hizo pensar a muchas

personas que la prestación equivalía a una «paga».

Por lo tanto, ha sido el propio diseño de la Ley, su difusión y el desarrollo llevado a cabo por las comunidades autónomas lo que ha generado la situación actual, probablemente deseando atender al mayor número de personas posible, sin reparar en los perjuicios derivados de este modo de acción.

Por otro lado, cabe resaltar que la PCEF entraña diversos riesgos, entre los que se encuentra la dependencia familiar del ingreso; además, por un sueldo inferior al salario mínimo se «fuerza» a la persona cuidadora (habitualmente una mujer) a aceptar un trabajo de prácticamente 24 horas al día. También prolonga hacia el futuro la situación de dependencia de la persona atendida, que permanece dependiente de su familia y percibe que su emancipación tendría un impacto negativo en la economía familiar.

Desde otro punto de vista, el laboral, la PCEF no genera empleo, ya que la persona cuidadora no puede trabajar por cuidar de la persona, ni la persona para la cual se recibe la prestación tiene acceso posible al mundo laboral mientras le asista la familia. Asimismo, se utiliza para limitar la prestación de asistencia personal por la vía del desarrollo reglamentario, al admitirse como sucedáneo del cuidado familiar el de un cuidador no profesional no perteneciente a la familia (19).

Como se puede observar, el hecho de que más de la mitad de las prestaciones sean de este tipo implica de facto una prórroga de la dependencia, en lugar de una solución. Por tanto, conlleva, en última instancia, el mantenimiento de la situación de desigualdad de oportunidades que se pretendía resolver mediante la Ley.

2. La prestación económica de asistencia personal (PEAP)

Respecto a la PEAP, resulta muy llamativo su escaso desarrollo (0,1 por 100), así como que cuatro de cada cinco prestaciones de este tipo correspondan a una sola comunidad autónoma, el País Vasco. Tal como se ha indicado en el apartado IV, la novedad y la escasa experiencia acumulada pueden jugar en contra de esta prestación. Es un hecho contrastado que muchas comunidades no ofrecen esta prestación a los usuarios.

También conviene tener en cuenta que el importe de la prestación, una vez descontado el copago, y habida cuenta de que hay que pagar con su importe la Seguridad Social del trabajador, resulta absolutamente insuficiente para garantizar la autonomía de las personas que la necesitan. Tanto es así que algunos usuarios han optado por el Servicio de Ayuda a Domicilio (SAD), ya que ofrece más horas de atención que la prestación de asistencia personal.

Probablemente, el mal diseño de la PEAP, la escasez de apoyo administrativo y su consecuente escaso desarrollo hayan tenido como consecuencia que, varios años después de la aprobación de la Ley, la figura laboral del asistente personal sigue sin estar regulada. Sin embargo, a través de las experiencias piloto de asistencia personal desarrolladas en varias comunidades autónomas, ostensiblemente mejor diseñadas que la PEAP, se conocen las ventajas de la asistencia personal individualizada y suficiente. Así, se ha comprobado que llega a resultar un 33 por 100 más barata que el SAD, y un 21 por 100 más barata que una plaza de residencia.

Desde el punto de vista de inversión, casi la totalidad de los recursos utilizados se dedican directamente a generar empleo, y se crea una media de dos puestos de trabajo por cada persona que percibe una prestación suficiente. También posibilita a la persona que percibe la prestación la participación en el mundo laboral. Así pues, la PEAP permite a la persona que percibe la prestación emanciparse de su situación de dependencia, y a la familia (mayoritariamente mujeres) dejar de prestar asistencia forzosa e incorporarse al mercado de trabajo y/o a participar libremente en la comunidad.

3. PCEF *vs*. PEAP: Un caso práctico real

En aras de ilustrar las ventajas de la asistencia personal en relación con la prestación económica de cuidado familiar, se plantea ahora un escenario basado en un caso real.

Una madre con un hijo con diversidad funcional decidió, para atenderle, reducir su empleo retribuido a media jornada. Con la llegada de la LEPAP se le plantearon dos opciones: abandonar su empleo y aceptar la prestación de cuidador, percibiendo la prestación económica de aproximadamente 400 euros, o mantener su trabajo, pedir la prestación económica de asistencia personal, de aproximadamente 500 euros, y contratar un asistente personal para su hijo.

A pesar de las dificultades que hubo de superar para que su demanda fuera debidamente atendida por la Administración, y de verse obligada a acudir a la prensa y a los juzgados para reclamar la prestación, la madre obtuvo la prestación económica para asistencia personal, con el fin de mantener su independencia económica y promover la autonomía de su hijo. Como resultado, ella sigue teniendo trabajo hoy y, además, se ha creado un

nuevo puesto de trabajo para el asistente personal. Mientras que si se inclinaba por la primera opción se perdía un puesto de trabajo (el suyo), optando por la segunda posibilidad se consiguen dos, el suyo y el del asistente personal.

IX. CONCLUSIONES

Lo que queda por delante es el futuro social de todas las personas que viven en situación de dependencia. Para construir ese futuro, las prestaciones económicas van a ser una pieza fundamental. El Gobierno y las administraciones públicas van a tener que elegir entre cumplir la legislación vigente y respetar los derechos humanos de estas personas, desarrollando políticas públicas bajo estas premisas, o mantener el desarrollo actual y vulnerar los derechos humanos de estas personas, manteniendo su subordinación y su dependencia.

Para seguir el primer camino, las nuevas políticas públicas relacionadas con la diversidad funcional deberán incorporar como pieza fundamental la prestación económica de asistencia personal, ampliando su cobertura y su importe para adaptarlo a las necesidades de las personas en situación de dependencia. De esta manera, se estará contribuyendo a construir una sociedad más justa.

Asimismo, es importante que los expertos tradicionales adecuen su discurso y sus análisis a una concepción basada en el respeto a derechos humanos reconocidos, para lo que bastará con que escuchen las voces de los expertos no tradicionales, que conocen de primera mano los problemas que se pretende resolver. Una manera de hacerlo con garantías de éxito reside en desarrollar la figura del asistente personal. Semejante desarrollo puede producir beneficios en cuatro ámbitos.

En primer lugar, en lo que respecta a los derechos, la prestación económica de asistencia personal (PEAP) sirve para garantizar la igualdad de oportunidades viviendo en comunidad, garantía establecida en la LIONDAU y en la Convención de la ONU. En segundo lugar, desde un enfoque social, la PEAP libera a las mujeres de una subordinación histórica, proporciona libertad social y emancipación a las personas discriminadas por su diversidad funcional, y ofrece a la persona particular el apoyo que necesita adaptándose a su realidad. En tercer lugar, desde la perspectiva del empleo, la PEAP sirve para invertir en ocupación directa con ínfimos gastos de gestión; es además una fuente de empleo social, flexible, no deslocalizable, profesional, humanamente atractivo y enriquecedor, adaptable al territorio y a las necesidades específicas de la sociedad y la persona. Sirve asimismo para que las personas discriminadas por su diversidad funcional puedan acceder al empleo en igualdad de oportunidades, posibilitando así la incorporación de colectivos con dificultades de acceso al mundo laboral. Y también puede sacar de la precariedad a muchas personas que ya realizan esa labor. Finalmente, en cuarto lugar, desde la perspectiva económica es más rentable y eficiente que otros servicios como las residencias.

Téngase además en cuenta que la prestación económica de cuidado familiar —la que prevalece en el sistema español de atención a la dependencia— no está resolviendo el problema de la autonomía de la persona (sino, más bien, el de liquidez en su familia), ni está generando empleo. Si las administraciones, en lugar de desincentivar la prestación económica de asistencia personal, la hubieran promocionado, probablemente el escenario sería el inverso: se estaría promoviendo la autonomía de las personas y creando empleos.

Dado que España está en la cola de la OCDE a la hora de atender a las personas con diversidad funcional, y que actualmente la LEPAP sólo dedica el 10 por 100 de sus recursos a la igualdad de oportunidades (un 0,1 por 100 a asistencia personal), el camino que queda por recorrer es largo, y hay margen de maniobra para dar la vuelta a la situación en muy pocos años si existe voluntad política para hacerlo.

NOTAS

(1) Para una justificación del cambio de terminología de *discapacidad* a *diversidad funcional* véase ROMAÑACH y PALACIOS (2006).

(2) Para un análisis de la relación entre la dependencia y la diversidad funcional, véase ROMAÑACH y CENTENO (2007).

(3) Véase toda la documentación contenida en: http://www.forovidaindependiente.org/documentacion_asistencia_personal_y_LEPA y http://www.diversocracia.org/ideateca.htm.

(4) Como ejemplo, pueden consultarse las dos comparecencias parlamentarias del autor y otros activistas en el Congreso de los Diputados en: http://www.congreso.es/public_oficiales/L9/CONG/DS/CO/CO_228.PDF#page=2 y http://www.congreso.es/public_oficiales/L8/CONG/DS/CO/CO_222.PDF#page=18.

(5) PALACIOS (2008) ofrece una comparación entre las visiones sociales de la diversidad funcional.

(6) Explotación propia de datos.

(7) Para una comparación entre las visiones sociales de la diversidad funcional, véase PALACIOS (2008).

(8) Como se puede consultar en la web del Gobierno del Reino Unido: http://www.direct.gov.uk/en/DisabledPeople/FinancialSupport/DG_10016128

(9) Véase el Informe de la Asociación Estatal de Directoras y Gerentes de Servicios Sociales (2010: 15).

(10) Para conocer los orígenes del movimiento de Vida Independiente en España, véase MARAÑA y LOBATO (2003).

(11) Artículo 19 de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia.

(12) Véase http://www.enil.eu/enil/

(13) SAAD (Sistema para la Autonomía y la Atención a la Dependencia). Prestaciones reconocidas. Estadísticas del sistema para la autonomía y la atención a la dependencia. Situación a 1 de abril de 2011, p. 11.

(14) En más de una comunidad, la prestación de asistencia personal no es ofrecida por los evaluadores.

(15) Véase http://www.boe.es/boe/dias/2008/04/21/pdfs/A20648-20659.pdf

(16) Tal como se estipula en el artículo 27 de la Convención de Viena de 1969.

(17) Según datos de la Seguridad Social. Disponible en: http://www.seg-social.es/imserso/dependencia/dep_pre5.html#7

(18) Explotación propia de datos.

(19) El artículo 1.2 del RD 615/2007 permite la existencia de cuidadores no profesionales, equiparándolos a los familiares, cuando, en realidad, si no se es familiar se realiza una labor de asistencia personal.

BIBLIOGRAFÍA

ARRIBA GONZÁLEZ DE DURANA, A., y MORENO FUENTES, F. J., eds. (2009), *El tratamiento de la dependencia en los regímenes de bienestar europeos contemporáneos*, Colección Estudios. Serie dependencia (n.º 12007), Madrid, Ministerio de Sanidad y Política Social, Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO).

ASOCIACIÓN ESTATAL DE DIRECTORAS Y GERENTES DE SERVICIOS SOCIALES (2010), *Informe de seguimiento del SAAD. Mayo 2010,* Madrid, Observatorio Estatal de la Dependencia.

BASCONES, L. M. *et al.* (2004), *Ideas para una vida activa en igualdad de oportunidades. El futuro de la inDependencia*, Madrid.

HERCE SAN MIGUEL, J. A.; LÓPEZ CASASNOVAS, G.; RODRÍGUEZ CABRERO, G., y S. SOSVILLA RIVERO (2009), «Informe final del grupo de expertos para la evaluación del desarrollo y efectiva aplicación de la Ley 39/2006 14 de diciembre, de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia», septiembre, Madrid.

IMSERSO (2005), *Libro Blanco* sobre la atención a las personas en situación de dependencia en España, Madrid, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Disponible en: http://www.tt.mtas.es/periodico/serviciossociales/200501/libro_blanco_dependencia.htm

MARAÑA, J. J., y M. LOBATO (2003) «El movimiento de vida independiente en España», en *El movimiento de vida independiente. Experiencias internacionales,* Fundación Luis Vives, Madrid. Disponible en: http://www.asoc-ies.org/docs/mvi_exper_internac.pdf.

NAVARRO, V. (2005), «El cuarto pilar del Estado de bienestar», *El País*, 30 de abril de 2005.

OECD (2009), *Economic Policy Reforms. Going for Growth. 2009*, París, OCDE.

ONU (2006), Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad de Naciones Unidas, aprobada en Nueva York el 13 de diciembre de 2006. Disponible en web: http://www.un.org/disabilities/default.asp?id=259.

PALACIOS, A. (2008), *El modelo social de discapacidad: orígenes, caracterización y plasmación en la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*. Disponible en: http://www.convenciondiscapacidad.es/Publicaciones/El%20modelo%20social%20de%20discapacidad.pdf

RATZKA, A. (2007), «Independent living for people with disabilities: From patient to citizen and customer», conferencia impartida en Barcelona el 22 de octubre de 2007. Disponible en: http://www.independentliving.org/docs7/ratzka20071022.html

RODRÍGUEZ-PICAVEA, A., y J. ROMAÑACH, J. (2006), *Consideraciones sobre la figura del Asistente Personal en el Proyecto de Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia*, Foro de Vida Independiente. Disponible en: http://www.asoc-ies.org/docs/la_%20figura_del_asistente_personal_v1-1.pdf

ROMAÑACH, J., y A. CENTENO (2007), «*Fundamentos bioéticos para la inDependencia»,* comunicación presentada en el *VIII Congreso Nacional de Bioética de la Asociación de Bioética Fundamental y Clínica,* Oviedo 18-20 de octubre de 2007. Disponible en: http://www.diversocracia.org/docs/Fundamentos_bioeticos_para_la_inDependencia.pdf

ROMAÑACH CABRERO, J., y A. PALACIOS RIZZO (2006), «El modelo de la diversidad: La bioética y los derechos humanos como herramientas para alcanzar la plena dignidad en la diversidad funcional», *Diversitas*. Disponible en: http://turan.uc3m.es/uc3m/inst/BC/documents/Modelodiversidad.pdf

SAAD (2010), Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia. *Prestaciones reconocidas. Situación a 1 de julio de 2010*. Disponible en: http://www.saad.mtas.es/portal/docs/prestarecsaad.pdf

LA EFICIENCIA EN LA DEPENDENCIA: MEJORES PRÁCTICAS Y GOBERNANZA

Simón SOSVILLA RIVERO

Universidad Complutense de Madrid

Resumen

En este trabajo se realizan una serie de consideraciones estratégicas sobre la atención a la dependencia en España para incrementar su eficiencia mediante una renovada gobernanza y la detección y extensión de experiencias exitosas y buenas prácticas. En particular, se ofrecen reflexiones, consideraciones y propuestas sobre la gestión de la demanda, la gestión de la oferta y la coordinación sociosanitaria, desgranando un conjunto de iniciativas encaminadas al mejor desempeño de la protección formal a la dependencia.

Palabras clave: programas de bienestar, dependencia, envejecimiento, eficiencia.

Abstract

This article reviews a series of strategy considerations regarding dependency care in Spain in order to increase its efficiency by means of renewed governance and detection and dissemination of successful experiences and good practice. In particular, we offer reflections, considerations and proposals with regard to demand management, supply management, and socio-health coordination, itemizing a set of initiatives aimed at the improved provision of formal dependency protection.

Key words: welfare programmes, dependency, ageing, efficiency.

JEL classification: H75, I38, J14.

I. INTRODUCCIÓN (*)

La atención y protección a las personas en situación de dependencia (aquellas que no se pueden valer por sí mismas para realizar las actividades básicas de la vida diaria) suponen un reto importante para Europa, dado el creciente envejecimiento de su población (European Commission, 2009).

En España, tras la aprobación en noviembre de 2006 por el Congreso de los Diputados de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a Personas en Situación de Dependencia (LAPAD), se viene implantando y desarrollando progresivamente, desde enero de 2007, un nuevo sistema formal de protección denominado Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD), que persigue el doble objetivo de mejorar la calidad de vida de los ciudadanos y profundiza en el Estado del bienestar (Sosvilla Rivero, 2007).

Si bien el SAAD se creó con un amplio respaldo político y social, no parece haber colmado las expectativas de todos los agentes, al ser un sistema complejo tanto en el plano competencial como en el institucional y operativo. En el plano competencial, ha de compaginar la competencia de la Administración central del Estado para la regulación de las condiciones básicas que garanticen la igualdad de todos los ciudadanos en el ejercicio del nuevo derecho subjetivo (estableciendo unas bases comunes y fomentando la coordinación interadministrativa) con la competencia exclusiva que, en materia de asistencia social, tienen las comunidades autónomas (encargadas de su desarrollo legislativo y de su ejecución). Cabe recordar en este sentido que el SAAD nació ya descentralizado, al contrario que los sistemas educativo o sanitario, que nacieron centralizados y posteriormente se descentralizaron. En el plano institucional, el SAAD ha de conjugar los sistemas de servicios sociales previamente existentes con nuevas prestaciones y ha de reunir sus medios y esfuerzos con los del sistema sanitario para una adecuada acción común. En el plano institucional, el SAAD requiere la leal cooperación entre todas las administraciones implicadas (estatal, autonómica y territorial), así como con los prestadores privados (empresas y organizaciones sin fines de lucro). (Véase Cervera *et al.,* 2009).

El SAAD se encuentra actualmente en un proceso de transición desde unas políticas basadas en la buena voluntad de las administraciones públicas a unas políticas que han de implementarse en el marco de un sistema formal, al constituir parte de los derechos de los ciudadanos. Este proceso no tiene retorno, debido a los cambios demográficos y sociales que se vienen registrando en España. Desde la perspectiva demográfica, la situación futura es compleja, al coincidir en el tiempo dos procesos paralelos: el envejecimiento (mayor peso relativo de la población de más de 65 años sobre el resto de la población) y la longevidad (incremento de la proporción de los mayores de 80 años respecto a la

población total). (Véase Fernández Pérez y Herce San Miguel, 2009). Dicha situación es irreversible, al no tener ya solución demográfica ni a través de un aumento en la natalidad (para reducir mínimamente este proceso, se requeriría un número de hijos por mujer tan elevado que es impensable, dado el entorno socio-económico actual) ni con más inmigración (la entrada de unos seis millones de inmigrantes únicamente ha reducido el envejecimiento de la población española en un punto porcentual). La complejidad demográfica será especialmente notable en la década de los veinte del presente siglo, porque ése será el momento en que entren en las edades iniciales de jubilación y de mayores posibilidades de dependencia las generaciones más numerosas de la historia demográfica española (las generaciones del *baby boom* nacidas entre 1957 y 1977). Así pues, lo que hoy es un problema grave dentro de unos años será un problema muy grave desde el punto de vista de los usuarios potenciales del SAAD. Pero, simultáneamente, se registran cambios sociales de gran relevancia como la aparición de nuevos hogares monopaternales y de parejas de hecho, la pérdida en la definición de los contornos de la institución familiar, el retraso en la edad de matrimonio, la creciente movilidad geográfica derivada de causas laborales, la disminución en el tamaño medio de las viviendas, etcétera, y sobre todo la transformación del papel de la mujer y su progresiva integración en el mercado laboral (la diferencia en tasa de actividad con los hombres es de unos dieciséis puntos porcentuales, siendo preciso su concurso para aumentar la población activa en el futuro), lo que implicará necesariamente una menor atención familiar para sus mayores (vivan o no vivan en el núcleo familiar), de modo que una parte muy importante de los cuidados que hoy prestan las familias deberán ser prestados por las administraciones públicas.

Para dar cumplida respuesta a este reto, el SAAD fue concebido como un mecanismo de colaboración pública-privada para la creación de la red de servicios de atención a la dependencia. Pero el sector privado no ha visto satisfechas sus expectativas, por lo que ha sido desde las comunidades autónomas, y en un entorno público, donde se ha venido desarrollando fundamentalmente la materialización del nuevo derecho de ciudadanía, asumiendo estas entidades territoriales un esfuerzo extraordinario y afrontando una gran presión social, dado que no estaban acostumbradas a recibir una demanda tan elevada en los servicios sociales.

El SAAD presenta en la actualidad evidentes problemas de sostenibilidad (véase, por ejemplo, Jiménez Martín y Vilaplana Prieto, 2009), lo que implica la necesidad de replantear su financiación de manera que se garantice ésta en grado suficiente a todas las comunidades autónomas para que puedan ofrecer las prestaciones y servicios contemplados en la LAPAD en condiciones similares. Se hace necesaria una decidida acción política, que defina hasta dónde estamos dispuestos a avanzar en la promoción de la autonomía personal y en la atención a las personas en situación de dependencia, y dotar adecuadamente el Fondo de Garantía de Servicios Públicos Fundamentales introducido en la nueva Ley Orgánica de Financiación de las comunidades autónomas, aprobada en 2009, para asegurar que el SAAD recibe los recursos financieros necesarios.

Sin embargo, allegar más recursos financieros para la dependencia, siendo muy importante, no es la solución definitiva. Existen claras oportunidades de contribuir a la necesaria sostenibilidad mediante una mejor gobernanza del SAAD y la incorporación de mejores prácticas.

El análisis de la gobernanza se centra en los actores, formales e informales, que están involucrados en el proceso de toma de decisiones y en su implementación, así como en las estructuras, formales e informales, que se han preparado para poder implementar las decisiones (véase por ejemplo, Comisión de las Comunidades Europeas, 2001). En este sentido, las personas y los equipos importan mucho en el desarrollo efectivo y eficiente del SAAD, por lo que sería necesario elegir a los más cualificados para dirigir su gestión. La voluntad política no debe limitarse a poner únicamente los recursos económicos para la atención a la dependencia, debe también seleccionar a los mejores gestores tanto desde el punto de vista técnico (con conocimiento y experiencia) como por su habilidad de negociación para afrontar la necesaria coordinación mediante acuerdos. Así pues, sería necesario eliminar las rigideces existentes en las administraciones públicas que implican trabajar con los equipos que se tienen, lo que es especialmente relevante en el ámbito de la dependencia por la imposibilidad de externalizar algunos de los servicios para introducir dosis crecientes de eficiencia. Por ejemplo, la LAPAD establece que los equipos de evaluación deben de estar formados por empleados públicos, por lo que no se pueden crear convenios con colegios profesionales, que tendrían más experiencia y estarían adecuadamente cualificados, para realizar la evaluación. Esta limitación puede ser susceptible de revisión, al existir un órgano público (la comisión

técnica de valoración) que da el visto bueno a la totalidad de las evaluaciones.

Asimismo, en el ámbito de la gestión del SAAD es necesario aprender de otras experiencias previas. Se trata de identificar aquellas prácticas innovadoras y creativas que, de alguna manera, pueden constituir un referente e iluminar a los que se plantean intervenir en la atención a las personas dependientes (Subirats, 2006). En general, se emula poco y, cuando se hace, se hace tardíamente. Sería interesante la constitución de un observatorio público de la dependencia en el que participasen personas capaces de analizar las experiencias de otros países y de las distintas comunidades autónomas y, una vez hecho esto, pudieran recomendar buenas prácticas. Se trataría de realizar una gestión adecuada del conocimiento que permitiera sacar provecho de las ventajas de los seguidores, aprendiendo de los errores y de los aciertos de los que nos han precedido en la implantación de servicios de atención a la dependencia. Para ello, es necesario un análisis riguroso de otras experiencias, con el fin de realizar propuestas serias y viables de mejora, adaptadas a nuestra realidad.

En este trabajo, ofreceremos una serie de consideraciones estratégicas sobre la atención a la dependencia en España encaminadas a incrementar su eficiencia mediante la reforma de su gobernanza y la adopción de las mejores prácticas. Dichas consideraciones, basadas en las reflexiones realizadas en la jornada *Diálogos para la dependencia*, organizada por la Fundación Caser para la Dependencia el día 26 de mayo de 2010, se han articulado en torno a tres ejes: la gestión de la demanda, la gestión de la oferta y la coordinación socio-sanitaria. En los apartados II, III y IV se abordarán sucesivamente estos ejes, realizándose en el apartado V algunas consideraciones finales.

II. GESTIÓN DE LA DEMANDA

Existen ya cuatro grandes acuerdos del Consejo Territorial del SAAD en esta materia:

— Baremo para la evaluación de grados y niveles de dependencia (2007).

— Manuales de uso para el baremo de evaluación de la dependencia (2007).

— Mejoras en procedimiento, calidad y plazos de tramitación del proceso de valoración (2010).

— Revisión del baremo para la evaluación de grados y niveles de dependencia (2011).

Todos estos acuerdos han supuesto avances importantes para garantizar la equidad en el acceso al SAAD en todo el territorio, dotándolo de cierta cohesión y homogeneización. Sin embargo, existen todavía áreas en las que se puede actuar de cara a mejorar la gestión para alcanzar una mayor eficacia. El proceso de gestión del expediente de un ciudadano sigue siendo excesivamente largo (no se cumple, de hecho, la autoexigencia de los seis meses) y la propia Administración no está muchas veces preparada para asumir el nuevo derecho. Se impone la reducción de la complejidad de trámites y procesos, agilizando y simplificando los procedimientos administrativos de valoración para reducir los tiempos de gestión de expedientes.

Una posible mejora sería el establecimiento efectivo de una oficina única de entrada. En este sentido, la lógica señala que la Administración más cercana debería actuar como registro, aplicándose el principio de la subsidiariedad. De hecho, la Ley 30/1992 (de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común) dota al ciudadano de la posibilidad de presentar sus solicitudes en los registros de cualquier órgano administrativo. Habría que fomentar la existencia de buenos servicios de información, evaluación y orientación de los servicios sociales locales que fuesen capaces de proporcionar a los ciudadanos la información y el asesoramiento técnico necesarios para posibilitar su acceso a los recursos sociales existentes, orientando y analizando las demandas sociales planteadas al objeto de garantizar sus derechos sociales. Pero, desde la perspectiva de las comunidades autónomas, la existencia de una única puerta de entrada al SAAD a escala local implicaría la necesidad de pactar con las corporaciones locales protocolos de actuación comunes que fuesen capaces de asegurar un proceso homogéneo en todo el territorio.

Otra propuesta interesante consistiría en la generalización de la figura del gestor de caso. De esta forma, el trabajador social de primaria sería el único responsable ante el ciudadano de todo el proceso (manteniéndole informado, gestionando su expediente, movilizando los recursos necesarios, etcétera). El gestor de caso se constituiría en el interlocutor válido del ciudadano y en la cara visible del SAAD. En este sentido, cabe recordar que las funciones del trabajador social en la dependencia son:

— Canalizar la gestión de la solicitud de situación de dependencia.

— Evaluar condiciones de habitabilidad, relaciones conflictivas o desestructuradas de la persona.

— Elaborar el informe de entorno (único profesional autorizado).

— Evaluar recursos (servicios y prestaciones) más idóneos para cada caso según el grado y nivel de dependencia alcanzado.

— Crear el programa individual de atención, que es el equivalente al diseño de intervención social (único profesional autorizado).

— Seguimiento y revisión de los casos.

Asimismo, sería necesario avanzar hacia una gestión sin papeles, mediante el uso de las nuevas técnicas que ofrece la sociedad de la información. La utilización de elementos telemáticos permitiría enriquecer mucho más los procesos, la comunicación con el área de salud (historia clínica), el acceso directo a toda la información del ciudadano en las administraciones públicas (documento nacional de identidad, certificado de empadronamiento histórico, etcétera), el uso de la firma digital y la transmisión de la información en tiempo real al potencial beneficiario.

Además, se plantea la necesidad de avanzar hacia un procedimiento administrativo único y sencillo en toda España, lo que conllevaría necesariamente la profesionalización de los agentes del SAAD y la existencia de protocolos comunes de actuación en todas las comunidades autónomas, que permitirían a éstas tener procesos compartidos. En este sentido, destaca la experiencia de algunas comunidades autónomas en las que se está llegando a acuerdos con otras comunidades vecinas para gestionar de forma más sencilla los casos de atención trasfronterizos.

Dado que la competencia en servicios sociales es autonómica, se corre el riesgo de que cada comunidad autónoma tenga su propio sistema, lo que dificulta cualquier estudio riguroso sobre costes, sobre usuarios, etc. Este riesgo se podría minimizar con diálogos, acuerdos y reales decretos que ayuden a enderezar el rumbo, lo que requeriría un compromiso político firme por parte de todos los agentes involucrados para que la LAPAD se aplicase de igual forma en todos los territorios. Para facilitar la homogeneización entre comunidades autónomas, sería interesante la creación de un observatorio de la práctica de la dependencia desde la iniciativa pública, y en ello se está trabajando también en la Comisión Delegada del Consejo Territorial del SAAD. Entre sus funciones, sería crucial la difusión y la adopción de las mejores prácticas en la resolución de la valoración y asignación de prestaciones. Este observatorio sería complementario del ofrecido por los servicios sociales, que cuenta con una gran incidencia mediática.

Por último, y en relación con la evaluación de la situación de la dependencia, aunque la LAPAD señala que se debe efectuarse directamente por las administraciones públicas, en algunos casos se han habilitado diferentes fórmulas e iniciativas para que las organizaciones privadas (sociedades mercantiles y tercer sector) colaborasen en el trabajo de campo que requiere la evaluación (visitas y exámenes para la baremación de la dependencia). Esta situación debería tenerse en cuenta quizá revisando los términos que recoge la legislación vigente para adecuarlos a la realidad, siempre y cuando se demuestre que estas prácticas generan eficiencias significativas en la gestión del acceso al sistema. La iniciativa privada está llamada a desempeñar un importante papel en el SAAD, por lo que se deben de introducir herramientas de evaluación sistemáticas que permitan analizar su impacto sobre la eficiencia y la equidad en las comunidades autónomas donde su concurso ya es realidad.

III. GESTIÓN DE LA OFERTA

La atención a la dependencia, como cualquier servicio público, se articula en torno a cuatro ejes básicos:

— El alcance de la cobertura que se quiere dar (catálogo de servicios).

— La titularidad de los servicios que se dan.

— La provisión del servicio (que no tiene porque coincidir con el titular).

— La prestación del servicio (que no tiene porque coincidir con el titular ni con el proveedor).

Si se sigue avanzando sin tener claro a escala estatal una mínima coordinación sobre estos cuatro ejes, se corre el riesgo de crear múltiples sistemas de dependencia.

En este sentido, es prioritario que las comunidades autónomas, que tienen la competencia exclusiva en esta materia, acordaran la cobertura efectiva del SAAD, estableciendo claramente los mínimos y los máximos mediante la definición de un catálogo de servicios de la dependencia unificado para todo el Estado, que permitiese extraer indicadores que hagan posible la gestión del conocimiento de la dependencia y ofrezcan una imagen detallada del funcionamiento del sistema. De hecho, los directores generales de las comunidades autónomas se reúnen mensualmente en el Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO), adoptando decisiones de común acuerdo que podrían derivar en un catá-

logo unificado. Asimismo, existe un acuerdo del Consejo Territorial del SAAD sobre criterios comunes de acreditación para garantizar la calidad de los centros y servicios, que data de 2008. Otros acuerdos alcanzados sobre la formación de cuidadores, la calidad de los centros, los criterios de autorización de centros, la capacidad económica y la participación del usuario son ejemplos de esta búsqueda de respuestas comunes que puede servir de mecanismo para reforzar los aspectos de eficiencia y equidad del SAAD. Sería deseable comunicar adecuadamente estos acuerdos para que la opinión pública los valore en su justa medida y sirvan de base para promocionar consensos en otras áreas de las políticas públicas. Cabe recordar que una de las características del buen gobierno es la transparencia, que no sólo requiere que las decisiones se realicen siguiendo las leyes y normas establecidas, sino que además implica que se facilite la suficiente información y que ésta sea fácilmente comprensible.

El titular del servicio de dependencia es la comunidad autónoma y, como tal, debería clarificar quién provee ese servicio (que puede ser la propia comunidad autónoma o las corporaciones locales), haciendo explícito este acuerdo organizativo.

Existe la posibilidad de externalización en la prestación del servicio, creando paternariados público-privados que se encarguen de dicha prestación (OCDE, 2008), ya que tanto en la sanidad pública como en la privada y en el sector socio-sanitario hay profesionales muy solventes que podrían prestar el servicio y ofrecer una garantía de calidad de cara al ciudadano.

En el momento de su redacción, la LAPAD tenía que ser todo lo ambiciosa posible, pero otra cosa diferente es el catálogo de servicios que efectivamente se presta. En este sentido, se puede y debe graduar la provisión de los servicios que contempla la LAPAD en relación con las posibilidades reales de las comunidades autónomas. Al existir varios puntos de partida, se podrían dar respuestas de diferente intensidad para la misma necesidad, no satisfaciéndose la deseable equidad en los servicios prestados.

En la gestión de la oferta sería necesario tener claro, en primer lugar, qué tipo de SAAD se quiere obtener cuando madure: uno de prestación de servicios o uno de prestaciones económicas. Si, en consonancia con la filosofía del legislador, se apuesta por la prestación de servicios, sería conveniente establecer claramente lo que se tiene en este momento y hacia dónde se quiere ir, identificando las necesidades y compartiendo las responsabilidades en el desarrollo de la LAPAD entre el sector público y el privado. En este sentido, resulta llamativo que del total de prestaciones otorgadas, la mitad corresponde a la prestación económica por cuidados familiares; una figura que la Ley preveía como excepcional y condicionada a que se dieran una serie de requerimientos en la vivienda, previendo que aquellas zonas, sobre todo rurales, donde no llegan los servicios, tuvieran una contrapartida económica. Como respuesta a esta situación, en algunas comunidades autónomas se han puesto en marcha planes estratégicos para dar prioridad a los servicios sobre las prestaciones económicas para el cuidado en el entorno familiar, de tal forma que únicamente en aquellos casos en los que está muy justificado se otorgan prestaciones.

En determinadas comunidades autónomas ha sido necesario regular unos mínimos comunes para adecuar los servicios dentro de su territorio, ya que las competencias las tenían las corporaciones locales. Una experiencia interesante en este sentido es la ofrecida por una comunidad autónoma que no entró en definir la tipología de servicios ni una cartera de éstos, limitándose únicamente a determinar qué estructuras eran más adecuadas para dar respuestas a las necesidades planteadas, dejando libertad para que cada corporación local permitiera la adaptación específica a su territorio o su desarrollo relativo. En definitiva, en lugar de entrar en el detalle de centros se distinguieron tres grandes áreas de necesidades:

— Aquellas que se desarrollan en el ámbito del domicilio y que requieren apoyo a las unidades de convivencia, como ayuda a domicilio, teleasistencia, comida a domicilio, etcétera.

— Aquellas que se cubren con servicios relacionales y que requieren entre seis y ocho horas al día de atención (centros de día, centros de noche, centros ocupacionales o los que puedan surgir).

— Aquellas que requieren un alojamiento alternativo, porque el domicilio no reúne las condiciones o la familia no puede dedicar a la persona dependiente las horas que requiere: con diversidad de gamas desde residencias tradicionales a viviendas con supervisión (más o menos intensa según el grado de dependencia).

Esta gama ha permitido a esta comunidad autónoma adaptar la oferta a una realidad variada en cuanto a densidad de población, concentración de la población, etcétera. Asimismo, la solución adoptada hace posible la adaptación de nuevas experiencias que pueden ir surgiendo a lo largo del tiempo.

De cara al desarrollo futuro de la cartera de servicios del SAAD,

cabría la posibilidad de explorar los siguientes elementos:

— Sería necesario avanzar hacia la protocolización y estadarización de los servicios ofrecidos por el SAAD, de manera que sus prestaciones se realizaran en condiciones de igualdad en todo el territorio.

— La atención a la dependencia debería ser llevada a cabo por personal debidamente cualificado, por lo que sería conveniente el fomento del cuidador profesional, limitándose la figura del cuidador informal en el ámbito familiar, que debería en todo caso, acreditar unos mínimos de profesionalidad basados en unos estándares preestablecidos, exigiéndose una formación específica.

— Dado que la LAPAD se limita a enunciar los servicios de promoción de la autonomía personal, sería necesario definir, describir y conceptualizar éstos. La ausencia de un mínimo contenido legal de estos servicios hace aconsejable formular propuestas de modelo que ayuden a las administraciones a consolidar, ampliar y extender esta modalidad de servicio en todos los territorios, ayudando a las personas dependientes a potenciar sus capacidades de movilidad, percepción y memoria para contribuir a mantener su autonomía personal y su vida social.

— Sería imprescindible impulsar los servicios de previsión de las situaciones de dependencia, de manera que el énfasis pasase paulatinamente desde la atención a la previsión. En particular, habría que fomentar, mediante el desarrollo coordinado, entre los servicios sociales y de salud la incorporación de hábitos saludables a la vida diaria, la reducción del deterioro de las personas mayores frágiles y de las afectadas por un proceso de dependencia leve, y el incremento del bienestar de la persona, mejorando su sensación de seguridad.

— Sería deseable un desarrollo reglamentario adecuado de la prestación económica de la asistencia personal, ya que no se ha ajustado a las expectativas que despertó, y quizá debería reconducirse hacia un servicio.

— Habría que promover la atención domiciliaria, que ha tenido bastante interés entre la población y que, al situarse a medio camino entre la prestación económica y la residencia, podría constituir una opción atractiva para la profesionalización de la atención a la dependencia, tanto de los cuidadores como de los gestores. Asimismo, en estos servicios es posible una mayor flexibilización del co-pago.

— Sería crucial comunicar adecuadamente los procesos a los distintos interlocutores para su adecuada aplicación.

— Habría que fomentar una mayor presencia de la iniciativa privada en el SAAD mediante el establecimiento de un marco claro y estable de colaboración público-privada en la provisión y desarrollo de servicios, que ofreciera una perspectiva adecuada para la realización de sus planes de inversión.

— Sería oportuno regular adecuadamente la presencia en el SAAD del tercer sector, la economía social o las organizaciones sin ánimo de lucro.

— Sería conveniente ofrecer la posibilidad de combinar y compatibilizar servicios de forma personalizada en función de situaciones, circunstancias y voluntades de cada dependiente.

Asimismo, habría que avanzar en el establecimiento de mecanismos de control e inspección internos y en la realización de evaluaciones periódicas externas sobre el funcionamiento de los servicios ofrecidos por el SAAD, ya que no existe, hoy por hoy, un sistema real de control de la prestación, al haber puesto el énfasis en la evaluación previa. Para ello, sería necesario contar con estándares comunes en todos los procesos de evaluación y en la prestación de los servicios que permitieran un mejor conocimiento de las carencias y necesidades, una análisis veraz de las actuaciones y los resultados, y una mejor planificación de recursos, al tiempo que incrementaría la información y contribuiría a la cohesión necesaria para un óptimo funcionamiento del Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia.

En el área de los cuidadores, existen experiencias interesantes en algunas comunidades autónomas, que han diseñado planes conjuntos de formación y apoyo a los cuidadores entre las áreas de salud, servicios sociales y trabajo, cuyas actividades se desarrollan en los centros de salud.

Asimismo, cabe destacar la creación en ciertas comunidades autónomas de una Red Pública de Atención a la Dependencia, que incorpora la totalidad de plazas disponibles, independientemente de su titularidad. En el futuro, se pretende abrir dicha red al sector privado, no mediante convenio ni mediante concierto, sino mediante un registro de proveedores oficiales que reúnan los requisitos y calidades que son exigibles. De esta forma, cuando no haya plaza pública disponible, el usuario podría solicitar la plaza que quiera en uno de esos proveedores reconocidos. Este sistema evitaría la realización de desembolsos de reserva, al tiempo que posibilita el que el proveedor privado pueda vender todas sus plazas. Siempre y

cuando tenga un excedente y exista demanda, el proveedor privado estaría obligado a ofrecer su plaza con las mismas calidades y garantías. Este sistema se gestionaría mediante un programa informático, vía web, que actuaría como una central de reservas similar a la existente en las cadenas hoteleras. Asimismo, en este sistema el centro (residencia, centro de día, etc.) tendría la obligación de mantener actualizada la lista de ocupación, de manera que se conocieran en tiempo real las disponibilidades para incorporarlas a los planes individuales de atención. Esta información sería accesible al proveedor del servicio, a quien tramita (la comunidad autónoma) y a los trabajadores sociales de primaria. De esta forma, cualquier trabajador social de primaria podría saber, desde la casa de un usuario, qué plazas están vacantes, pudiendo bloquear la que interese al usuario y, a los pocos días, tener respuesta de si el recurso y el perfil son los adecuados, tramitándose en su caso una comunicación al centro sobre su admisión e iniciándose el plan de acogida. Al conseguir que el sistema trabaje sin papeles, la complejidad derivada de la cooperación interadministrativa quedaría limitada al sistema informativo, por lo que se requeriría un esfuerzo importante a la hora de diseñar adecuadamente ese sistema informativo que actúa como soporte.

En otras comunidades autónomas se ha optado por construir un instrumento consistente en un mapa actualizado en el cual se vuelcan todos los servicios autorizados (residencia, centro de día, servicios de ayuda a domicilio, etcétera), públicos y privados, disponibles para la atención a las personas en situación de dependencia, de modo que cualquier trabajador social puede conocerlos y ofrecerlos al usuario.

En algunas comunidades autónomas en las que el medio rural es muy importante, se ha procedido a transformar la dispersa red de residencias transferidas en su momento por el IMSERSO (denominadas en su día hoteles de mayores), y los centros de distintas dimensiones creados por las corporaciones locales, para adecuarlos a las necesidades de las personas dependientes que los ocupan. Este enfoque lleva al concepto de la gestión de recursos en red: si bien gestionar un pequeño centro no es rentable, sí lo es gestionar un número superior (se rentabilizaría el personal, el abastecimiento, etcétera), lo que haría atractiva la gestión conjunta de estos centros rurales dispersos en el territorio, pudiendo cumplir de esta forma con el principio de equidad consagrado en la LAPAD. Vivir en el medio rural no tiene por qué implicar un menor acceso a los recursos del SAAD, por lo que se impone racionalizar y planificar los recursos disponibles. Además, los centros rurales tienen el valor añadido de generación de empleo y actividad, y por tanto de asentamiento y fijación de la población en dichos entornos, por lo que su racionalización conllevaría muchas ventajas más allá de la atención a la dependencia.

En otras comunidades autónomas, eminentemente urbanas, se ha hecho énfasis en las plazas residenciales y los centros de día, tanto públicos como concertados con el sector privado y de exclusiva iniciativa privada. En este sentido, se potencia, mediante el denominado «cheque servicio», la prestación vinculada a servicio cuando no sea posible el acceso a un servicio público, contratado o concertado, de cualquier administración pública, adecuado a sus necesidades y dentro del ámbito territorial. En este caso, se daría una tarjeta electrónica personalizada por la cuantía de la prestación, con la cual el ciudadano podría pagar los servicios que quisiera en los centros autorizados que la aceptasen como medio de pago. Se espera que se beneficien residencias construidas mediante la colaboración público-privada, en la que la iniciativa pública cede el suelo en el que se edifican las residencias (básicamente, los ayuntamientos) y la iniciativa privada, mediante concurso, se ocupa de la construcción, equipamiento y gestión de los centros a cambio de que la comunidad autónoma garantice la ocupación del 25 por 100 de las plazas, si bien se obliga al establecimiento a unos precios tasados. Con esta iniciativa, se pretende aumentar la red sin un enorme esfuerzo financiero por parte del sector público. Al tener precio tasado, ser nuevas y tener vacantes, se espera que estas residencias se beneficien especialmente del cheque servicio.

Respecto al desarrollo de los servicios de promoción de la autonomía personal, en algunas comunidades autónomas se está trabajando intentando, en colaboración con el IMSERSO, que estos servicios sean distintos al típico centro de día (que es más atencional) y a la residencia. Se persigue que la persona aprenda a tener más autonomía propia y, por ejemplo, utilizar el transporte público, la educación de adultos, etcétera.

En cuanto a los servicios de prevención de la dependencia, se registran iniciativas en las que se ha dado un papel relevante a los servicios sociales de base y a los servicios de atención primaria de salud. La experiencia acumulada demuestra que es mucho más sencillo en las comunidades autónomas, donde ya existe una coordinación socio-sanitaria y una experiencia previa de trabajo en común que hace posible llevar a cabo actuaciones de promoción de

condiciones de vida saludables, programas específicos de carácter preventivo y de rehabilitación dirigidos a las personas mayores y con discapacidad, y a quienes se ven afectados por procesos de hospitalización complejos.

En lo relativo a la libre elección de los ciudadanos, este derecho es muy difícil de compatibilizar con la planificación, especialmente en el momento inicial del sistema, cuando se requiere que inversores públicos, privados o de iniciativa conjunta se involucren. Dados los déficits de infraestructuras existentes en la actualidad, quizás habría que sacrificar la libre elección por la planificación hasta que se configure una red lo suficientemente extensa y variada como para dar la posibilidad de elección genuina al usuario. En cualquier caso, el SAAD debería explicar e informar adecuadamente a los ciudadanos de las opciones que tienen, lo que, a su vez, requiere la existencia y distribución de buena información sobre la calidad de los servicios, que depende de un sistema de evaluación de la calidad de éstos. A este respecto, es necesario acordar qué se quiere medir. Lo más sencillo es medir el proceso de la ayuda (la puntualidad del cuidador, su formación, el tener o no una habitación propia en la residencia, etc.). Esta información es importante, pero se ha demostrado en algunos estudios que no siempre explica la calidad de vida de los usuarios de los servicios. Por ello, en algunos países se están diseñando sistemas de evaluación de la calidad de los servicios que intentan medir directamente su contribución a la calidad de vida de las personas, algo que es más complicado y que requiere más recursos.

Por último, se espera que las nuevas tecnologías faciliten mucho la eficiencia del uso de los recursos disponibles. Así, por ejemplo, las nuevas herramientas que van más allá de la teleasistencia permitirían, mediante un sistema de banda ancha, conocer a distancia todos los días y en tiempo real el estado de salud de una persona (presión arterial, niveles de glucosa, etc.), saber si se ha tomado la medicación e incluso, mediante una videocámara, examinar su aspecto físico. Este tipo de monitorización permitiría una respuesta inmediata ante cualquier tipo de emergencias, y su generalización podría evitar costes mayores en el futuro.

IV. COORDINACIÓN SOCIO-SANITARIA

En algunas ocasiones, la atención a la dependencia supone la utilización conjunta de servicios sociales y sanitarios que deberían avanzar coordinadamente hacia una atención más integral al dependiente y mejorar su calidad de vida mediante la creación de sinergias entre ambos sistemas.

Esta coordinación entre los servicios sociales y los sanitarios se traduciría además en mayores ahorros. En ciertas comunidades autónomas se está dando el caso en la actualidad de que, tanto desde los servicios sanitarios como desde los servicios sociales, se están llevando a cabo actividades formativas con los cuidadores informales, lo cual supone un despilfarro de recursos públicos. Con la coordinación, se ganarían eficacia y eficiencia en la atención a las personas en situación de dependencia, por lo que sería necesaria la regulación normativa de esta coordinación.

Aunque, en mayor o menor medida, todas las comunidades autónomas expresan la necesidad de coordinación efectiva entre dos sistemas que son claramente interdependientes, no existe una receta mágica válida para todo momento y todo lugar.

Siguiendo el ejemplo del Gobierno de España, algunas comunidades autónomas han establecido una única Consejería de Sanidad y Dependencia que da cabida, bajo una misma estructura organizativa, a dos organismos autónomos que permiten atender al proceso de atención continuada a los ciudadanos. Dichas comunidades entienden esta coordinación socio-sanitaria como un elemento fundamental de ese proceso, así como de eficiencia y ahorro en la gestión, definiendo claramente qué corresponde a cada parte en esos procesos de atención.

En otras comunidades autónomas se ha apostado por la coordinación entre los servicios sociales y los sanitarios, no por la creación de un espacio socio-sanitario integrado. Sin embargo, no se ha regulado normativamente cómo llevar a cabo esta coordinación. Aun así, se cosechan resultados tales como que el informe de salud lo emita de oficio el sistema sanitario automáticamente cuando la persona inicia el trámite de valoración para la dependencia.

La experiencia internacional sugiere otras formas de coordinación basadas en el uso de incentivos financieros (empleados, por ejemplo, en Suecia), donde el servicio de dependencia cubre el coste de las camas en un hospital de personas que están en condición de ser dadas de alta, pero para las cuales no hay plaza. Este mecanismo ha reducido el número de personas mayores en hospitales. Asimismo, en ciertos países se recurre al uso de fondos comunes con fines específicos, asignándose conjuntamente dinero para la consecución de objetivos concretos. Por último, en otros países se incentiva la coordinación a través de la obligación de compartir eficientemente la información entre los dos sistemas, lo que puede ser especialmente útil

en la identificación de la población objetivo sobre la que actuar para la prevención de la dependencia.

En cualquier caso, la adecuada atención del ciudadano requiere necesariamente una más estrecha coordinación, para lo cual sería oportuno el establecimiento de unos procedimientos de actuación para facilitar el seguimiento y la continuidad en todo el proceso, destacando las siguientes actuaciones:

— Creación y mantenimiento de un sistema de registro común.

— Articulación de sistemas y protocolos de comunicación y derivación entre servicios.

— Instauración de procesos de formación y de investigación conjunta.

— Diseño conjunto del mapa de creación de servicios.

— Actualización permanente de acuerdos, protocolos, coordinaciones, colaboraciones, programas de detección, etc., generar una auténtica cultura organizativa sociosanitaria que ayude a resolver tanto los problemas de adaptación interna como los de integración (Schein, 1996).

— Integración de los sistemas de información.

— Implantación del registro común a través de historia de salud.

— Organización conjunta de la atención médico-farmacéutica que se presta desde los servicios sociales en las residencias de mayores o de discapacitados, que implica el pase del sistema sanitario al social.

— Oferta de información, orientación y asesoramiento a los profesionales y a las familias acerca de los recursos disponibles y necesarios.

— Desarrollo de formación para los profesionales e impulso de la investigación.

— Promoción y mejora de las estrategias de prevención, detección precoz e intervención temprana.

— Fortalecimiento de la coordinación entre los diferentes ámbitos, primeramente entre atención primaria y atención hospitalaria por parte del ámbito sanitario y, a su vez, con los ámbitos educativo y social.

— Fomento de la atención temprana, en la cual se establece un espacio común entre salud, educación y servicios sociales.

— Impulso a la compra de suministros y servicios comunes (medicamentos, gasas, médico de primaria, etc.), así como de los productos de apoyo y las ayudas técnicas.

— Instauración de una red de salud mental integrada en la que personas con un problema agudo estarían bajo la tutela del sistema sanitario, mientras que de las personas con un problema crónico se encargaría el Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia.

— Creación de una agencia de bienestar inter-generacional que diseñe la política social en un sentido amplio, incluidos sus aspectos sanitarios.

Una forma de avanzar en la coordinación socio-sanitaria sería establecer normativamente la obligación de realizar al menos una reunión anual conjunta del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud y del Consejo Territorial del SAAD, en el que se acordasen criterios comunes de coordinador que sirvan de base para regulaciones posteriores. La constitución de un equipo de trabajo formado por altos cargos de ambos organismos puede ser el primer paso en este sentido, encauzando la cooperación horizontal y vertical.

Cabría, por último, la posibilidad del uso de incentivos financieros o de fondos comunes para promover la coordinación efectiva entre los dos sistemas, que son claramente interdependientes.

V. CONSIDERACIONES FINALES

A medida que el número de personas dependientes aumenta, se hace cada vez más necesario desarrollar paralelamente un sector de cuidado formal de estas personas. Las estructuras familiares tradicionales, en las cuales varias generaciones conviven juntas o en las cercanías, son cada vez menos frecuentes. Mientras que la mayoría del cuidado y la atención a la dependencia se proporciona todavía en el seno familiar, el papel y la contribución de los trabajadores remunerados del cuidado formal viene siendo cada vez más necesario e importante. Los objetivos establecidos por la Comisión Europea en la denominada Agenda de Lisboa, en términos de las tasas de participación crecientes para las mujeres, tendrán un impacto significativo en este proceso, al ser principalmente mujeres las encargadas de llevar a cabo la mayoría de las responsabilidades derivadas del cuidado y la atención a miembros de la familia. Así pues, la necesidad de reconciliar la vida laboral y el cuidado familiar (ascendentes dependientes e hijos) se está convirtiendo en una cuestión clave para los trabajadores. Los responsables públicos europeos están buscando estrategias sostenibles para enfrentarse con este reto, ya que

una demanda creciente de trabajadores en el sector del cuidado y la atención a la dependencia también genera preocupación sobre dónde se encontrarán los trabajadores necesarios, así como sobre la cualificación que deben tener y sus condiciones de trabajo (European Commission, 2010).

En el caso de España, se ha establecido el SAAD, que constituye, por varios motivos, una de las iniciativas de política social más importantes de los últimos años. En este sentido, la LAPAD reconoce un nuevo derecho de ciudadanía y garantiza una serie de prestaciones y servicios, ofreciendo un marco potencialmente estable de recursos y servicios para la atención a la dependencia.

El SAAD constituye un conjunto de elementos, ordenadamente relacionadas entre sí, que contribuyen a la promoción de la autonomía personal y a la atención a las personas en situación de dependencia. Como cualquier sistema, la organización es la de una red en la que todos los agentes tienen la misma importancia y deben colaborar lealmente en la consecución de sus objetivos.

Como ocurre con cualquier nueva institución, la puesta en marcha del SAAD plantea oportunidades y amenazas (Sosvilla Rivero, 2009). Por una parte, se ha realizado un importante esfuerzo por parte de las distintas administraciones implicadas en el SAAD para avanzar en su desarrollo normativo y para mejorar su implantación, lo cual es un logro colectivo que es justo reconocer. Por otra parte, se impone acrecentar su eficiencia mediante una renovada gobernanza, así como mediante la detección y la extensión de experiencias exitosas y buenas prácticas que nos permitan ofrecer directrices y recomendaciones que puedan ser útiles para mejorar la atención a la dependencia.

En este trabajo, se han ofrecido algunas reflexiones, consideraciones y propuestas sobre la gestión de la demanda, la gestión de la oferta y la coordinación socio-sanitaria. En cada una de estas áreas se ha desgranado un conjunto de iniciativas encaminadas al mejor desempeño del SAAD, en un intento de reforzar el Estado del bienestar y poner en valor en España el modelo europeo (caracterizado por la política social de mercado), al tiempo que se revaloriza el papel del sistema autonómico para promover un desarrollo individual y colectivo más humano y solidario. El SAAD está llamado a constituirse en un motor de las políticas sociales, y su dotación no debería descuidarse en períodos bajistas del ciclo.

NOTA

(*) El autor agradece la financiación recibida de la Fundación Caser para la Dependencia, si bien las opiniones expresadas son únicamente suyas.

BIBLIOGRAFÍA

CERVERA MACIÀ, Montserrat; HERCE SAN MIGUEL, José Antonio; LÓPEZ CASANOVAS, Guillem; RODRÍGUEZ CABRERO, Gregorio, y SOSVILLA RIVERO, Simón (2009), *Informe final del grupo de expertos para la evaluación del desarrollo y efectiva aplicación de la Ley 39/2006 14 de diciembre de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en situación de Dependencia,* IMSERSO, Madrid.

COMISIÓN DE LAS COMUNIDADES EUROPEAS (2001), *La gobernanza europea: Un libro blanco*, Comisión de las Comunidades Europeas, Bruselas.

EUROPEAN COMMISSION (2009), 2009 *Ageing report: Economic and budgetary projections for the EU-27 Member States (2008-2060),* Directorate-General for Economic and Financial Affairs, Bruselas.

— (2010), *Joint Report on Social Protection and Social Inclusion 2010,* Directorate General for Employment, Social Affairs and Equal Opportunities, Bruselas.

FERNÁNDEZ PÉREZ, José Luis, y HERCE SAN MIGUEL, José Antonio, dirs. (2009), *Los retos socioeconómicos del envejecimiento en España,* Consultores de las Administraciones Públicas, Madrid.

JIMÉNEZ MARTIN, Sergi, y VILAPLANA PRIETO, Cristina (2009), *La financiación del Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia*, Fundación de Estudios de Economía Aplicada, Madrid.

OCDE (2008), *Public-Private Partnerships: In Pursuit of Risk Sharing and Value for Money,* Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico, París.

PRICEWATERHOUSECOOPERS (2010), *Situación del Servicio de Atención Residencial en España,* PricewaterHouseCoopers, Madrid.

SCHEIN, Edgar (1996), *Organizational Culture and Lidership,* Londres: Jossey-Bass.

SOSVILLA RIVERO, Simón (2007), «Políticas de atención de larga duración: Tercera edad y dependencia», en *El Estado de bienestar ante los nuevos riesgos sociales*. Federación de Cajas de Ahorros Vasco-Navarra, Bilbao: 169-178.

— (2009), «Un análisis estratégico del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia», *Presupuesto y Gasto Público,* volumen 54: 7-29.

SUBIRATS, Joan, dir. (2006), *Guía metodológica para la elaboración de un banco de «buenas prácticas»,* Universitat Autònoma de Barcelona e Institut de Govern i Politiques Publiques, Barcelona.

IV.
OPINIONES

OPINIONES

PRESENTACIÓN

ESTE número de PAPELES DE ECONOMÍA ESPAÑOLA incluye diversas colaboraciones sobre los aspectos económicos, sociales y jurídico-institucionales de la dependencia y sobre la creación e implantación del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD), que cabe considerar como la extensión más reciente del Estado del bienestar español. El desarrollo de este sistema concierne tanto al Gobierno de España y a la Administración general del Estado como a los gobiernos y administraciones de las comunidades autónomas.

Antes de perfilar el contenido de esta sección, FUNCAS quiere manifestar su agradecimiento a todos los participantes que, de forma desinteresada, han contribuido a aportar información y evaluaciones de interés sobre los objetivos políticos y la gestión administrativa de los servicios y las prestaciones para la atención a la dependencia.

*En primer lugar, se publica la colaboración de **Isabel María Martínez Lozano**, Secretaria General de Política Social y Consumo, que ofrece la visión del Gobierno sobre los cuatro primeros años de aplicación de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia. En segundo lugar, se incluye un artículo de análisis y evaluación del progreso en la cobertura de la dependencia elaborado por **Juan Sitges**, Director del Observatorio para la Dependencia de la Fundación Caser. Finalmente, se presentan las respuestas a una encuesta remitidas por responsables de las instituciones autonómicas a cargo de la atención a la dependencia en la Junta de Andalucía, la Junta de Castilla y León, la Generalitat Valenciana, la Junta de Extremadura, y los gobiernos de la Comunidad de Madrid, la Región de Murcia y la Comunidad Foral de de Navarra.*

La encuesta a los responsables autonómicos merece alguna explicación adicional. En el otoño de 2010, FUNCAS preparó un cuestionario para recoger información y posicionamientos sobre los avances realizados por las comunidades autónomas en materia de protección de la dependencia desde la aprobación de la Ley 39/2006. Ejemplares de este cuestionario fueron remitidos a los órganos de gestión de la dependencia de todas las comunidades autónomas. Los cumplimentados y remitidos a FUNCAS se publican en esta sección, apuntando en una nota a pie de página la fecha de recepción de las respuestas. Dado el periodo de tiempo transcurrido entre la contestación del cuestionario y la edición de este número de PAPELES DE ECONOMÍA ESPAÑOLA, y habida cuenta de modificaciones de organigramas o de cambios provocados por los resultados de las elecciones autonómicas del pasado 22 de mayo, algunos de los responsables que contestaron el cuestionario ya no ejercen el cargo en virtud del cual respondieron a la solicitud de FUNCAS. En tales casos, hemos añadido en nota a pie de página información sobre los cambios acontecidos. Por otra parte, puesto que los datos estadísticos citados en algunos de estos cuestionarios ya han sido objeto de actualización, a continuación publicamos una tabla con información específica de todas las comunidades autónomas a 1 de julio de 2011 (última fecha de actualización según la página web del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad - portal de la dependencia). Queda finalmente indicar al lector que el cuestionario al que respondieron los entrevistados precede a las respuestas, que se reproducen consecutivamente siguiendo el orden alfabético de las comunidades.

DATOS SOBRE EL SISTEMA DE AUTONOMÍA Y ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA (SAAD) A 1 DE JULIO DE 2011, POR COMUNIDADES AUTÓNOMAS

	SOLICITUDES		*POBLACIÓN*		*DICTÁMENES NÚMERO*	*BENEFICIARIOS CON DERECHO A PRESTACIÓN NÚMERO*	*BENEFICIARIOS GRADO III EN PORCENTAJE SOBRE TOTAL BENEFICIARIOS*
	Número	*Porcentaje*	*Número*	*Porcentaje*			
Andalucía	400.179	26,21	8.370.975	17,80	368.787	265.241	39
Aragón	48.188	3,16	1.347.095	2,86	44.603	33.264	44
Asturias	34.486	2,26	1.084.341	2,31	28.798	19.726	47
Baleares (Islas)	23.218	1,52	1.106.049	2,35	21.264	16.637	42
Canarias (Islas)	33.840	2,22	2.118.519	4,51	29.009	23.990	54
Cantabria	22.986	1,51	592.250	1,26	22.894	17.251	44
Castilla y León	85.805	5,62	2.559.515	5,44	80.837	61.267	50
Castilla-La Mancha	89.585	5,87	2.098.373	4,46	80.252	54.424	43
Cataluña	248.067	16,25	7.512.381	15,98	242.387	177.484	40
Comunidad Valenciana	112.035	7,34	5.111.706	10,87	110.947	77.264	42
Extremadura	41.691	2,73	1.107.220	2,35	37.528	26.542	48
Galicia	84.882	5,56	2.797.653	5,95	73.964	59.523	48
Madrid	133.781	8,76	6.458.684	13,74	126.696	87.050	46
Murcia	51.364	3,36	1.461.979	3,11	50.143	39.873	45
Navarra	18.132	1,19	636.924	1,35	17.087	10.913	32
País Vasco	81.765	5,36	2.178.339	4,63	77.995	50.394	36
Rioja (La)	13.115	0,86	322.415	0,69	13.068	8.594	47
Ceuta y Melilla	3.611	0,24	156.613	0,33	3.369	2.104	41
TOTAL	1.526.730	100	47.021.031	100	1.429.627	1.031.541	

Fuente: Estadísticas del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, SAAD (www.dependencia.imserso.es/dependencia_01/documentacion/estadisticas/index.htm)

CUATRO AÑOS DE LA LEY DE DEPENDENCIA: LOGROS Y RETOS DE FUTURO

Isabel María MARTÍNEZ LOZANO

Secretaria General de Política Social y Consumo
Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad

EN su programa electoral del año 2004, el PSOE prometía una ley de dependencia para atender las necesidades de atención de las personas que no pueden valerse por sí mismas para el desarrollo de su vida diaria, ya sea por vejez, enfermedad o discapacidad, y pretendía elevar esto a la categoría de derecho subjetivo. En el año 2007, La Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia era un hecho. Desde entonces, esta ley, probablemente la más esperada por miles de españoles, ha dado derechos, calidad de vida y esperanza a muchas personas. Para ser más exactos, a las 708.801 personas que, a 30 de marzo de 2011, son ya beneficiarias de ella, y consiguientemente están recibiendo servicios y prestaciones que, sobre todo, han venido a mejorar su situación personal y familiar.

Esta ley probablemente sea el mejor ejemplo de cómo convertimos un derecho de ciudadanía en un derecho subjetivo, que se traduce en prestaciones concretas que lo hacen efectivo. Y lo hemos hecho, además, con el propósito de que se aplique en condiciones de igualdad, con independencia del lugar del territorio en el que residan las personas beneficiarias.

La Ley de Dependencia acaba de cumplir su cuarto año de vigencia y, a pesar de la crisis económica, se están cumpliendo los plazos de desarrollo previstos en función de los distintos grados de dependencia. Así, en estos cuatro años se han ido haciendo efectivos los derechos de las personas valoradas en el grado III, de gran dependencia, y en el grado II, de dependencia severa; desde el 1 de enero de 2011, han entrado también dentro de su cobertura los dependientes moderados, el grado I, nivel II. Dado el gran calado de la norma, que tiene implicaciones transversales prácticamente en todos los ámbitos y sectores sociales, el despliegue completo de la Ley no culminará hasta 2015.

En ese tiempo, el horizonte es avanzar en la calidad de la atención que se presta a las personas beneficiarias y en la promoción de su autonomía personal, reforzando el catálogo de servicios y prestaciones del Sistema de Atención a la Dependencia (SAAD) y consolidándolo definitivamente.

Ése es nuestro compromiso, y el horizonte en el que queremos avanzar con la colaboración de las comunidades autónomas. Queremos que la persona sea el centro del sistema, y para ello vamos a seguir trabajando. Debemos esforzarnos, y ésta es una obligación que corresponde a todas las administraciones públicas para que el acceso a las prestaciones se realice en los plazos establecidos. Pero también, y de manera especial, para que las prestaciones reconocidas tengan la calidad necesaria y den respuesta adecuada a las necesidades de cada una de las personas beneficiaras del sistema.

No obstante, nuestra apuesta por la consolidación del Sistema de Atención a la Dependencia (SAAD) tiene otra vertiente más allá de la atención a las personas que lo necesitan. Tenemos el convencimiento de que nos va a permitir dar un gran impulso al crecimiento económico y a la creación de empleo. Porque, en la medida en que el sistema vaya progresivamente incorporando más servicios a las personas en situación de dependencia, como ha ocurrido en otros países de nuestro entorno, tendrá una fuerte repercusión en su propia sostenibilidad y también en la recuperación económica.

No obstante, el Sistema ya ha demostrado que, como resultado directo de su implantación, el empleo en el sector de los servicios sociales no se ha visto apenas afectado por la crisis económica que actualmente padecemos. Sin la Ley de Dependencia, este sector habría sufrido, sin duda, la dureza de la crisis tanto como el resto de sectores económicos. Sin embargo, no sólo no se ha destruido empleo, sino que éste ha crecido en los cuatro años que llevamos de implantación del SAAD. En total se han creado más de 260.000 nuevas altas en la seguridad social.

I. EL DESPLIEGUE TERRITORIAL

A través del IMSERSO, el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad coordina, mediante el Consejo Territorial de la Dependencia, el despliegue e implantación de la Ley en las distintas comunidades autó-

nomas. El propósito es que se vaya avanzando de forma armonizada en todos los territorios, garantizando a la persona en situación de dependencia unos mínimos de prestaciones y servicios de calidad, viva donde viva o se encuentre donde se encuentre. Ello, porque se trata de un derecho más de los que se adquieren con la ciudadanía española, y tan importante como el derecho a la educación, a la sanidad o a las pensiones.

Ahora, por primera vez, se ha incorporado el derecho a la autonomía personal y al cuidado para garantizar una vida digna en las situaciones de dependencia. Y con la ley que lo establece estamos consolidando el cuarto pilar de nuestra sociedad del bienestar: los servicios sociales.

Administraciones públicas, interlocutores sociales, profesionales de distintos tipos y organizaciones de la sociedad civil hemos realizado un ejercicio de responsabilidad aunando esfuerzos, unificando criterios y poniendo siempre por delante el bienestar de los ciudadanos en situación de dependencia y su atención. Hemos comprendido que esta ley era un paso definitivo, muy importante para avanzar en nuestro Estado del bienestar.

Por eso, su sostenibilidad se basa no sólo en el número de empleos que se están creando en el sector de los servicios sociales, sino también en la voluntad de toda la sociedad española, que, motivada por los objetivos que pretende la Ley, ha forjado los mejores cimientos para que esta norma vaya desarrollándose en beneficio de toda la comunidad.

Actualmente, estamos trabajando en la evaluación de lo logrado hasta ahora, lo que nos permitirá hacer una reflexión colectiva sobre las mejoras a incorporar al sistema. No obstante, hemos de tener siempre presente que hemos dado grandes pasos en su construcción. Así, hemos avanzado en la información estadística, con un acuerdo en el Consejo Territorial que incorpora nuevas variables; hemos mejorado el baremo y su aplicación con la complicidad de los profesionales, y hemos avanzado también en el desarrollo del catálogo de servicios y prestaciones, incluyendo nuevos servicios como los de promoción de la autonomía personal.

Además, y siempre en sintonía con las comunidades autónomas y la aportación de los interlocutores sociales, hemos llegado a acuerdos relacionados con la participación económica de las personas beneficiarias, con la provisión de servicios de calidad, con la atención y el cuidado familiar, con los modelos más adecuados de financiación. En definitiva, creo que estamos avanzando en la creación de un sistema de atención con calidad para todo el Estado.

II. COOPERACIÓN ENTRE LAS ADMINISTRACIONES Y CON EL SECTOR PRIVADO

El trabajo realizado desde las comunidades autónomas y desde el Gobierno para el desarrollo de la Ley de Dependencia está siendo muy positivo. Las administraciones hemos cooperado a través del Consejo Territorial del SAAD, órgano de cooperación multilateral con unos poderes hasta ahora inéditos en nuestras conferencias sectoriales.

Hemos pactado los criterios de reparto de fondos, así como el contenido de las sucesivas disposiciones que ha ido desarrollando la Ley. De esta forma, hemos conseguido homogeneizar el sistema de atención a la dependencia a través de decisiones compartidas entre las distintas administraciones, permitiendo contemplar las peculiaridades de cada territorio y dar respuesta a sus propias necesidades.

Todos hemos hecho un ejercicio de responsabilidad, aunando esfuerzos, concitando sinergias, unificando criterios y poniendo siempre por delante el bienestar de los ciudadanos en situación de dependencia y sus necesidades de atención.

Paralelamente, el Gobierno mantiene abierto un diálogo permanente con las entidades privadas, ya que siempre ha considerado que el sector privado tiene un papel fundamental en el desarrollo del sistema de promoción de la autonomía y atención a la dependencia. Es más, sin la colaboración del sector privado la Ley no podría desarrollarse plenamente.

Por eso, siempre estamos en contacto con el sector privado para que nos haga partícipes de sus experiencias y opiniones con el fin de mejorar, en todo lo posible, el catálogo de prestaciones y servicios que ofrece el sistema.

Somos plenamente conscientes de que el sector privado es interlocutor y proveedor de servicios que garantizan calidad e innovación, en un ámbito que crea un número importante de empleos y que está generando riqueza y bienestar para el conjunto de la sociedad. Ése es un motivo más por el que también queremos primar los servicios frente a las prestaciones económicas, en la

medida en que, a través de los servicios, podemos impulsar el crecimiento económico y la creación de empleo.

Así, hemos actuado para limitar el acceso a la prestación económica para cuidados en el entorno familiar, introduciendo determinados requisitos para su reconocimiento que suponen, además, una mejora en la calidad de la prestación.

Cabe también mencionar, en este mismo sentido, la mayor concreción que hemos impulsado en el *servicio de Promoción de la Autonomía Personal,* dotándolo de un contenido específico. Además de contribuir a la creación de una nueva actividad económica, queremos evitar el avance de la situación de dependencia precisamente en los momentos más inmediatos a su aparición.

El diseño de estos servicios se encomendó a la Comisión Delegada del Consejo Territorial, y se ha hecho realidad a través de un acuerdo adoptado por la Comisión Delegada del Consejo Territorial el pasado día 26 de enero. En él se define cada uno de los servicios destinados a la promoción de la autonomía personal, se detalla el perfil de la persona beneficiaria y se indican las actuaciones que comprende cada uno de estos servicios.

Este acuerdo contó con el apoyo unánime de todos los órganos consultivos: el Consejo Estatal de Personas Mayores, el Consejo Nacional de Discapacidad, el Consejo estatal de ONG de Acción Social, y el Comité Consultivo, en el que hubo acuerdo total por parte tanto de las organizaciones sindicales como de las patronales.

III. FINANCIACIÓN DE LA LEY DE DEPENDENCIA

Desde la entrada en vigor de la Ley de Dependencia, el Gobierno ha cumplido con los compromisos financieros derivados de su implantación. Ha sido, con creces, la Administración más transparente en cuanto a las cantidades dedicadas al desarrollo del Sistema, y ha cumplido su compromiso de financiación mediante créditos suficientes para hacer frente al pago de las cantidades que correspondían a cada comunidad autónoma. Este compromiso de financiación se mantiene para el futuro.

La Ley de Dependencia ha establecido un modelo de financiación basado en los principios de sostenibilidad, estabilidad y suficiencia, de manera sostenida en el tiempo. Este modelo queda garantizado con la corresponsabilidad de las administraciones públicas implicadas en el desarrollo del Sistema: básicamente de la Administración General del Estado (AGE) y las diferentes comunidades autónomas.

Y así, se ha establecido un sistema de financiación basado en la existencia de tres niveles de protección (el cuadro n.º 1 muestra la evolución).

En primer lugar, un *nivel mínimo de protección garantizado,* financiado íntegramente por la AGE, que, con periodicidad mensual, y en función del número de personas beneficiarias con prestación reconocida existente en cada comunidad autónoma, libra a éstas las cantidades que les correspondan.

En todo caso, la financiación de este nivel de protección se encuentra garantizada *ex lege*, puesto que se recoge ya en el texto de la propia Ley de Dependencia. Y ésta señala que, en su caso, se realizarán las modificaciones presupuestarias que resulten necesarias en orden a contar, en todo momento, con créditos suficientes para poder realizar los correspondientes pagos a las comunidades autónomas derivados de este nivel de protección.

En segundo lugar, existe un *nivel de protección acordado,* cuya financiación resulta asumida tanto por la AGE como por las comunidades autónomas, y que se plasma

CUADRO N.º 1

APORTACIONES DE LA ADMINISTRACIÓN GENERAL DEL ESTADO

Año	*Nivel mínimo (euros)*	*Nivel acordado (euros)*	*Total año (euros)*
2007	82.563.028,54	220.000.000	302.563.028,54
2008	501.389.503,83	241.019.460	742.408.963,83
2009	1.233.561.206,15	283.197.420	1.516.758.626,15
2010	1.519.777.938,25	283.197.420	1.802.975.358,25
TOTAL	3.337.291.676,77	1.027.414.300	4.364.705.976,77

CUADRO N.º 2

PRECIOS DE LOS SERVICIOS DE CENTROS DE DÍA

	Precio concertado plaza dependiente (euros/año)	*Precio concertado plaza psicogeriátrica (euros/año)*
Promedio España	9.497,71	10.505,18
España media ponderada (*)	9.007,72	11.226,33

(*) Basada en el peso poblacional.

CUADRO N.º 3

PRECIOS DE LOS SERVICIOS DE CENTROS RESIDENCIALES

	Precio concertado Plaza no dependiente (euros/año)	*Precio concertado Plaza dependiente (euros/año)*	*Precio concertado Plaza Psicogeriátrica (euros/año)*
Promedio España	16.771,20	17.987,80	21.488,80
España media ponderada (*)	16.466,30	18.067,50	20.897,80

(*) Basada en el peso poblacional.

en la suscripción, con carácter anual, de los oportunos convenios de colaboración. En ellos se recogen las aportaciones de cada administración pública en orden a la financiación de los servicios y prestaciones económicas establecidos en la propia Ley de Dependencia, incrementando así las cantidades relativas al nivel mínimo de protección.

Y por último, las comunidades autónomas que así lo estimen pertinente pueden implementar un *nivel adicional* de protección, financiado con sus propios presupuestos.

1. Copago de las prestaciones de dependencia

La Ley de Dependencia establece que la financiación del Sistema se lleve a cabo por parte de la Administración General del Estado, por parte de las comunidades autónomas, y también por parte de las personas beneficiarias. Para éstas, la Ley señala que contribuirán económicamente a la financiación de los servicios de forma progresiva en función de su capacidad económica, teniendo en cuenta para ello el tipo de servicio que se presta y el coste del mismo.

Ya en su reunión del día 27 de noviembre de 2008, el Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia adoptó un acuerdo sobre determinación de la capacidad económica del beneficiario y sobre los criterios de participación de éste en las prestaciones del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia.

Estos criterios están siendo desarrollados por las comunidades autónomas a través de su propia normativa. En todo caso, debe recordarse que el Acuerdo establece los criterios mínimos comunes de la participación económica en las prestaciones del Sistema, sin perjuicio de que las comunidades autónomas o la Administración competente puedan regular condiciones más ventajosas.

2. Precio de concertación de plazas

De conformidad con los datos obrantes en el Informe «Servicios sociales para personas mayores en España. Enero 2009», elaborado por el Observatorio de Personas Mayores del IMSERSO, los precios se muestran en los cuadros n.os 2 y 3.

IV. EVALUACIÓN DE LA LEY DE DEPENDENCIA

La Ley de dependencia establece, en el apartado 3 de su disposición final primera, que, transcurridos los primeros tres años de su aplicación progresiva, el Consejo Territorial realizará una evaluación de los resultados de la misma, proponiendo las modificaciones en la implantación del Sistema que, en su caso, estime

procedentes. Esta evaluación debe ser exhaustiva, y concierne a todas las instituciones que están implicadas en el proceso de aplicación de la Ley.

La evaluación pretende analizar el desarrollo de las previsiones de la Ley y de la puesta en marcha del SAAD, sus resultados más tangibles, la financiación y el impacto social. Para ello, además de los informes técnicos que ya se están realizando, hemos involucrado al conjunto de las comunidades autónomas, a través de la Comisión Delegada del Consejo Territorial. Y en breve se hará al Comité Consultivo del SAAD, a los tres consejos estatales, a las entidades locales a través de la Federación Española de Municipios y Provincias, a las organizaciones profesionales, a los proveedores públicos y privados, los agentes sociales y económicos profesionales de los servicios sociales, y a las personas beneficiarias y a sus familiares cuidadores.

Esta evaluación comprende una serie de objetivos centrales:

a) Grado de cumplimiento en cuanto a tres bloques de actividades que se relacionan con los procesos de acceso al sistema, percepción de prestaciones sociales y cooperación entre la AGE y las comunidades autónomas, como son: la igualdad y la eficacia en el acceso al sistema (evaluación de las situaciones de dependencia), el reconocimiento de las prestaciones sociales (PIA), el gobierno del SAAD y la evaluación del sistema de información.

b) En segundo lugar, la evaluación analizará los *resultados del desarrollo del SAAD en sus tres primeros años* de puesta en marcha; en concreto, se evaluarán: la cobertura del sistema y sus características (mediante el análisis de la base de datos del SISAAD), las prestaciones económicas y los servicios, y la generación de empleo. En este último caso, a través de la base de datos de la Seguridad Social y la *Encuesta de población activa* (EPA).

c) En tercer lugar, *la sostenibilidad financiera del SAAD*, mediante el análisis de las aportaciones de las distintas administraciones públicas y el copago de los beneficiarios.

d) El impacto social del SAAD se medirá mediante una *Encuesta de satisfacción de los beneficiarios* y cuidadores del ámbito domiciliario y residencial que realizará el CIS, en colaboración con IMSERSO y las comunidades autónomas.

e) Finalmente, se establecerá una comparación del SAAD con algunos de los modelos europeos de cuidados de larga duración, de forma que permita definir los rasgos semejantes y diferenciales del modelo español o, lo que es lo mismo, su valor añadido al acervo europeo en este nuevo riesgo social.

V. PRÓXIMAS ACCIONES EN MATERIA DE DEPENDENCIA

En el Acuerdo del Consejo Territorial sobre las intensidades de los servicios y las prestaciones económicas correspondientes al grado I, que, como he explicado previamente, ha entrado en el sistema el pasado 1 de enero, se establece que el servicio de teleasistencia se prestará como servicio complementario al resto de prestaciones contenidas en el Programa Individual de Atención. Tan sólo se exceptúa el caso de *servicios de teleasistencia avanzada con apoyos complementarios,* cuyo contenido se determinará por la Comisión Delegada. Ya se han iniciado los trabajos que permitan a la Comisión Delegada adoptar el correspondiente Acuerdo.

Asimismo, en el presente año culminarán los trabajos que han venido llevando a cabo sendos grupos constituidos al efecto en el seno de la Comisión Delegada, permitiendo la adopción en el Consejo Territorial de los siguientes acuerdos:

— Acuerdo sobre recomendaciones y condiciones mínimas que deben cumplir los *planes de prevención de las situaciones de dependencia* que elaboren las comunidades autónomas, con especial consideración de los riesgos y actuaciones para las personas mayores.

— Acuerdo sobre el *plan integral de atención para menores de tres años en situación de dependencia.*

VI. COORDINACIÓN SOCIOSANITARIA

Otro asunto decisivo para abordar de forma eficiente y eficaz las necesidades de las personas en situación de dependencia —y en especial de las que sufren patologías diversas, enfermedades crónicas o sujetas a ciclos de diferente intensidad— es la coordinación entre el sistema sanitario y el sistema de apoyo social. También ese requisito, que supone un reto de enorme complejidad, estaba contemplado en la Ley desde su promulgación, y ha sido abordado con la atención que merece.

Así, el 24 de febrero de 2010 se celebró la Primera Conferencia Interterritorial de Consejeros de Sanidad y de Política Social, en la que se acordó la elaboración de un *Libro Blanco* para la coordinación sociosanitaria

con la participación de las administraciones competentes en la materia. Este estudio se está llevando a cabo desde el IMSERSO, y permitirá conocer la situación actual de la coordinación sociosanitaria, ahora limitada a determinadas prácticas y territorios. Del trabajo final, que aspiramos a consensuar con todo tipo de entidades, organizaciones y personas, surgirán las recomendaciones que permitan una implantación estratégica de la coordinación sociosanitaria que afecte a las estructuras, procesos y resultados ahora existentes.

En definitiva, el desarrollo y consolidación de la Ley de Dependencia es una realidad aún sin concluir, sujeta a cambios y mejoras que la hagan más funcional y operativa. Por ello, continúa siendo uno de nuestros retos más importantes como Gobierno hasta que termine su despliegue en 2015.

Creo que es muy importante reconocer el gran esfuerzo que han realizado para la puesta en marcha del Sistema todas las administraciones públicas. Se estima que se han invertido más de 2.250.000 horas de trabajo para tramitar las solicitudes, evaluar en los docimicilios y realizar lor programas individuales de atención. Por eso creo que, más allá de las propuestas de mejora que se puedan realizar en el futuro, la Ley ha cumplido con el objetivo que pretendía, y sería necesario y conveniente en el futuro un gran acuerdo social y político para garantizar el modelo. Sobre todo teniendo en cuenta la evolución demográfica de España, y que las familias no pueden asumir en solitario las necesidades de atención que necesitan en nuestro país más de un millón de personas. La Ley de la Dependencia tiene que ser así un pilar más de nuestro Estado del bienestar a fortalecer en la próxima década.

ANÁLISIS DEL ESTADO ACTUAL DE LA LEY DE DEPENDENCIA

Juan SITGES

Fundación Caser para la Dependencia

I. INTRODUCCIÓN

POCOS temas de carácter social habrán generado tantos ríos de tinta en los últimos años como la dependencia. Gracias a la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia, que entró en vigor en 2007, esta materia pasó de ser una gran desconocida a ocupar cientos de titulares y estar en boca de todos, tanto de los expertos y profesionales como del ciudadano de a pie, que veía, por fin, cómo comenzaba a tomar forma uno de los pilares básicos del Estado del bienestar, sin el cual nuestra sociedad estaría incompleta.

La Ley venía a dar respuesta a una realidad social que las previsiones y estadísticas ponen cada vez más de manifiesto: la necesidad de disponer de un sistema nacional de dependencia capaz de dar soluciones profesionales y eficaces a este segmento de población, que se incrementará a un ritmo exponencial en los próximos años.

El progresivo aumento de la esperanza de vida hará, según datos del IMSERSO, que en 2026 en España haya casi once millones de personas mayores de 65 años. Asimismo, se intensificará el llamado «envejecimiento del envejecimiento», que significa que, dentro del segmento poblacional de la tercera edad, el colectivo formado por los individuos de 80 años y más crecerá a mayor ritmo que el de 65 años y más.

Casi cinco años después de la puesta en marcha de la Ley, parece el momento oportuno de echar la vista atrás para analizar en qué medida se han cumplido las expectativas, y en qué punto nos encontramos; ya que sólo desde ese análisis podremos acotar la dirección en que hemos de seguir avanzando, veremos en qué falla el sistema y qué soluciones se pueden aportar.

Si bien, antes de entrar en materia, quiero llamar la atención sobre un punto definitivo en el que siempre insisto. Lo positivo es que desde 2007 contamos con una ley específica en materia de dependencia, lo cual, por sí mismo, es un logro importante. Es verdad que algunos aspectos no se han desarrollado como esperábamos, y todavía queda mucho camino por recorrer y cosas a mejorar, pero una Ley de tal calado, y con aspiraciones tan ambiciosas como consolidar el cuarto pilar del Estado del bienestar, requiere de cierta paciencia y de un apoyo y colaboración unánimes para su efectiva implantación y buen funcionamiento.

II. EL ESTADO DE LA CUESTIÓN

1. Una radiografía actual de la dependencia en España

El *Libro Blanco de la dependencia,* que sirvió de base para la elaboración del proyecto de ley, establecía en el año 2004 que, según los cálculos del Instituto Nacional de Estadística (INE), en España existían 2.285.340 personas mayores de 6 años con alguna discapacidad para las actividades de la vida diaria (AA.VV., 2005).

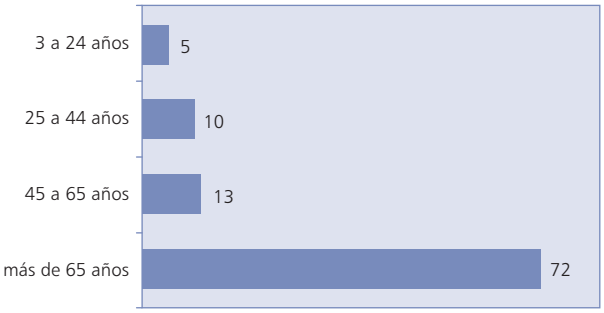
Según los datos del IMSERSO, a lo largo de estos últimos cuatro años han sido atendidas más de 735.000 personas dependientes, con más de 889.000 prestaciones y servicios.

Pero ¿qué hay detrás de las cifras y los números? El estudio *Dependencia 2010*, realizado por la Fundación Caser para la Dependencia (2010a), ofrece una detallada radiografía al respecto. El 27 por 100 de las familias españolas reconocen que en su seno existe al menos una persona dependiente, lo que, sin duda, supone una presencia muy importante, y convierte por tanto a la Ley y las soluciones y ayudas que establece en asuntos altamente relevantes para la población.

Por lo que se refiere al perfil de la persona dependiente en España, el 65 por 100 son mujeres y un 35 por 100 hombres. Asimismo, el 72 por 100 son mayores de 65 años, dato que reafirma la correlación entre dependencia y tercera edad (gráfico 1).

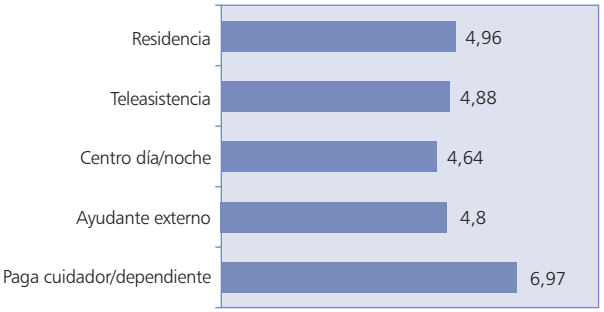
No obstante, aunque la causa más frecuente para encontrarse en esta situación sea la edad/vejez, ésta puede o no ir acompañada de enfermedades físicas o psíquicas. En este sentido, es relevante observar que las limitaciones psíquicas impactan en un 35 por 100 de los dependientes, y que su perfil asistencial sigue unos parámetros diferentes.

GRÁFICO 1
DISTRIBUCIÓN DE LAS PERSONAS DEPENDIENTES SEGÚN SU EDAD (Porcentaje)



Fuente: Imserso.

GRÁFICO 2
GRADO DE SATISFACCIÓN DE LAS FAMILIAS CON EL SAAD



Fuente: Fundación Caser para la Dependencia (2010a).

En cuanto a los servicios que requieren estas personas, el más frecuente es la ayuda domiciliaria, así lo reconoce un 37 por 100 de las familias afectadas. El siguiente más solicitado es la teleasistencia, con un 22 por 100. Las residencias y centros de día ocupan el tercer lugar, con una incidencia de entre un 15 por 100 y 14 por 100. Asimismo, una gran parte de los entrevistados señala que estos servicios son, prácticamente, pagados de forma privada en su totalidad. Esta afirmación traería a colación otro elemento cuyo análisis es fundamental para determinar el actual estado de desarrollo de la Ley, y es el nivel de implantación que han alcanzado las prestaciones establecidas por el SAAD (Sistema de Autonomía y Ayuda a la Dependencia). Pasemos a su evaluación.

2. Las ayudas del SAAD: nivel de implantación

De acuerdo con los datos del IMSERSO, a lo largo de estos últimos cuatro años el Estado ha invertido en la Ley de Dependencia un total de casi 5.400 millones de euros, lo que supone que cuatro de cada cinco grandes dependientes reciben ya las prestaciones del SAAD. El perfil de dichos beneficiarios es el de una mujer, mayor de 80 años y residente en localidades de más de 50.000 habitantes, y con un nivel de gran dependencia. De estas ayudas, 414.277 son servicios y 385.732 son prestaciones económicas.

Estas conclusiones estarían en línea con el informe de Caser, que destaca cómo la satisfacción con el SAAD de la población de familias con dependientes ha aumentado en 2010 respecto a 2009. Bien es cierto que quizá este aumento haya de interpretarse en el sentido de que la población afectada, conocedora de las dificultades presupuestarias, valora más los esfuerzos de las administraciones en este campo. Entrando en el detalle, la paga al cuidador o al dependiente es, con mucho, la prestación que más complacencia genera (gráfico 2).

En otro orden de cosas, y en pura lógica, existe una correlación importante entre la satisfacción de la familia con dependientes y el SAAD, y el grado de avance del proceso administrativo que conlleva y sus posibles retrasos.

Así, la satisfacción es máxima, con una media de 6,17, cuando se han empezado a recibir las ayudas, siendo muy baja en el trámite, y especialmente baja cuando la ayuda ya se ha determinado y aún no se percibe.

3. Mayor conocimiento y concienciación de la población general

Otro aspecto positivo que habría que resaltar respecto a la evolución de la norma en estos años recientes es que ha conseguido que aumente el conocimiento que la población general tiene sobre esta materia y, lo que es más importante, la concienciación sobre su trascendencia y sobre la necesidad de crear un sistema sólido y eficaz que dé respuesta a un problema que irá en aumento en las próximas décadas.

Actualmente, el 65 por 100 de las familias que no sufren en su seno ningún caso de dependencia conoce la existencia del SAAD. No obstante, la mayoría tiene la sensación de que el sistema está en fase de avance, pero en ningún caso en fase de implantación completa ni mayoritaria.

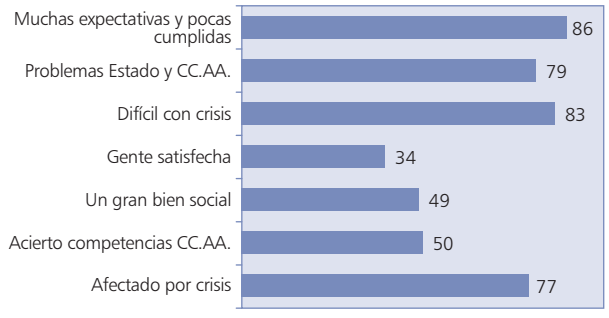
Además, el 86 por 100 de la población considera que la Ley ha generado un exceso de expectativas. También recibe una fuerte crítica por el 79 por 100 de los encuestados la falta de entendimiento entre el Estado y las comunidades autónomas (CC.AA.), y su efecto dilatorio para implantar el sistema. Sin embargo, no debe olvidarse que existe un 34 por 100 de los encuestados que valoran la mejora que supone el sistema y un 49 por 100 que entienden la innovación social que éste supone, siendo ambos porcentajes superiores a los del año anterior. Por otra parte, un 50 por 100 consideran un acierto la delegación de las competencias en las CC.AA. (gráfico 3).

Otro aspecto muy relevante es que, en estos años, la concienciación y la sensibilización de la sociedad en relación con la dependencia ha ido en aumento. El estudio de Caser pone de manifiesto que el 88 por 100 de los entrevistados es capaz de ponerse en situación y darse cuenta de los elevados gastos que han de asumir las familias con miembros dependientes, aunque no los sufran directamente. Cuando una persona sufre un estado de dependencia que limita especialmente su capacidad, genera unos costes muy importantes que, además, pueden durar muchos años, por lo que la economía familiar se ve amenazada.

Esta sensibilidad social hacia la dependencia, según otros estudios sectoriales, es mayor que la que existe, por ejemplo, ante la muerte prematura o en cuanto al ahorro como complemento para la jubilación.

En definitiva, podríamos decir que casi un lustro después de su entrada en vigor la Ley de Dependencia avanza, los mecanismos establecidos en el SAAD comienzan a funcionar y las ayudas empiezan a llegar, siendo la satisfacción de las familias afectadas en relación con las prestaciones que reciben mayor que en años anteriores. Asimismo, la sociedad muestra una sensibilización mayor hacia el tema. Sin embargo, quedan todavía algunas asignaturas pendientes que resolver y que, sin ánimo de ser exhaustivos, vamos a explicitar a continuación.

GRÁFICO 3
PERCEPCIÓN DE LA APLICACIÓN DE LA LEY (Porcentaje de encuestados)



Fuente: Fundación Caser para la Dependencia (2010a).

III. LA LEY DE DEPENDENCIA EN 2011, ASIGNATURAS PENDIENTES

1. Diecisiete sistemas diferentes

Uno de los méritos que se ha reconocido unánimemente a La ley de Dependencia es haber contado en su aprobación con un amplio y sólido consenso por parte de las principales fuerzas políticas. Fue creada para responder de manera uniforme e igualitaria a las necesidades y demandas de especial cuidado de los más de dos millones de españoles en situación de dependencia, y de los que en un futuro lo estarán. Pese a ello, este objetivo no se ha cumplido, y en la actualidad dicha respuesta es distinta según la comunidad autónoma de la que proceda la persona dependiente. Por decirlo de manera gráfica, un sistema que debería ser único y universal para todos los españoles se ha traducido, al llevarlo a la práctica, en diecisiete sistemas diferentes, cada uno de ellos con su propia normativa.

No obstante, de alguna forma, no es sorprendente que haya ocurrido esto; era un riesgo evidente que se podía correr, propiciado por la existencia, previa a la norma, de un sistema de servicios sociales por cada comunidad autónoma. La Ley, en vez de unificar, parece haber ahondado en las desigualdades, y las regulaciones locales han proliferado hasta tal punto que, hoy en día, existen más de 500 normas distintas, como demuestra la web puesta en marcha por la CECA y la Fundación Caser (www.normativadependencia.org), que recoge y actualiza diariamente toda la legislación que se produce en esta materia.

Así pues, aquí tenemos uno de los principales aspectos a mejorar. Sería conveniente que el Consejo Territorial del SAAD y el resto de poderes públicos implicados intentaran unificar dicha proliferación normativa, en aras del derecho de igualdad y equidad que consagran tanto la Ley como la Constitución. No se trata de que las comunidades autónomas pierdan su legítima capacidad de legislar ni sus competencias, pero sí de que se establezcan unos criterios comunes sobre los requisitos mínimos para que las personas

con el mismo grado de dependencia puedan acceder a idénticos atención y servicios, sin que en ello influya la región española en la que viven. En ese sentido ha abogado la ministra de Sanidad, Leire Pajín, y sin duda es imprescindible un gran pacto entre administraciones para el éxito de la implantación del sistema.

2. La figura del cuidador y su necesaria profesionalización

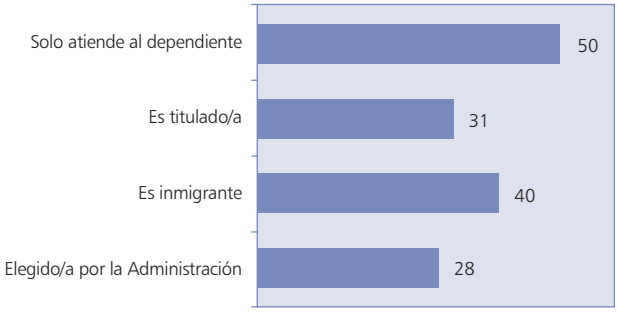
Tradicionalmente, el cuidado de las personas dependientes ha corrido a cargo de sus propias familias y, por tanto, de personas no profesionales en la materia. Aunque este hecho está evolucionando como consecuencia de los cambios demográficos y sociales, y cada vez se busca más la ayuda externa, ésta sigue recayendo de forma mayoritaria sobre personal no cualificado. Así se pone de manifiesto en el análisis de la Fundación Caser: en el 52 por 100 de las familias con miembros dependientes existe al menos un familiar que dedica una gran parte de su tiempo a su cuidado. Incluso, en el 31 por 100 de los casos, lo hace más de una persona, ofreciendo un porcentaje relevante de dedicación. Si bajamos al detalle, una mayoría abrumadora de estos cuidadores informales son mujeres, y su media de edad ronda los 53 años.

Por lo que se refiere a los cuidadores ajenos a la familia, muestran también perfiles que evidencian la necesidad de una mayor profesionalización, ya que el 50 por 100 atiende a otras necesidades del hogar, además de al dependiente, circunstancia que ha mejorado con respecto al año anterior. Un 69 por 100 no tienen titulación específica. La presencia de inmigrantes en este tipo de labores es al menos tres veces más alta que en otras (gráfico 4).

Asimismo, otro Estudio de la Fundación Caser para la Dependencia (2010b), denominado *Cuidadores Profesionales en España: formación, empleabilidad y oportunidades de empleo,* pone de manifiesto que existe una importante demanda de cuidadores cualificados por parte de los proveedores de servicios que resulta difícil de cubrir. El análisis abunda también en la figura del cuidador profesional en España, sobre el que señala que existe una gran heterogeneidad y diversidad de perfiles profesionales, así como una extensa y diversa oferta formativa.

Parece, pues, el momento de conjugar estas dos realidades, la necesidad de contar con una atención cualificada y la existencia un subsector de los cuidados profesionales en desarrollo, y que ha seguido una tendencia positiva desde 2009, generando empleo incluso en una etapa de adversidad económica, para potenciar uno de los puntos fundamentales incluidos en la Ley, como es la importancia de contar con diversos perfiles especializados en la atención y el cuidado de las personas dependientes, entre los que se encuentra el cuidador profesional, al que dicha Ley define como «el trabajador que proporciona cuidados en una institución pública o entidad, con o sin ánimo de lucro, o el profesional autónomo que presta servicios a personas en situación de dependencia, ya sea en su hogar o en un centro».

GRÁFICO 4
CARACTERÍSTICAS DE LOS CUIDADORES EXTERNOS



Fuente: Fundación Caser para la Dependencia (2010a).

3. Otras cuestiones a mejorar

Al margen de los puntos destacados, hay otros aspectos en los que también se ha de avanzar, como conseguir que la prestación económica al cuidador sea realmente extraordinaria, como planteaba la norma, y que se potencien y utilicen cada vez más servicios asistenciales de calidad acordes con las necesidades de cada dependiente. Para ello, es clave impulsar una cartera de prestación de servicios, homogénea en todas las comunidades autónomas, tales como la atención domiciliaria, la teleasistencia o las residencias y centros de día. En relación con este punto, sería deseable fomentar un mayor posicionamiento de la empresa privada dentro del SAAD, a través de un marco regulatorio que establezca con claridad los términos de la colaboración público-privada en la provisión y desarrollo de dichos servicios.

Por último, es sustancial agilizar la concesión de las ayudas del SAAD, facilitando su tramitación mediante la aplicación de las nuevas tecnologías, y reduciendo

los tiempos entre la presentación de la solicitud y la obtención de la prestación.

IV. CONCLUSIÓN

Como señalaba al inicio, es mucho lo conseguido en materia de dependencia en apenas cinco años. El hecho fundamental es que contamos con un marco legal amplio, sólido y consensuado. Ahora lo que nos toca es aunar esfuerzos para aprovechar esa magnífica oportunidad de, bajo su amparo, crear un sistema nacional de dependencia fuerte, eficaz y bien cohesionado, en el que las personas dependientes hagan efectivos sus derechos y reciban el cuidado y atención que merecen.

BIBLIOGRAFÍA

AA.VV. (2005), *Libro Blanco de atención a las personas en situación de dependencia*, (ed.) Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

FUNDACIÓN CASER PARA LA DEPENDENCIA (2010a), *Dependencia 2010*.

— (2010b), *Cuidadores profesionales en España: formación, empleabilidad y oportunidades de empleo.*

CUESTIONARIO

1. *En estos primeros cuatro años de puesta en marcha del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD), las comunidades autónomas han avanzado a distinto ritmo en la verificación de la demanda y la producción de prestaciones y servicios. ¿Considera que, en cada una de estas dimensiones, en su comunidad se ha avanzado más, menos o aproximadamente igual que en otras? ¿Si existen diferencias respecto de otras comunidades, a qué se deben fundamentalmente?*

2. *El* Libro Blanco sobre la Dependencia *estimaba en algo menos de un millón las personas en toda España en situación de dependencia (total, severa o moderada), cifra que, al parecer, infraestima el número real. En el caso de su comunidad autónoma, ¿se ajustan aproximadamente los resultados que arroja hasta el momento el proceso de verificación de la demanda a las previsiones iniciales? En caso de que se haya producido una desviación significativa, ¿a qué factores obedece?*

3. *Centrando la atención en la gestión de la demanda,*

a) ¿cuál es su opinión sobre el funcionamiento técnico del baremo de valoración y los equipos de valoración en su comunidad?

b) ¿considera que los procedimientos administrativos de valoración se han llevado a cabo con la suficiente agilidad?

c) ¿qué proporción aproximada de solicitantes ha sido ya valorada?

4. *En cuanto a la oferta de prestaciones y servicios,*

a) ¿qué porcentaje de la demanda acreditada se ha podido cubrir y qué tipo de prestaciones han predominado?

b) ¿dónde se han detectado las mayores lagunas para gestionar y satisfacer la demanda?

5. *A propósito de la colaboración entre poderes e instituciones para el desarrollo del SAAD, desde la perspectiva de su comunidad autónoma,*

a) ¿se ha conseguido avanzar satisfactoriamente hacia una coordinación efectiva entre las distintas administraciones públicas?

b) ¿se han cumplido los objetivos de colaboración con entidades e instituciones no públicas en la producción de los servicios?

6. *El* Libro Blanco *definió la coordinación sociosanitaria como uno de los grandes retos para el desarrollo del SAAD. Esta coordinación se ha revelado como un objetivo complicado y de lento progreso. En una escala de cero a diez, donde cero significara ningún avance y diez todo el avance previsto, ¿cuánto diría que se ha avanzado en esta materia en su comunidad autónoma? ¿Dónde residen las principales dificultades?*

7. *¿En qué medida cree que la crisis económico-financiera que ha coincidido con estos años de arranque del SAAD ha afectado y va a afectar a su desarrollo durante la próxima década?*

8. *Para finalizar, ¿podría enunciar una breve lista de prioridades en orden a impulsar el desarrollo del SAAD en su comunidad autónoma?*

RESPUESTAS

Julio Coca Blanes
Secretario General para la Atención a la Dependencia, Consejería de Igualdad y Bienestar Social de la Junta de Andalucía (*)

1. Con datos del 1 de enero de 2011, Andalucía sigue figurando a la cabeza de España en la aplicación del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD). Nuestro liderazgo se refiere tanto a solicitudes (401.495) y valoraciones (364.749) como a personas beneficiarias (182.724) y prestaciones (239.407). En estos dos últimos parámetros, Andalucía consolida el 30 por 100 del total nacional, casi el doble de su peso poblacional (17 por 100). Entre los servicios que se prestan, destacan los de teleasistencia (53.398 beneficiarios; 62 por 100 del total nacional) y ayuda a domicilio (46.434 usuarios; 49 por 100 de España).

El Gobierno andaluz, a través de la Consejería para la Igualdad y Bienestar Social, se adelantó incluso a la entrada en vigor de la Ley en el año 2007, con una importante provisión de fondos a los ayuntamientos y diputaciones provinciales andaluzas para reforzar el personal de los servicios sociales comunitarios, que se constituye-

(*) Enero de 2011. Desde abril de 2011, Director Gerente de la Agencia de Servicios Sociales y Dependencia de Andalucía.

ron en la puerta de entrada del sistema de la dependencia en Andalucía. Así, se ha procedido a la contratación durante los últimos años de más de 1.400 profesionales, entre los que se incluyen 536 destinados a los servicios sociales comunitarios, y 615 correspondientes a los servicios de valoración de la Consejería para la Igualdad y Bienestar.

Esa cooperación con las administraciones locales y provinciales ha sido la fórmula que ha utilizado la Junta durante estos cuatro años con el objetivo de acercar los servicios a la ciudadanía, agilizar todo lo posible su prestación y aumentar su eficacia. Otro componente de esta consecución es, sin duda, la inversión económica destinada a que los andaluces y andaluzas que se encuentren en situación de dependencia puedan tener garantizada su atención y la promoción de su autonomía personal por la Administración pública de Andalucía mediante la producción de recursos.

Respecto a lo manifestado, la Consejería para la Igualdad y Bienestar Social consigna en su presupuesto de 2011 una dotación inicial de 850 millones de euros (un 7,5 por 100 más que el ejercicio anterior) para el desarrollo del SAAD en Andalucía, que se llevará a cabo de forma gradual hasta el año 2015. Son más de dos millones de euros diarios los que se destinan a la atención a la dependencia en Andalucía, una inversión que ha significado una mayor cohesión social y territorial, creando empleo estable y no deslocalizable, es decir, puestos de trabajo vinculados a territorios específicos y a personas concretas.

En síntesis, los componentes más destacables que han propiciado la culminación del SAAD en Andalucía son:

— La inversión en recursos humanos hecha para la puesta en marcha del Sistema ya desde su arranque en 2007.

— Los recursos económicos invertidos.

— El papel fundamental otorgado a los servicios sociales comunitarios de las corporaciones locales (en la implantación del SAAD en Andalucía partimos del sistema de servicios sociales configurado como un modelo de gestión con una puerta de entrada común, los servicios sociales comunitarios).

— La integración de las prestaciones y los servicios de dependencia en la red de servicios sociales de nuestra comunidad autónoma.

2. El número de solicitudes registradas a fecha 1 de enero de 2011 asciende a 401.495, por lo que las previsiones iniciales no sólo se han cumplido, sino que se han superado. El origen de esta desviación es evaluado positivamente por nuestra comunidad autónoma, puesto que esta demanda está motivada por la facilidad que tiene la ciudadanía para presentar una solicitud de reconocimiento de la situación de dependencia: solamente es necesario acudir con su DNI al centro de servicios sociales más cercano. Todas las solicitudes son gestionadas con celeridad, lo que ha incrementado la demanda. Además, desde el primer momento se realizó una amplia campaña de información, ya que uno de nuestros principales objetivos es que ningún ciudadano o ciudadana pueda quedar fuera del SAAD por falta de información.

3. *a)* Los equipos de valoración constituidos para efectuar las evaluaciones de la situación de dependencia de las personas solicitantes se caracterizan especialmente por ser suficientes y estar compuestos por profesionales debidamente formados para la aplicación del Baremo de Valoración de la Dependencia (BVD). En este sentido, para crear los recursos humanos que diesen respuesta a las necesidades de servicios derivadas de la aplicación de la Ley, tanto para la valoración y el reconocimiento de la situación de dependencia como para la coordinación de los servicios sociales comunitarios, la aprobación del Programa Individual de Atención y la materialización, seguimiento y control de los servicios y prestaciones económicas, se modificó la Relación de Puestos de Trabajo de la Consejería para la Igualdad y Bienestar Social con la creación de 615 nuevos puestos de trabajo, de los que 268 son los valoradores y valoradoras de la dependencia, uno por cada zona de trabajo social.

Los órganos de valoración, encargados de determinar el grado y nivel de dependencia, están formados por un equipo técnico multidisciplinar, perteneciente mayoritariamente a las áreas social o sanitaria, e integrado en la estructura administrativa de la respectiva delegación provincial de la Consejería para la Igualdad y Bienestar Social. En correspondencia con el BVD aprobado por el Real Decreto 504/2007, de 20 de abril (modificado recientemente por el Real Decreto 174/2011, de 11 de febrero), la principal dificultad respecto a los criterios de aplicación radicaba en que no estaban lo suficientemente cerrados, pudiendo dar lugar a distintas interpretaciones por parte del personal valorador. El principal objetivo del nuevo baremo es ajustar y mejorar la fiabilidad y la aplicabilidad del baremo al concepto y a la clasificación de las situaciones

de dependencia establecidas en la Ley, garantizando así una evaluación homogénea entre las comunidades autónomas.

b) y *c)* Con datos de fecha 1 enero de 2011 extraídos del Portal de la Dependencia del IMSERSO, en Andalucía han sido evaluadas 364.749 personas de las 401.495 que presentaron solicitud de reconocimiento de la situación de dependencia, apunte que muestra que el 90,85 por 100 de las personas solicitantes han sido efectivamente valoradas. Estas cifras corroboran con precisión que el proceso de valoración de la situación de dependencia gestionado por los servicios de valoración de la dependencia de las delegaciones provinciales de la Consejería para la Igualdad y Bienestar Social de la Junta de Andalucía es ágil y eficaz, lo que permite cumplir con el plazo de tres meses legalmente establecido en el que deberá dictarse y notificarse a la persona solicitante o a sus representantes legales la resolución del reconocimiento de la situación de dependencia.

4. *a)* Con datos de fecha 1 de enero de 2011, el total de personas beneficiarias con derecho a prestación (personas que tienen reconocido grado III y grado II) asciende a 232.046; las personas beneficiarias que tienen prestaciones son 182.724, y las prestaciones reconocidas arrojan un resultado de 239.407. Esta última cifra es superior al número de personas beneficiarias porque una misma persona puede disfrutar de más de un servicio y/o prestación económica.

En Andalucía, los servicios suponen algo más del 53 por 100 del total, de conformidad con la línea de favorecer los servicios sobre las prestaciones económicas. Cabe destacar que quizá sea la Comunidad que más ayuda a domicilio presta, concretamente a 43.334 personas, casi el 20 por 100 del total de servicios y prestaciones.

b) Respecto a las lagunas o dificultades surgidas en la gestión de las solicitudes de reconocimiento de la situación de dependencia y del derecho a las prestaciones del SAAD, habida cuenta de que la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, establece que el Programa Individual de Atención ha de elaborarse con la participación previa consulta y, en su caso, elección (entre las alternativas propuestas) de las personas interesadas y, en su caso, de sus familias o entidades tutelares que las representen, la realidad nos ha mostrado que lo que era excepcional en el espíritu de la Ley ha sido la opción más solicitada; opción coherente con nuestra cultura mediterránea, en virtud de la cual las personas prefieren vivir en su casa siendo atendidas por familiares u otras personas de su entorno, cuidadores o cuidadoras elegidas por la propia persona en situación de dependencia, lo que no ocurre en el caso del cuidador profesional.

Con el objeto de solventarlo, la Consejería para la Igualdad y Bienestar Social decidió poner en marcha un plan estratégico sobre prioridad de los servicios en el SAAD; plan que se traduce en la marcada apuesta por el servicio de teleasistencia y por el servicio de ayuda a domicilio, y en el esfuerzo realizado para crear más centros de día y disponer de más plazas residenciales. Este plan pasa por la adecuada formación de los profesionales para evitar, entre otras cuestiones, que las personas que están siendo atendidas en un servicio salgan de él para acceder a una prestación económica para cuidados en el entorno familiar.

En algunas ocasiones, se han encontrado dificultades respecto a la ubicación del servicio de atención residencial, cuando no existen plazas disponibles en los lugares preferentes de las personas en situación de dependencia o de sus familiares. En la mayoría de las zonas de trabajo social de Andalucía hay oferta suficiente de servicios. Solamente en algunas es deficitario el número de plazas del servicio de atención residencial, ya que las plazas acreditadas corresponden a personas válidas y no a personas en situación de dependencia. En contraste con esta situación existen otras zonas donde la oferta es mayor a la demanda. De manera muy concreta, y con carácter residual, en el servicio de atención residencial tenemos la necesidad de contar en poco tiempo con disponibilidad de plazas en condiciones de acreditación adecuadas a grupos con problemas específicos en determinadas zonas de trabajo social.

5. *a)* y *b)* Es un objetivo prioritario en nuestra comunidad autónoma fomentar una mayor comunicación, coordinación y colaboración entre las administraciones públicas intervinientes en el procedimiento para el reconocimiento de la situación de dependencia y del derecho a las prestaciones, con el fin de agilizar la tramitación de éste y satisfacer, en un plazo razonable, las necesidades de las personas con la asignación de los recursos más adecuados. En este proceso se ha avanzado mucho con la mejora del sistema de información del SAAD y la incorporación de nuevas aplicaciones informáticas en la gestión del Programa Individual de Atención, desarrolladas por parte de la Junta de Andalucía.

Asimismo, se ha ido realizando una importante campaña de información y formación desde la puesta en marcha de la Ley para todo el personal implicado. Se han desarrollado planes de formación específicos para el personal valorador, al objeto de unificar criterios para la aplicación del BVD en todo el territorio andaluz, para el personal de los servicios sociales comunitarios que elabora las propuestas de programas individuales de atención, para el personal directivo y asistencial de los centros de atención residencial y de los centros de día, así como para el personal de las delegaciones provinciales de la Consejería para la Igualdad y Bienestar Social.

Con el desarrollo de estos proyectos, garantizamos la coordinación entre las administraciones públicas y la colaboración con entidades e instituciones no públicas en la producción de los servicios.

6. El Decreto 168/2007, de 12 de junio, por el que se regula el procedimiento para el reconocimiento de la situación de dependencia y del derecho a las prestaciones del SAAD, así como los órganos competentes para su valoración, previó que se aprobaría una orden conjunta de las consejerías de Salud y para la Igualdad y Bienestar Social en la que se establecerían los procedimientos de coordinación sociosanitaria, y se crearían los órganos e instrumentos procedentes para garantizar una efectiva atención a las personas en situación de dependencia. Por ahora, el acuerdo adoptado entre ambas consejerías para que las personas solicitantes del reconocimiento de la situación de dependencia no tengan que aportar el informe de salud (ya que es esta Consejería la que lo solicita) está dando buenos resultados, siempre mejorables, sobre todo en lo que respecta a las personas con enfermedad mental.

Asimismo, hemos colaborado en la elaboración del Plan de Acción para los Menores de Tres Años en Situación de Dependencia, cuya atención temprana es fundamental, y en los pasos previos para disponer de un plan de promoción de la autonomía personal y prevención de la dependencia.

7. A pesar de la etapa de crisis económica que estamos atravesando, la aplicación de la Ley de Dependencia es el eje de los presupuestos de la Consejería para la Igualdad y Bienestar Social para 2011. Queda de manifiesto, a través de datos cuantitativos y cualitativos, que desde esta Consejería estamos intentando paliar este periodo de recesión realizando un gran esfuerzo presupuestario en relación con la promoción de la autonomía personal y la atención a la dependencia, ya que se destinarán 850 millones de euros (849.267.543 €) para continuar con el desarrollo de la Ley 39/2006 y para poder seguir haciendo efectivas las prestaciones por dependencia. Este interés y este compromiso quedan enunciados en el incremento presupuestario respecto del año anterior, que representa un aumento del 7,5 por 100.

Por tanto, a pesar de disponer de unos presupuestos austeros, los fondos destinados a la atención a la dependencia permiten desarrollar los proyectos fijados, y además se incrementa su partida para el año 2011, con lo que se extenderá la aplicación del SAAD en Andalucía. En el año 2011, el 63,82 por 100 del presupuesto de la Consejería va destinado a la atención a las situaciones de dependencia.

8. Entre las prioridades que permitirán impulsar el desarrollo del SAAD en la Comunidad Autónoma de Andalucía cabe destacar las siguientes:

— La información a la ciudadanía.

— El apoyo a las corporaciones locales.

— La implantación del SAAD desde el sistema de servicios sociales.

— La prioridad de los servicios frente a las prestaciones económicas.

— La coordinación entre los servicios sociales y sanitarios.

— La promoción de la autonomía personal.

— La implantación de sistemas de gestión de la calidad.

— El incremento de recursos económicos.

— El diálogo con los órganos de asesoramiento y participación de personas mayores y personas con discapacidad, con agentes sociales y económicos.

— La formación de los cuidadores, profesionales y no profesionales.

— La incorporación del enfoque de género.

Jesús Fuertes Zurita
Director General de Política Social y Atención a la Dependencia, Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades, Junta de Castilla y León (*)

1. Si observamos las últimas estadísticas publicadas por el IMSERSO a la fecha de cumplimentación de este cuestionario, es evidente que el ritmo al que avanzan unas y otras comunidades es diferente; así, por ejemplo, en la emisión de dictámenes, que es el instrumento en el que se determina el grado y nivel de dependencia y, por tanto, conlleva el tratamiento previo de la solicitud, tanto en su parte administrativa como de valoración de la situación de dependencia, el abanico de dictámenes emitidos respecto del total de solicitudes presentadas se abre entre un 77,93 por 100 y un 99,55 por 100. En este aspecto, Castilla y León se sitúa por encima de la media nacional, con un 91,64 por 100, frente a un 90,99 por 100 de media.

Asimismo, de todas las personas evaluadas con derecho a prestaciones, un 87,68 por 100 ya tienen reconocida prestación, frente a un 72,84 por 100 de media nacional. Las causas de estas diferencias se pueden deber a múltiples factores, como el volumen de población destinataria, la dispersión geográfica, el sistema de organización de los órganos de valoración…

2. El *Libro Blanco sobre la Dependencia* estimaba en algo más de 53.000 las personas con discapacidad para alguna de las actividades básicas de la vida diaria (ABVD), en situación de discapacidad severa o total, en Castilla y León. A finales de 2010, estamos cercanos a las 52.900 personas en situación de «gran dependencia» y «dependencia severa»; es decir, que las estimaciones del *Libro Blanco* se acercaban bastante a la realidad, tomando los dos grupos de mayor dependencia en su conjunto.

Sin embargo, el reparto entre ambas categorías ha sufrido una importante desviación, y en el momento actual el número de personas valoradas en Castilla y León con un grado III de dependencia duplica las previsiones del *Libro Blanco*. En principio, parece que no es tanto un defecto de previsión como de clasificación en los distintos grupos, lo que lleva a pensar que el problema pueda estar en la configuración y aplicación del baremo. Aún estamos muy lejos del total de personas dependientes en cualquiera de sus grados y hasta que no esté totalmente implantado el sistema no podrán hacerse análisis rigurosos de la incidencia de los distintos grados de dependencia.

3. *a)* Como hemos indicado en la respuesta anterior, la aplicación del baremo en estos cuatro años ha revelado que las personas con el máximo grado de dependencia (grado III) superan en mucho las estimaciones que hizo el *Libro Blanco de la Dependencia*. Se han barajado distintos motivos para explicar esta desviación: que las estimaciones no fueran correctas, que el instrumento no sea adecuado para valorar la situación de dependencia y que el baremo no se aplique correctamente.

Dejando al margen el primero de los motivos, desde Castilla y León consideramos que el instrumento vigente es válido para determinar si una persona es dependiente o no, pero no lo es tanto para distribuir a las personas dependientes en los distintos grados y niveles, especialmente en el caso del baremo específico para discapacidad intelectual y enfermedad mental (DI/EM). El instrumento fue objeto de modificación por Acuerdo del Consejo Territorial en junio de 2010, y las modificaciones acordadas se recogerán en un Real Decreto.

Por lo que se refiere a la correcta aplicación del baremo, en Castilla y León siempre hemos abogado por una adecuada formación de los profesionales que lo aplican y hemos configurado unos equipos mixtos de valoración, integrados por profesionales de distintos perfiles y con participación de la Administración local, que garantizan la calidad de las valoraciones realizadas.

b) Por lo que se refiere a la agilidad del procedimiento administrativo de valoración, hay que tener en cuenta que el procedimiento creado por la Ley de Dependencia es complejo y muy garantista para el ciudadano; se requiere que la valoración se haga en el domicilio habitual del solicitante, con las exigencias que ello conlleva de desplazamiento de los profesionales por todo el territorio de la Comunidad. Aún así, y pese a que en Castilla y León convergen dos de las características que mayores dificultades ofrecen para llevar a cabo las valoraciones (extensión y dispersión geográfica), se han realizado los mayores esfuerzos para que el procedimiento de evaluación resultara lo más ágil posible. Así, se ha contado con la colaboración inestimable de los servicios sociales de base, aquellos que están más cerca del ciudadano.

c) De acuerdo con las últimas estadísticas publicadas por el IMSERSO (noviembre de 2010), en Castilla y León se han valorado el 91,64 por 100 de las solicitudes presentadas.

(*) Marzo de 2011.

4. *a)* y *b)* Según las últimas estadísticas publicadas, Castilla y León ha reconocido un 87,68 por 100 de prestaciones sobre el total de beneficiarios con derecho a prestación, lo que la sitúa 14,84 puntos por encima de la media nacional. De todas las prestaciones reconocidas, un 56,95 por 100 son servicios, y un 43,05 por 100 son prestaciones económicas. Y ello pese a que, con el actual sistema de financiación, el coste para la Administración autonómica es muy superior en el caso de servicios que en el de prestaciones económicas, ya que la mayor parte de las cuantías aportadas por el Estado a las comunidades autónomas se fijan en función del grado y nivel de dependencia, y no del servicio reconocido a la persona dependiente. Éste, sin duda, es el mayor escollo para atender la demanda de servicios.

Hay que indicar, por otro lado, que el índice de cobertura de servicios en Castilla y León es elevado; prácticamente no hay lista de espera en el servicio de ayuda a domicilio, y estamos en más de un 7 por 100 de cobertura de plazas de atención residencial en relación con la población mayor de 65 años.

5. *a)* Hasta fechas recientes, el Consejo Territorial del SAAD ha servido de cauce de coordinación entre las distintas comunidades autónomas. Sin embargo, el último acuerdo se adoptó sin el voto favorable de nueve comunidades de distinto signo político. Es de lamentar que el Gobierno no haya hecho el esfuerzo necesario para, como en ocasiones anteriores, lograr el consenso en el seno del Consejo Territorial para determinar los servicios y prestaciones que corresponden al grado I de dependencia.

b) La Junta de Castilla y León ha comprometido, para el periodo 2008-2015, la creación de 1.431 plazas residenciales en colaboración con entidades privadas, de las cuales 700 serán concertadas.

6. En Castilla y León se ha complementado el modelo preexistente de coordinación sociosanitaria con una serie de medidas adoptadas como consecuencia de la implantación de la Ley de Dependencia. Entre algunas de esas medidas cabe citar la aprobación de un modelo único normalizado de informe sobre las condiciones de salud, que se utiliza para el acceso a todas las prestaciones de servicios sociales; la implicación de los profesionales del sistema de salud en la valoración de la situación de dependencia de aquellos solicitantes que, por su situación y circunstancias, están incluidos en programas específicos del sistema sanitario (programa de inmovilizados); la participación en la valoración de los cuidados recibidos por las personas dependientes que están atendidas en su entorno familiar, y el pilotaje sobre «consejos para el cuidador sobre cuidados a realizar a las personas dependientes». A todo ello debemos unir la implantación de un modelo integrado de atención a personas con discapacidad por enfermedad mental y la creación de equipos de coordinación de base, integrados por profesionales pertenecientes a equipos de atención primaria (EAP) y a centros de acción social (CEAS), para el trabajo conjunto en coordinación sociosanitaria.

A la vista de lo anterior, podemos puntuar con un siete los avances realizados.

Las principales dificultades con las que nos hemos encontrado derivan de tratar de coordinar dos sistemas de protección que, aunque actúan sobre la misma persona, lo hacen sobre necesidades diferentes y utilizan lógicas distintas; cada uno tiene su marco normativo, sus estrategias de atención, su cartera de servicios y su sistema de acceso.

7. La crisis económica que está padeciendo nuestro país en los últimos años tiene también su reflejo en el ámbito de la dependencia, por cuanto es un motivo más que incide en la voluntad de las personas en situación de dependencia a la hora de optar por un servicio que, como la propia Ley prevé, conlleva un copago del usuario o por una prestación económica que, además de no conllevar gasto, supone un ingreso. Esta tendencia es contraria a la priorización que hace la Ley de los servicios sobre las prestaciones económicas.

Otro aspecto importante en el que incide la crisis económica es el de la financiación insuficiente del sistema, que en tiempos de bonanza económica podría quizá replantearse; sin embargo, en la situación actual las comunidades autónomas no ven satisfechas sus demandas de revisión del sistema.

8. En Castilla y León estamos trabajando desde el primer momento en lograr que las personas en situación de dependencia puedan acceder a los servicios y prestaciones que les corresponden con todas las garantías y en el plazo más breve posible. Para ello, hemos adoptado una serie de medidas tendentes a agilizar el procedimiento, mejorar los canales de información a los usuarios, incrementar el número de profesionales y de servicios públicos ofertados y lograr el acceso unificado a los servicios sociales a través de una ventanilla única. Seguimos trabajando en el desarrollo y el perfeccionamiento de todos estos mecanismos, y seguimos insistiendo en que es necesaria la revisión del modelo de financiación para la sostenibilidad del sistema.

Junto a ello, es necesario que desde el Consejo Territorial se adopten acuerdos para alcanzar una regulación conjunta y coherente de las prestaciones para todos los grados de dependencia, unificar los procedimientos de valoración de la dependencia y discapacidad, revisar los criterios de acreditación e incorporar los productos de apoyo y eliminación de barreras como prestaciones del sistema.

Joaquín Martínez Gómez
Secretario Autonómico de Autonomía Personal y Dependencia,
Consellería de Bienestar Social,
Generalitat Valenciana (*)

1. En la Comunitat Valenciana se ha avanzado muy rápidamente en el proceso de verificación de la demanda, especialmente en cuanto a la valoración del grado y nivel de dependencia de las personas solicitantes. Una vez realizada dicha valoración, la complejidad en la tramitación del expediente administrativo, unida a la necesidad de contar con información de otros organismos públicos para su confección, ha supuesto una dilación temporal hasta la aprobación del Programa Individual de Atención (PIA) correspondiente y el inicio en la recepción del servicio o prestación económica.

Por otro lado, el establecimiento de un procedimiento administrativo nuevo y específico, con mecanismos de acceso muy precisos (años de empadronamiento, calendario de incorporación progresiva, cuantías delimitadas y muy acotadas, necesidad de acceder a datos de carácter económico y fiscal...) ha planteado la necesidad de realizar un ejercicio previo de planificación y organización muy meticuloso mediante el diseño de un conjunto normativo de ámbito autonómico y protocolos de actuación interna.

La Comunitat Valenciana ha seguido, desde el inicio de la puesta en funcionamiento del sistema, una política de calidad, ofreciendo preferentemente a las personas el servicio de atención más adecuado y, de forma subsidiaria, una prestación económica. Este hecho ha supuesto que la Comunitat Valenciana presente una cartera de servicios y prestaciones en la cual el peso de los servicios, y más específicamente el de la atención residencial y atención diurna, duplica la media española siendo del 38,5 por 100, frente al 20,8 por 100, que es la media general española (situación a 1 de enero de 2011, según datos del IMSERSO).

(*) Febrero de 2011.

2. No se ajusta a las previsiones. Se ha producido una avalancha de solicitudes de personas no dependientes como consecuencia de que la Ley no ha previsto mecanismos de filtrado previos. Hasta 2010 se han evaluado un total de 16.247 personas que han resultado no dependientes con arreglo al baremo, lo que supone el 13,8 por 100 del total de valoraciones efectuadas. La propaganda realizada en relación con la efectividad del derecho y los efectos retroactivos ha provocado la presentación de solicitudes de personas con anterioridad a la fecha en que previsiblemente deberían haberla presentado según su grado y nivel de dependencia. Además, se ha observado una gran disparidad entre la distribución real de la población dependiente por grados y niveles y la prevista por el Libro Blanco. En este sentido, la «gran dependencia» tiene, en realidad, un peso muy superior a lo que inicialmente se previó, con los problemas de financiación que esto implica (cuadro n.º 1).

3. *a)* Los principales problemas que ha suscitado la aplicación del baremo han sido los siguientes:

— La ausencia del establecimiento de filtros previos por parte de la Ley.

— El encarecimiento y el retraso en la gestión del sistema por la exigencia de que los profesionales se desplacen a realizar la valoración en el domicilio de la persona dependiente, con carácter general.

— La falta de adecuación del baremo de valoración a determinadas situaciones sociosanitarias y perfiles de dependencia, especialmente para personas con discapacidad y enfermedad mental.

— La gestión excesivamente prolija y compleja por la intervención de, al menos, dos administraciones y un conjunto de organismos y entidades públicas.

b) La gestión de los procedimientos administrativos ha adolecido de una serie de problemas como conse-

CUADRO N.º 1

SOLICITUDES DE PRESTACIONES PARA PERSONAS EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA (COMUNIDAD VALENCIANA)

Grados	*Previsión de personas según Libro Blanco (porcentaje)*	*Solicitantes efectivos (porcentaje)*	*Diferencial (porcentaje)*
Grado III	34,7	53,4	+53,8
Grado II	65,3	46,6	-28,6

Fuente: Elaboración propia a partir de datos sobre valoraciones efectuadas en la Comunitat Valenciana a 1 de enero de 2011 y *Libro Blanco*: 733 (estimación 2010).

cuencia, básicamente, de la no previsión de un periodo de adaptación por parte de la Ley 39/2006 y su entrada en vigor de manera inmediata, que son los siguientes:

— La necesidad de diseñar y poner en funcionamiento procedimientos de gestión internos en las administraciones implicadas.

— La inexistencia de puestos de plantilla y personal entrenado para la gestión de un procedimiento administrativo nuevo e inédito en la Administración de la Comunitat Valenciana.

— La necesidad de adaptar los sistemas y programas informáticos de gestión y de realizar aquellos nuevos desarrollos necesarios para la gestión y comunicación con el resto de aplicativos de la Administración.

c) Hasta finales del año 2010, el total de solicitudes presentadas ha sido de 144.847, de las que quedan pendientes de valoración alrededor de 11.000, lo que representa el 7,5 por 100 de aquéllas.

4. *a)* El porcentaje de beneficiarios atendidos a 31 de diciembre de 2010 es de 37.220, lo que supone el 57,3 por 100 del total de beneficiarios valorados con derecho a servicio o prestación (64.916).

La distribución de servicios y prestaciones, a fecha 31 de diciembre de 2010, en la Comunitat Valenciana es la que recoge el cuadro n.º 2.

b) Los principales problemas que, en la práctica, han surgido para la atención de la demanda han sido los siguientes:

• La falta de recursos de atención suficientes en determinados segmentos de personas con discapacidad, y especialmente en el caso de la enfermedad mental crónica.

• La necesidad de adaptar, coordinar y compatibilizar la coexistencia del nuevo Sistema de Atención a la Dependencia con el ya vigente sistema de servicios sociales.

CUADRO N.º 2

DISTRIBUCIÓN DE SERVICIOS Y PRESTACIONES (COMUNIDAD VALENCIANA)

Servicio/Prestación	*N.º beneficiarios*	*Porcentaje*
Centros de día/noche	4.439	11,9
Atención residencial	9.908	26,6
Prest. ec. vinculada a servicio..	4.177	11,2
Prest. ec. cuidados familiares..	18.696	50,2
Total	**37.220**	**100**

• La no integración en el Sistema de Atención a la Dependencia de un conjunto de servicios dirigidos a personas en situación de dependencia que ya venían siendo prestados por la Comunitat Valenciana, tales como el SAD municipal, el servicio «Menjar a casa» o el servicio «Major a casa».

• La financiación del sistema, por un conjunto de razones, entre ellas:

— La insuficiencia general en el importe de los recursos que la Administración general del Estado transfiere a las comunidades autónomas.

— La no correlación entre los recursos aportados por el Estado y el coste del servicio recibido por la persona con dependencia (este importe únicamente depende de su grado y nivel de dependencia).

— La supeditación de la financiación a la existencia de créditos suficientes en los presupuestos anuales, no existiendo una fuente de financiación autónoma e independiente del ciclo económico.

— La incoherencia en el reparto de la carga financiera entre los agentes implicados en el sistema (beneficiarios, Estado, comunidad autónoma) y, en especial, el no cumplimiento por parte del Estado de la prescripción fijada en la Ley 39/2006 de cobertura del 50 por 100 del importe a financiar por las administraciones públicas.

5. a) La coordinación entre la comunidad autónoma y las entidades locales ha sido muy estrecha y fructífera, creándose una red territorial de atención a la dependencia en la Comunitat Valenciana. En este sentido, en 2011 existe un total de 118 servicios municipales de atención al dependiente mediante la creación de 233 puestos de trabajo en los propios ayuntamientos, ocupados por trabajadores sociales especialistas en dependencia y financiados íntegramente por la Generalitat. Estos servicios se coordinan en dos ámbitos simultáneamente: en cuanto a la gestión administrativa, a través de la Federación Valenciana de Municipios y Provincias, y respecto de la coordinación técnica, a través del Servicio de Valoración y Ordenación de la Dependencia de la Conselleria de Bienestar Social de la Generalitat.

b) Además de lo expuesto, se han creado una serie de mecanismos para promover la coordinación institucional y con los agentes económicos y sociales que interactúan en el Sistema de Atención a la Dependencia en la Comunitat Valenciana, que son los siguientes: el

Consejo Interterritorial de Servicios Sociales, Promoción de la Autonomía Personal y Atención a la Dependencia de la Comunitat Valenciana (creado en marzo 2007) y el Comité Consultivo Autonómico del Sistema Valenciano para la Autonomía y Atención a la Dependencia (creado en febrero 2010).

6. La coordinación sociosanitaria en el ámbito de la Comunitat Valenciana es un elemento que se viene ejerciendo desde hace ya largo tiempo con buenos resultados, por lo que se puede calificar de notable en una escala de 0 a 10. Desde la Generalitat se reconoce que se trata de una cuestión de la máxima importancia y se trabaja intensamente en ella, con un doble objetivo: por un lado, ofrecer la máxima calidad y atención a las personas beneficiarias y usuarios del sistema y, por otro, optimizar la gestión de los recursos públicos dedicados.

Como muestra de esta coordinación sociosanitaria, recientemente se ha aprobado una nueva regulación en cuanto a la dispensación de productos farmacéuticos en los centros de atención a personas con dependencia, que permitirá una mejor atención a las necesidades de sus usuarios mediante la contratación de profesionales farmacéuticos *in situ*, así como una racionalización en el gasto por este concepto.

Además, en la Comunitat Valenciana, todos los centros disponen de personal sanitario permanente (médico y de enfermería) y tienen acceso directo al sistema farmacéutico de la Agencia Valenciana de Salud.

Las principales dificultades para seguir avanzando en este campo son las siguientes:

— La heterogeneidad existente en los centros y recursos públicos y privados del área sanitaria y sociosanitaria.

— Las dificultades técnico-administrativas para la prestación de servicios del personal adscrito a cada una de las áreas en la otra.

— Las dificultades en la gestión presupuestaria de los organismos administrativos implicados.

7. La crisis económica no ha incidido significativamente en el arranque del SAAD en la Comunitat Valenciana por haber otorgado la Generalitat a este asunto un carácter estratégico y de compromiso claro con la atención a la dependencia para los ciudadanos de la Comunitat Valenciana. Además, la puesta en marcha del SAAD no se ha realizado *ex novo*, puesto que la Comunitat Valenciana ya contaba con un sistema de servicios sociales y atención a las personas dependientes con gran tradición y muy ambicioso. Ello ha implicado que las principales dificultades en el arranque del sistema hayan venido por la parte de la gestión y la clarificación de criterios y procedimientos, y no por la parte de la financiación.

Sin embargo, y a pesar de lo manifestado, desde la Generalitat se es consciente de que la crisis económica va a tener una incidencia trascendental en el sistema en los próximos años. Ello se debe al sistema de financiación previsto por la Ley 39/2006, con cargo a los presupuestos anuales de las correspondientes administraciones públicas implicadas. Dicho sistema de financiación relega la existencia de fondos suficientes para la cobertura de un *derecho subjetivo* consagrado por la mencionada norma al presupuesto que anualmente confeccione cada administración, que, como resulta inevitable, estará claramente determinado por la situación económica general y las previsiones de ingresos de que disponga cada una de ellas.

Por tanto, y a falta de mecanismos que aseguren el «blindaje» de la financiación del Sistema (afectación de la recaudación de determinados impuestos, creación de fondos finalistas independientes del presupuesto u otros), resulta previsible que una situación de crisis económica como la que existe actualmente en España pueda acabar afectando a éste, a pesar de que la voluntad y el compromiso de la Generalitat es garantizar la atención a todas las personas con derecho a ella.

8. La Generalitat sigue trabajando intensamente en el desarrollo y la mejora del sistema en la Comunitat Valenciana. Para ello, se ha diseñado una serie de líneas de actuación de carácter estratégico en esta materia que pretenden establecer las áreas y las acciones prioritarias a realizar, con el objetivo de ofrecer cobertura al 100 por 100 de las personas con derecho a ella y garantizar altos niveles de calidad en los servicios que reciban.

Dentro de dichas áreas de actuación, las prioridades son las siguientes:

— La profundización en el desarrollo formativo en materia de procedimiento, compatibilidades y copago.

— La mejora continua en la agilidad en la gestión.

— La mejora continua en los niveles de calidad de los servicios a las personas dependientes.

— La coordinación sociosanitaria.

— La colaboración con el sector privado con o sin ánimo de lucro.

— La extensión y profundización de la estructura territorial del sistema.

— La colaboración con los agentes económicos y sociales.

Manuel Cid Gala
Coordinador Técnico de la Dirección Gerencia del Servicio Extremeño de Promoción de la Autonomía y Atención a la Dependencia (*)

1. En Extremadura, anteriormente a la entrada en vigor de la Ley 39/2006, la red de recursos y servicios de atención a la dependencia estaba bastante desarrollada. Las posibilidades que la Ley de Dependencia ofrece a las comunidades autónomas para poder definir ellas mismas cómo se promociona la autonomía y cómo se atiende a las personas en situación de dependencia, pueden originar que los modelos en cada territorio difieran ligeramente. Recordemos que se trata de una ley estatal que viene a organizar lo que, de una manera muy dispar, ya venía haciendo cada comunidad en materia de atención a la dependencia, lo que determina que los ritmos de adaptación entre esa nueva norma y las establecidas en cada comunidad repercutan en el desarrollo de la oferta según la cartera de servicios aprobada en la Ley 39/2006. Y la razón no es otra que el hecho de que las competencias en servicios sociales y atención a la dependencia ya estaban transferidas a las comunidades autónomas hacía años (en Extremadura, desde 1987).

Personalmente, creo que Extremadura siempre ha apostado por la especialización, y esto, relacionado con el número de personas a atender, la dispersión geográfica y la configuración de los sistemas de atención sociosanitaria en nuestro territorio, condiciona la definición de las prestaciones y los servicios que se ofrecen en relación con otras comunidades autónomas. Por ello, Extremadura configura una red de atención especializada basada en centros de día y centros residenciales específicos para personas con demencia degenerativa, enfermedad mental grave, discapacidad intelectual y personas mayores en situación de dependencia.

(*) Noviembre de 2010.

2. Las estimaciones que se realizaron para elaborar el *Libro Blanco* se basaron en dos fuentes de información fundamentalmente: la *Encuesta sobre Discapacidades* (EDDES), realizada en el año 1999, y una encuesta específica sobre dificultades en la realización de las actividades de la vida diaria. En segundo lugar, dichas estimaciones se efectuaron sin tener aún definido el baremo de valoración que actualmente se aplica; por otro lado, una vez obtenidos esos datos, y para darles mayor fortaleza, se compararon los totales con la población alemana dependiente, sabiendo que su sistema llevaba entonces ocho años de implantación. Con estos criterios, es razonable que las cifras que se ofrecían en ese importante documento no se correspondieran con la población que, desde el inicio de la implantación de la Ley, ha ido conformando parte del sistema en los distintos grados y niveles existentes.

Sin embargo, aun siendo conscientes de esas limitaciones, creemos que los datos que se aportaron en un principio fueron fundamentales para poder abordar cuestiones tan importantes como la configuración inicial de la estructura y los recursos de atención para poder dar una respuesta adecuada a la dependencia en España.

3. *a)* Los equipos de valoración en Extremadura están distribuidos por el territorio con criterios de población. Para ello, se dividió la comunidad en veinte zonas que denominamos «sociosanitarias», con el objeto de hacer accesible el derecho de las personas mediante el reconocimiento de su situación de dependencia y la mayor cercanía de los profesionales. En el baremo de valoración, cuya elaboración es de competencia estatal, se han realizado ciertos ajustes que permiten evaluar de manera más concreta las situaciones de dependencia. Es decir, dado que un instrumento de estas características debe efectuar la difícil misión de clasificar las distintas situaciones de dependencia que la Ley contempla, su validez y eficacia están siendo puestas a prueba todos los días al incorporar al sistema a las personas dependientes según la necesidad de ayuda existente.

b) Los procedimientos administrativos de valoración están condicionados en cada comunidad por dos variables clave: la dispersión de la población y los sistemas de información. Administrativamente, no es igual atender el mismo número de ciudadanos en una sola población que en diversas localidades rurales muy distantes entre sí. Esto es lo que sucede en Extremadura. En nuestra comunidad, con una extensión similar a la de Holanda (42.000 km^2), existen censados en torno

a 1.100.000 habitantes. La solución a lo anterior no sería disponer de más personal valorador (algo poco eficiente para el sistema), aunque sí de unos sistemas de información más ágiles y cercanos a la población que no dependan del nivel de escolarización o cultural de las personas que han de emplearlo. Por otro lado, las revisiones de grado y nivel también influyen en la agilidad administrativa de la resolución de un caso, al tratarse de una circunstancia de muy difícil control. La heterogeneidad de las enfermedades que causan dependencia y la casuística familiar que puede originar un cambio en el modo de atención se deben a factores externos y de difícil control.

c) Sabiendo lo anterior, en nuestro territorio las valoraciones (sean estas revisiones o no) mantienen un ritmo muy adecuado a la demanda. A 12 de noviembre de 2010, se han realizado 38.872 valoraciones. Esto significa que el 85 por 100 de la población que ha solicitado que le sea reconocido su derecho ha sido valorada.

4. *a)* Hay que hacer, en primer lugar, una observación importante: la persona que solicita a través de la Ley que le sea reconocida la situación de dependencia, lo solicita porque hace uso del derecho que la Ley le otorga, y no porque no esté atendida. Es decir, la persona se encuentra atendida en su medio, tanto desde el punto de vista sanitario como del de dependencia, con los recursos y servicios comunitarios que existen en la red de nuestra comunidad. Por tanto, aunque existan personas a la espera de que les sea reconocida como tal la prestación que están recibiendo, dichas personas ya están siendo atendidas. A 12 de noviembre de 2010 se han concedido un total de 20.500 prestaciones según la cartera de servicios de la Ley. De éstas, un 36,24 por 100 corresponden a prestaciones económicas de ayuda en el entorno familiar, y el resto (63,76 por 100), a prestación de servicios profesionales.

b) Las mayores dificultades para cubrir la demanda se dan en casos que se pueden denominar extraordinarios por la prevalencia y las características particulares de las enfermedades que producen dependencia; por ejemplo, personas jóvenes con problemas importantes de la conducta, sea por enfermedad mental o daño cerebral sobrevenido, que en fase aguda ocasionan continuos ingresos hospitalarios, con co-morbilidad asociada y sin red social de apoyo, suelen precisar de algún tipo de recurso muy especializado que puede retrasar los trámites para atender de manera adecuada su situación de dependencia. No obstante, son pocos los casos que se encuentran en esta situación; lo que ocurre es que, en estas contadas ocasiones no es posible ofrecer el recurso super-especializado necesario en esos momentos. Para el resto de colectivos (demencias, daño cerebral, enfermedad mental grave, discapacidad intelectual...), la red de atención ofrece la oferta especializada necesaria.

5. *a)* En 2007, el cambio de competencias en algunas consejerías de la Junta de Extremadura ocasionó que la atención sanitaria y la atención a la dependencia se ubicaran en una misma estructura: la Consejería de Sanidad y Dependencia. Esta decisión no fue producto del azar; se tomó teniendo conciencia de la necesidad de unir en un mismo organismo todo lo que suponía promoción, prevención y atención de la salud. De este modo, el Servicio Extremeño de Salud (SES) y el Servicio Extremeño de Promoción de la Autonomía y Atención a la Dependencia (SEPAD) son las estructuras centrales que hacen efectiva la coordinación sociosanitaria y la relación con el resto de instituciones a escala provincial (diputaciones) y local (ayuntamientos), a través de los instrumentos necesarios.

b) Algo parecido ocurre con entidades no públicas en el rol que desempeñan dentro del SAAD. Sea a través de convenios, órdenes de subvenciones o concursos públicos, las entidades no públicas forman parte de la red de atención bajo la planificación y el apoyo de la Consejería de Sanidad y Dependencia. De este modo, en 2006 se definió e implantó el Marco de Atención a la Discapacidad (MADEX), con el objetivo de regular y coordinar esta relación entre la Administración autonómica y las entidades, en el ámbito de la atención a este colectivo de personas.

6. En 2004, antes por tanto de la implantación de la Ley de Dependencia en 2007, ya existía en Extremadura el Plan Marco de Atención Sociosanitaria, un modelo eficaz, con dos años de implantación, que definía y hacía tangible la coordinación sociosanitaria en nuestro territorio. Este modelo rechazaba la creación de un tercer espacio sociosanitario, y desarrolló las estructuras y mecanismos necesarios para hacer efectiva dicha coordinación entre los espacios sanitario y social.

Uno de los aspectos fundamentales de los que se valió dicho plan fue (y ha seguido siendo) la definición e implantación de procesos intersectoriales de atención, uno de cuyos objetivos principales es *la continuidad de cuidados*. Siempre que se habla de coordinación sociosanitaria, se habla de profesionales, de

recursos, de programas, pero no se consigue insistir todo lo necesario en que todo lo que se implementa es con el empeño de conseguir la mencionada continuidad en los cuidados, primordial para cumplir con la atención integral e integrada de personas con algún estado de salud alterado; es decir, crear el escenario más adecuado para la atención a personas con distintas necesidades y para la optimización de los recursos del sistema. Y esto, en Extremadura, se encuentra funcionando desde entonces con planes sociosanitarios específicos, como es el caso del Plan Integral de Atención Sociosanitaria al Deterioro Cognitivo en Extremadura (PIDEX).

7. Afecta como a todos los demás ámbitos de la sociedad y, ante la incertidumbre del tiempo que habrá de pasar hasta que la situación pueda volver a normalizarse, habrá que tomar decisiones basadas, sobre todo, en garantizar lo que se ha conseguido hasta aquí. Ahora hay que crear menos recursos y servicios y, por ende, dedicarse a mantener y afianzar los que ya existen con el objetivo de conseguir la mayor calidad de atención posible y no retroceder en todos los avances que se han originado en años anteriores. No obstante, el presupuesto contemplado en Extremadura para atención a la dependencia tiene como característica principal el concepto de ampliable, lo que permitirá asegurar la cobertura de necesidades de las personas clasificadas en grado I, nivel 2, que se incorporarán al sistema.

8. En realidad, son bastantes los cambios introducidos desde 2007 hasta ahora, con el único objetivo de impulsar la atención a los ciudadanos a través de la Ley 39/2006. Entre otras cosas, se ha creado un centro de llamadas específico, se ha contratado a más profesionales para las tareas de valoración y definición de los Programas Individuales de Atención (PIA), se ha aumentado el número de camas residenciales para personas en situación de dependencia, tanto concertadas como públicas (estas últimas mediante la creación de tres centros residenciales para personas con demencia degenerativa, con 300 camas).

De todas formas, si hubiera que optar por determinar alguna prioridad, quizá sería la de continuar reduciendo los tiempos de resolución del procedimiento administrativo de reconocimiento de la situación de dependencia, ya que la atención está garantizada. Durante 2011, ya hay previstos algunos cambios importantes a introducir que, sobre todo, van orientados a acortar determinadas actuaciones administrativas en el modo de funcionamiento actual.

Miguel Ángel García Martín
Director General de Coordinación de la Dependencia, Comunidad de Madrid (*)

1. Las diferencias que pueden existir en la aplicación de la Ley de Dependencia entre las distintas comunidades autónomas, que no siempre son las que se reflejan en las estadísticas del IMSERSO, y que casi nunca son bien entendidas ni explicadas, se deben fundamentalmente a que la situación de partida no era homogénea.

La Comunidad de Madrid, en el momento de puesta en marcha de la Ley, disponía de una de las mayores redes de servicios sociales y lideraba los índices de cobertura de todos los servicios de atención a las personas mayores en situación de dependencia, o de atención a las personas con algún tipo de discapacidad. A modo de resumen, la Comunidad de Madrid tenía una red de la que formaban parte más de 45.000 plazas de residencia y centros de día, amén de los más de 60.000 usuarios que eran atendidos con servicios de atención domiciliaria. Asimismo, de forma específica, la Comunidad de Madrid contaba, y cuenta hoy, con una de las redes de centros de atención a la discapacidad más especializadas de España, donde además los usuarios no participan en la financiación del coste de los servicios.

Este factor contribuye a explicar, por ejemplo, por qué en la Comunidad de Madrid hay menos solicitudes que en otras comunidades autónomas en relación con la población total. Y es que si una persona ya está recibiendo la atención que necesita, lógicamente no precisa «solicitar el reconocimiento de la situación de dependencia». Es verdad que esta baja proporción de solicitudes se explica también por una serie de factores socioeconómicos que ya se tenían en cuenta en las previsiones del *Libro Blanco*; por ejemplo, una población más joven que en otras comunidades autónomas, más urbana, etcétera.

De la misma forma, la existencia de una amplia red de centros y servicios, unida a esos otros factores socioeconómicos, hace que en la Comunidad de Madrid exista proporcionalmente más atención en centros residenciales y de día que en la mayoría de las comunidades, y menos prestaciones económicas para cuidados en el entorno familiar y apoyo a cuidadores no profesionales. Y, lógicamente, el acceso a estos recursos, de mayor coste, pero financiados por el Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD) es,

(*) Noviembre de 2010.

en ocasiones, más lento que la gestión de las prestaciones económicas.

Pero también es cierto que algunas de las diferencias que existen en la aplicación de la Ley se están debiendo al propio «rigor» con el que en cada una de las comunidades se está aplicando el baremo, se están revisando las valoraciones, se están comprobando los requisitos para poder ser beneficiario de una prestación, etcétera.

2. Según las previsiones del *Libro Blanco de Atención a la Dependencia*, la Comunidad de Madrid se situaba en una buena posición de partida en el arranque de la Ley de Dependencia, máxime cuando las previsiones de la *Encuesta sobre Discapacidades* (EDDES), en la que se basaban los estudios del *Libro Blanco*, establecían una prevalencia inferior en la Comunidad de Madrid que en otras regiones. Estos datos debieran tener necesariamente un reflejo en el gasto que cada comunidad autónoma destina en sus presupuestos para la atención a la dependencia y en el número de solicitudes y beneficiarios que se reflejan en las estadísticas del Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia.

Así, el propio *Libro Blanco*, elaborado en diciembre de 2004 a partir de los datos de la EDDES de 1999, establecía que la Comunidad de Madrid estaría muy por debajo de la media en solicitudes y beneficiarios de la Ley, y que Galicia, Extremadura y Andalucía serían las comunidades autónomas con más prevalencia, y que tendrían, por tanto, el doble de solicitudes y beneficiarios en relación con su población. Tanto en el *Libro Blanco* como en las estadísticas del INE, nos encontramos con unos parámetros sociales que no son comparativamente homogéneos desde el punto de vista del número de población dependiente.

Si bien el *Libro Blanco* ya preveía una prevalencia inferior de solicitudes en Madrid que en otras comunidades autónomas, en la práctica ha sido aún algo menor. Esto sólo es posible explicarlo por lo apuntado anteriormente; es decir, porque muchas personas consideran que ya estaban siendo atendidas y no tienen ningún incentivo para solicitar el reconocimiento de la situación de dependencia, al contrario que en aquellas comunidades donde partían de una red menos desarrollada y ahora presentan un mayor número de solicitudes y, también, de prestaciones económicas.

De la misma forma, sí ha habido desviaciones en las previsiones del conjunto de personas en situación de dependencia en toda España respecto de la «estratificación» de la dependencia, ya que, mientras el *Libro Blanco* preveía una mayor prevalencia de la dependencia moderada, algunos factores han propiciado que el resultado real sea el de una pirámide invertida, con mucha mayor prevalencia de la «gran dependencia» de la que cabía esperar. Esas desviaciones son debidas a una confluencia de factores, seguramente con pesos diferentes según la comunidad autónoma a la que nos refiramos, entre los que cabría mencionar: la aplicación del baremo, la composición de los equipos de valoración (que, en general, ha estado formada más por profesionales de perfil social que sanitario), la propia graduación de las prestaciones en función del grado y nivel de dependencia (que crea «presiones» del propio entorno del solicitante para obtener un grado de dependencia mayor) o la forma de financiación (que sigue estando ligada al grado y nivel, y no al servicio o a la prestación establecidos en el Programa Individual de Atención).

3. *a)* Independientemente de la opinión personal que yo tenga sobre el baremo, debo decir que, junto con la red de centros y servicios, la forma en que se está llevando a cabo la valoración de la dependencia en la Comunidad de Madrid es uno de los aspectos destacados de la aplicación de la Ley de Dependencia en esta comunidad; contamos con unos equipos de valoración claramente multidisciplinares, compuestos por médicos, psicólogos, terapeutas ocupacionales, trabajadores sociales y diplomados en enfermería.

Esta composición multidisciplinar del equipo de valoración nos permite la aplicación del baremo con el máximo rigor. En primer lugar, permite hacer un «despistaje» previo de las solicitudes en función de las patologías recogidas en los informes de salud, que hace que, si bien algunos casos pueden ser valorados por cualquier perfil profesional, hay otros muchos casos que conviene asignar a valoradores con un perfil concreto; por ejemplo, los trastornos mentales o del comportamiento deben ser valorados por psicólogos; las secuelas de intervenciones quirúrgicas o de otras lesiones conviene que sean valoradas por diplomados en enfermería; las malformaciones congénitas o enfermedades raras suelen ser valoradas por médicos, etcétera.

Otro aspecto destacable es que revisamos el 100 por 100 de las valoraciones por el equipo técnico, de forma que hay muy pocos errores en los grados y niveles de dependencia finalmente reconocidos. Y es a continuación de esta revisión cuando, además, el equipo técnico de la Dirección General codifica las patologías que ocasionan la dependencia siguiendo la Clasifica-

ción Internacional de Enfermedades en su 10ª edición (CIE- 10), aspecto éste en el que también Madrid es una de las comunidades pioneras. En Madrid hemos sido plenamente conscientes de que el conocimiento exacto de los problemas que presentan las personas en situación de dependencia es el punto de partida para poder especializar y adaptar aún más nuestra oferta de recursos: no es irrelevante conocer cuántas personas padecen Alzheimer para saber de cuántas plazas residenciales específicas para la atención a estas personas necesitamos disponer. Y quien dice Alzheimer dice Parkinson, lesiones medulares, daño cerebral sobrevenido, autismo, esclerosis múltiple, etc., patologías todas que requieren unos cuidados y una atención muy especializados.

Además, en la Comisión Técnica de Valoración de la Dependencia están representados todos los perfiles profesionales que participan en la valoración, siendo este órgano muy proactivo en la aprobación de criterios técnicos de aplicación del baremo, que garantizan la calidad y la consistencia de las valoraciones que se están llevando a cabo en la Comunidad de Madrid. Por otro lado, es este mismo órgano el que se encarga de planificar y organizar la formación de los valoradores, no sólo inicialmente en la formación específica sobre el baremo (BVD), sino periódicamente, con cursos sobre patologías asociadas a la dependencia, ayudas técnicas y productos de apoyo, etcétera.

b) y *c)* En la actualidad, se han valorado aproximadamente el 95 por 100 de las solicitudes que tienen su documentación completa, y ha sido posible concertar una cita en el domicilio, aunque como seguramente ocurra en todas las comunidades autónomas, dado el sector de población al que nos referimos, no siempre es fácil que los solicitantes comprendan y respondan ágilmente a los requerimientos que les hacemos, que nos comuniquen cambios de teléfonos y/o de domicilio, u otras circunstancias que, en un momento dado, impiden que se lleve a cabo la valoración (hospitalizaciones, intervenciones quirúrgicas, accidentes, etc.). Es quizás en estos aspectos donde el procedimiento administrativo para la valoración se vuelve más «denso», y lo que lleva a que, a veces, la valoración se dilate en el tiempo más de lo deseable.

Para conseguir evaluar rápidamente a los solicitantes, hemos puesto en marcha un sistema de «geoposicionamiento» de las solicitudes, que hace que podamos optimizar al máximo las rutas de los valoradores, disminuyendo así los tiempos de desplazamiento y, lógicamente, los costes de la valoración en el entorno. Asimismo, todos los valoradores cuentan con un kit de movilidad que les permite consultar *on-line* toda la documentación asociada a la solicitud de dependencia (informe social, informe de salud…) y enviar de forma remota el resultado de la valoración para su revisión por la Comisión Técnica.

4. *a)* En la actualidad, en la Comunidad de Madrid podemos decir que el 80 por 100 de los solicitantes que han sido reconocidos en situación de dependencia dentro del calendario de aplicación de la Ley, y que nos han aportado completa toda la documentación necesaria, disponen ya de un servicio o de una prestación del catálogo. Y si bien esto es cierto, seguimos teniendo una importante bolsa de ciudadanos a los que no es posible tramitarles prestación alguna. Tanto es así que hemos tenido que poner en marcha un plan, que podemos llamar «de acompañamiento administrativo», para intentar agilizar toda esta gestión mediante la emisión de repetidas llamadas telefónicas y la creación de puestos de «entrega rápida de documentación». Hacemos, como se puede observar, bastante más de aquello a lo que el procedimiento administrativo nos obliga, ya que somos plenamente conscientes de que tratamos con personas que muchas veces están en una situación de necesidad, y para las cuales no resulta sencillo comunicarse con la Administración.

b) Las mayores lagunas para satisfacer la demanda las hemos tenido quizás en la provisión de los servicios de atención domiciliaria (ayuda a domicilio y teleasistencia), ya que hemos tenido que adaptar los convenios que tradicionalmente firmábamos con los ayuntamientos para la prestación de los servicios de atención domiciliaria al nuevo marco jurídico surgido con la puesta en marcha de la Ley de Dependencia. Así, no sólo hemos adaptado todos los convenios, sino que, por una parte, hemos instalado un sistema informático a través del cual intercambiamos información y agilizamos la puesta en marcha de estos servicios a los beneficiarios que los tienen reconocidos en el PIA; por otra parte, hemos firmado un convenio de colaboración con la Federación Madrileña de Municipios para la gestión de un fondo adicional de dependencia, financiado íntegramente por la Comunidad de Madrid y destinado a prestar los servicios de atención domiciliaria a aquellas personas en situación de dependencia allí donde se han acabado las disponibilidades horarias de los convenios con los ayuntamientos.

En relación con este asunto de la gestión de la demanda, y para agilizar en este caso la adjudicación de plazas residenciales públicas y concertadas a personas en situación de dependencia, hemos puesto en marcha otra herramienta informática *on line* mediante la

cual las propias residencias nos informan directamente de las vacantes que se van produciendo, en el mismo momento en que se producen, lo que nos permite realizar una gestión eficaz en el proceso de adjudicación. Esta aplicación se va a extender más adelante a los centros de día públicos y concertados, y a las residencias y centros de día de carácter privado, para facilitar, en este caso, la gestión de las prestaciones económicas vinculadas al servicio.

5. *a)* y *b)* En la respuesta anterior, ya he mencionado la coordinación existente en la actualidad entre la Administración autonómica y las entidades locales para la gestión de los servicios de atención domiciliaria, así como la coordinación con las residencias y centros de día (públicos, concertados y privados). Esta misma coordinación ha sido efectiva entre las comunidades autónomas y la propia Administración general del Estado. Hoy por hoy, podemos decir que se ha avanzado bastante en la coordinación y en la colaboración, pero que no ha sido fácil, y aún quedan muchas cosas por hacer.

6. En algunos ámbitos, como el de la enfermedad mental, se ha avanzado mucho en la necesaria coordinación sociosanitaria, si bien es cierto que nos queda mucho camino por recorrer. Nuestra vocación es prestar una atención integral, especializada, digna y de calidad a todos los ciudadanos que son usuarios de nuestros centros y servicios, con especial vigilancia no sólo de sus condiciones y necesidades sociales, sino también de salud, máxime cuando hoy las residencias y los centros de día, de forma especial, cuentan con un importante número de personas cuya dependencia funcional está acompañada o coincide con una importante inestabilidad clínica y con una diversidad de patologías, lo que debe motivar una necesaria coordinación sociosanitaria.

En el ámbito de la valoración de la dependencia, en la Comunidad de Madrid, desde mayo de 2010, disponemos de informes de salud emitidos por el sistema público, por los centros de salud, que nos dan realmente información relevante para la valoración de la situación de dependencia. Hemos tratado de incorporar, y lo hemos conseguido, información que, en muchos casos, el sistema público sanitario ya tenía, pero que no estaba integrada en los sistemas de información de servicios sociales. Ahora disponemos de escalas como el Barthell, el Lawton-Brody o el minimental, que nos proporcionan una información muy valiosa para saber ante qué situación de dependencia nos encontramos cuando nuestros valoradores acuden a un domicilio. Nos incorporan además información sobre diagnósticos, necesidad de cuidados, etc., que no sólo es relevante para valorar, sino incluso para establecer prioridades en la valoración, y que llevarán, sin duda, a que la atención a los casos más graves se realice con mayor agilidad.

Por otro lado, hemos llevado a cabo actuaciones en coordinación con la Consejería de Sanidad para valorar y adjudicar plazas residenciales a personas ingresadas en hospitales de larga estancia y que, por las razones que fuera, no podían regresar a su domicilio.

Pero, quizá, donde más debamos insistir en la coordinación sociosanitaria es en el tema de la prevención, ya que, si bien en los distintos ámbitos de actuación hay programas y medidas que intentan prevenir futuras situaciones de dependencia o que se agraven las ya existentes, no existen aún planes de actuación conjunta que estructuren y creen las sinergias necesarias entre todo lo que ya se viene haciendo.

7. La reducción de los ingresos de las administraciones públicas motivada por la crisis económica actual ha dificultado la progresiva implantación de la Ley de Dependencia y ha motivado que el propio Gobierno de España haya realizado algunos ajustes y recortes importantes. Así, el Real Decreto-Ley 8/2010 elimina los efectos retroactivos de las prestaciones económicas de dependencia para aquellas solicitudes posteriores al 1 de junio de ese año, y posibilita el aplazamiento del pago de los atrasos hasta en cinco años para las solicitudes anteriores a esta fecha.

Además, todas las comunidades autónomas hemos cuestionado el modelo de financiación del SAAD en un doble sentido: en primer lugar, porque la financiación recibida no tiene en cuenta el tipo de servicio o prestación reconocido/a a cada beneficiario, sino el grado y nivel de dependencia, lo que está provocando que, en algunas comunidades, las prestaciones económicas representen más del 70 por 100 del total de prestaciones y servicios otorgados; en segundo lugar, porque la Administración general del Estado no aporta el 50 por 100 de la financiación de los servicios y prestaciones, una vez descontada la aportación del usuario, tal y como manda la Ley. En el caso de la Comunidad de Madrid, el presupuesto regional financia el 70 por 100 del coste de los servicios, el usuario el 10 por 100, y la Administración general de Estado, el 20 por 100 restante.

8. La primera prioridad para impulsar el desarrollo del SAAD en Madrid y en todas las comunidades autónomas es modificar la financiación estatal, ya que

no tiene ningún sentido ligar la cuantía que el Estado aporta al grado y nivel de dependencia del solicitante, y no al servicio o prestación con el que va a ser atendido. Nada tiene que ver el coste de una prestación económica, que puede oscilar entre los 300 y los 500 euros, con el de un servicio altamente especializado para la atención de una persona con algún tipo de discapacidad, que puede superar los 3.000 euros mensuales. Sin embargo, por ambos servicios, las comunidades autónomas recibimos la misma financiación del que se denomina nivel mínimo de la Administración general del Estado: entre los 70 euros de un grado II, nivel 1, y los 263 euros de un grado III, nivel 2.

El consenso y el espíritu con los que nació la Ley nos deben servir ahora de ejemplo y estímulo para todos los que trabajamos en la construcción y el desarrollo de este nuevo modelo, superando las dificultades encontradas en aras a consensuar un sistema nacional e igual para todos. Tras casi cuatro años de implantación de la Ley, y una vez adaptado nuestro ordenamiento al nuevo marco jurídico, el reto de las Administraciones Públicas es consolidar el sistema, desarrollar el catálogo de servicios de prevención y promoción de la autonomía personal, buscar espacios de coordinación socio-sanitaria, aplicar los beneficios de la Ley a los nuevos ciudadanos reconocidos en grado I, o dependencia moderada, y consensuar, con lealtad y rigor, una financiación que sea adecuada y suficiente para garantizar a todas las personas beneficiarias de la Ley una atención especializada y de calidad a su situación de dependencia.

No obstante, lo más importante será mantener y desarrollar la red de atención a la dependencia que, en el caso de nuestra región, se ha consolidado gracias al esfuerzo presupuestario y a la vocación de servicio de la Comunidad de Madrid, pero también a la implicación de las entidades locales, el tejido asociativo, las empresas y entidades del sector y, de forma principal, de todos los trabajadores y profesionales de los servicios sociales, de los centros públicos y privados y de los servicios de atención domiciliaria.

Miguel Ángel Miralles González-Conde
Director-Gerente del Instituto Murciano de Acción Social (IMAS) (*)

1. En nuestra comunidad se ha avanzado, siempre a tenor de los datos del IMSERSO, por encima de la media nacional, tanto en la valoración del grado de dependencia —aspecto respecto al cual hemos sido de las comunidades más avanzadas— como en el de la producción de prestaciones y servicios, situándonos como la octava comunidad autónoma en porcentaje de población atendida.

2. Las previsiones del *Libro Blanco* infraestimaron los datos de las personas dependientes, de tal manera que en nuestra región predecían un número aproximado de 5.500 personas valoradas como «grandes dependientes» (grado III) y ya han sido reconocidas 27.328 con este grado, estando activas 18.162 personas valoradas en grado III. Es decir, se han triplicado las previsiones del IMSERSO, lo que ha supuesto que todas las comunidades autónomas, sobre todo en los dos primeros años, hayan tenido que ir tomando medidas en la gestión de la tramitación para poder dar respuesta a la avalancha de solicitudes y de personas dependientes con grado protegible.

El exceso se debe a dos factores; el primero, a que el resultado de la aplicación del baremo aprobado por Real Decreto no responde a la definición de persona dependiente establecida en el *Libro Blanco*; el segundo, a que, en el mismo Real Decreto, se permitió la pasarela para poder resolver el grado de dependencia sin aplicar el baremo, de tal manera que las personas con grado de discapacidad mayor de 75 y baremo de ayuda de tercera persona obtuvieran, según la puntuación, grado de dependencia protegible.

3. *a)* En nuestra comunidad funciona perfectamente, desde un punto de vista técnico, manteniendo una constante auto-evaluación que nos permite saber en cada momento los problemas o las mejoras a las que tenemos que atender.

b) Tanto la asignación de valoración como la visita de evaluación, la intervención del equipo que la realiza y el análisis de los informes sanitarios y sociales se desarrollan con suficiente agilidad.

c) A fecha de 1 de febrero de 2011, y según los datos que se publican en la página web de la Consejería de Política Social, Mujer e Inmigración, de las 65.562 solicitudes recibidas desde el comienzo de la aplicación de la Ley, se han resuelto un total de 60.515, es decir, el 92,30 por 100 de todas las solicitudes presentadas.

4. *a)* Se ha podido cubrir toda la demanda, pero, debido al sistema de subvención y convenio para obtener los servicios necesarios establecidos en nuestra Comunidad, anterior a la Ley de Dependencia, y al

(*) Marzo de 2011. Desde julio de 2011, Director de la Oficina para la Dependencia de la Consejería de Sanidad y Política Social.

principio solidario de proteger primero a las personas dependientes que no estaban siendo atendidas por ningún servicio, comenzamos con más del 92 por 100 de las prestaciones económicas para cuidados en el entorno familiar (junio 2008), y a fecha de 1 de febrero de 2011 —según datos del IMSERSO— llegamos al 70 por 100, una reducción de más del 22 por 100, y seguirá bajando en beneficio de los servicios. Murcia es la comunidad autónoma que, en el año 2010, más bajó porcentualmente en la prestación de ayuda en el entorno.

b) El problema está siendo el cambio de todas las subvenciones y convenios con las ONG y corporaciones locales, a contratos con ONG y nuevos convenios con ayuntamientos que posibilitan asignar todas estas plazas como plazas públicas de la red de servicios de atención a la dependencia. En nuestra comunidad, lo más importante es que las personas dependientes siempre han estado, y están siendo, atendidas en estos servicios de centro de día, ayuda a domicilio o residencias. El vuelco del SAAD consiste en ir pasando estos servicios a la red de dependencia y aumentando en servicios y plazas según las necesidades que vayan surgiendo, aumentos que ya están previstos en los planes de desarrollo de la red pública.

5. *a)* La colaboración en nuestra comunidad autónoma es básica; se está trabajando para poder desarrollar de manera efectiva un sistema coordinado que nos permita dar respuestas rápidas, eficaces y administrativamente legales, conectando técnicamente a las corporaciones locales con la comunidad autónoma, unificando expedientes, desarrollando experiencias piloto en las posibilidades de seguimiento, etcétera.

b) La colaboración con otras entidades es indispensable. Prueba de ello es el acuerdo con el CERMI en cuanto a la producción de los servicios; acuerdo que refleja los tipos de servicios para los distintos tipos de personas con discapacidad, especificando programas de intervención, plantillas y precio de los mismos.

6. Valorar con una puntuación el avance de coordinación sociosanitaria en una comunidad autónoma es muy difícil, teniendo en cuenta que esta coordinación no tiene límites. Lo que sí podemos decir es que en esta comunidad autónoma existe una comisión permanente entre la Consejería de Sanidad y la de Política Social que está elaborando un Plan Regional de Coordinación Sociosanitaria. En dicho Plan se incluyen todos los programas de coordinación que se vienen desarrollando, como por ejemplo el programa de coordinación sociosanitaria para mayores de 65 años por áreas de salud, con los correspondientes pilotajes, los protocolos de actuación para enfermedades raras, el programa de pilotaje en residencias de personas mayores de farmacias que dependen del hospital de referencia, el programa de derivación de hospitales a servicios residenciales para personas con dependencia, los protocolos de atención a personas con discapacidad intelectual en internamientos hospitalarios, etcétera.

Las principales dificultades residen en las grandes diferencias entre ambos modelos. El modelo sanitario lo gestiona una única Administración; en el modelo social intervienen tres administraciones. El modelo sanitario es universal y gratuito, mientras que el modelo social es de copago, en base a ingresos. En cuanto a la puerta de entrada, en el modelo sanitario es a través de urgencias o de atención primaria, es decir, decide el facultativo; en cambio, en el modelo social hay distintas puertas, ya que la Administración local o autonómica deciden el cumplimiento de las condiciones establecidas de acuerdo con el baremo (es decir, un procedimiento administrativo). La derivación directa de un facultativo sanitario al servicio o a la prestación económica de servicios sociales, y viceversa, es sobre el papel imposible. Por tanto, requiere de constante protocolización de itinerarios entre ambos sistemas, con el fin de que el ciudadano no pase períodos sin ser atendido por ninguno de ellos.

7. Desde esta comunidad autónoma se ha manifestado, tanto en los consejos territoriales como en aquellos foros sobre dependencia donde ha participado, así como en los medios de comunicación, que el sistema de financiación de la Ley no está consolidado, que a la Ley hay que dotarla de una financiación estable en el tiempo que permita la supervivencia del sistema. Las comunidades autónomas no pueden asumir el coste total de la gestión y la mayor parte del coste de las prestaciones. La crisis simplemente ha agravado esta situación; todos los informes de expertos y estudios coinciden con esta exposición.

8. El desarrollo del SAAD en nuestra comunidad ya está impulsado; en efecto, la aplicación de la Ley es una prioridad del Gobierno regional. Trabajamos para mejorar la calidad de la aplicación en cuanto a transparencia y acceso de los ciudadanos a sus expedientes, para mejorar los sistemas informáticos y la coordinación con las entidades locales, para fomentar la participación de los representantes de los colectivos implicados y el progreso continuo de la red pública de centros y servicios, y nuevos planes de formación para profesionales. Asimismo, concedemos especial

importancia a los familiares cuidadores e impulsamos programas de coordinación socio-sanitaria y programas de prevención de la dependencia. Por otra parte, en la implantación de los servicios de promoción de la autonomía hemos sido pioneros en España, con la acreditación del primer servicio de promoción de la autonomía a escala nacional.

Begoña Rodríguez Marcos
Directora Gerente de la Agencia Navarra para la Dependencia, Gobierno de Navarra (*)

1. Es evidente que la incorporación del Sistema Nacional de Dependencia en la política social de las distintas comunidades autónomas marca un nuevo tiempo en la dimensión de los servicios sociales, y no sólo porque se establece como un derecho, sino porque, como consecuencia de ello, es necesario articular un nuevo modelo de atención a las personas y un sistema de gestión.

Me gustaría, como primer elemento, exponer el modelo de atención a la dependencia que hemos constituido en Navarra, y que, de alguna manera, refleja los avances en las distintas dimensiones a las que hace referencia la pregunta.

El sistema de protección y atención a la dependencia en Navarra se nutre de dos ambiciosas normas que sustentan el actual sistema: la Ley Foral 15/2006, de Servicios Sociales, y la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en situación de Dependencia. Navarra, en el ejercicio de sus competencias exclusivas en materia de servicios sociales, aprobó la Ley Foral 15/2006, de 14 de diciembre, de Servicios Sociales (en adelante LFSS), norma que no sólo establece el derecho subjetivo de las personas dependientes a los servicios sociales, sino que lo extiende, por primera vez en España, al resto de colectivos objeto de nuestra atención, como son las personas mayores, las personas con discapacidad o con enfermedad mental que no están en situación de dependencia, las personas en situación de exclusión social o riesgo de estarlo, los menores en situación de desprotección o conflicto social o en riesgo de estarlo y las víctimas de la violencia de género. Pasamos, de este modo, de un sistema social asistencialista, en el que la atención dependía de la consignación presupuestaria, a un sistema de garantía de derechos, en el que se establecieron de forma clara los derechos y sus condiciones para estos colectivos y las obligaciones que asumía esta Administración, la del Gobierno de Navarra.

Al mismo tiempo, se aprobó en el ámbito estatal la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en Situación de Dependencia (en adelante, LAPAD), que regulaba el derecho de las personas dependientes a ser atendidas, lo que ocasionó que integráramos los principios de ésta dentro de nuestra propia norma foral. Esta circunstancia ha sido muy importante para nuestra comunidad, no sólo porque nos puso a la cabeza de España al aprobar una ley de cuarta generación, sino porque nos permitió ir adelantando parte de los instrumentos y procedimientos necesarios para la aplicación del nuevo sistema de garantía de derechos y, consecuentemente, aplicar en Navarra estas normas con antelación.

De esta forma, desde finales de 2006 ya pudimos ponernos en marcha para desplegar nuestra propia normativa, que integra la LAPAD y sus normas de desarrollo. Prueba de ello es que pusimos en marcha las ayudas económicas en el entorno familiar desde el 1 de enero de 2007.

En este sentido, en la Comunidad Foral de Navarra hemos ido desarrollando diversos instrumentos que ya han sido aprobados y entrado en vigor, y que concretan la política social de esta comunidad, también la concerniente a dependencia. Entre ellos, cabe destacar la Cartera de Servicios Sociales, aprobada mediante Decreto Foral 69/2008, de 17 de junio, que es el instrumento en que se concreta el derecho enunciado por la LAPAD y por la LFSS en servicios y prestaciones económicas concretos y, por tanto, la verdadera garantía del derecho subjetivo de las personas dependientes a recibir la atención requerida.

La Cartera no sólo especifica los servicios y las prestaciones económicas a las que tienen derecho las personas dependientes de conformidad con lo dispuesto en el catálogo incluido en la LAPAD, sino que, además, recoge mejoras sustanciales con respecto a los mínimos aprobados por el Estado. La Cartera de Servicios Sociales contiene 140 prestaciones, de las cuales 90 son garantizadas y 50 no garantizadas. En el área de dependencia, contamos con 24 prestaciones garantizadas. De cada una de ellas se especifican los requisitos de acceso, la intensidad del servicio, el plazo obligado de la Administración para conceder el recurso, si existe copago o no, etcétera.

(*) Marzo de 2011. Desde el 5 de julio de 2011 ocupa este cargo Dña. Concepción Puyo.

Por otro lado, el I Plan Estratégico de Servicios Sociales, aprobado por unanimidad por todas las fuerzas políticas con representación en el Parlamento de Navarra, es un instrumento que debe servir eficazmente para la consecución de los objetivos marcados tanto en la LAPAD como en la LFSS, coordinando y ordenando los recursos para lograr una plena aplicación de ambas normas.

Para terminar de enmarcar el contexto normativo que hemos desarrollado en Navarra, es preciso hacer una referencia a otras normas ya disponibles, como son el primer Plan de Calidad de Servicios Sociales, el decreto de acreditación (homologación en nuestra comunidad) de los centros y servicios, y el nuevo sistema de copago y determinación de la capacidad económica, de acuerdo con la normativa estatal.

Cuando hablamos del «modelo navarro», nos referimos, por tanto, al modelo por el que hemos optado en esta comunidad; un modelo político de atención y protección a las personas dependientes que cumple con lo establecido en las leyes anteriormente citadas, pero que responde a una decisión y a una voluntad clara del Gobierno de Navarra en cuanto a cómo debemos atender a nuestras personas dependientes. Bajo este prisma, el Gobierno de Navarra está basando toda su política social, y consecuentemente la de atención a las personas dependientes, en dos principios que consideramos fundamentales y que están guiando nuestras actuaciones: en primer lugar, desarrollar todos los servicios, recursos y ayudas económicas que determinan las leyes con la mayor calidad; y en segundo lugar, respetar la capacidad de elección de la persona usuaria (dependiente) sobre cómo quiere ser atendida. Conjugar estos dos principios es la clave del modelo navarro.

Al mismo tiempo, hemos diseñado un sistema que permite la compatibilidad, de manera que generamos distintas respuestas a iguales necesidades en función del deseo de la persona dependiente. Las ayudas económicas son compatibles con prestaciones como el centro de día o la atención diurna, el servicio telefónico de emergencia o el servicio de atención a domicilio. Así, una persona dependiente puede elegir acudir a un centro de día, utilizando el servicio de transporte adaptado y asistido, y percibir al mismo tiempo la parte proporcional de la ayuda económica para cuidados en el entorno familiar o la parte proporcional del servicio de atención a domicilio. Esta fórmula facilita, de forma mucho más clara que la fórmula de servicios y prestaciones por separado, la conciliación de la vida personal, familiar, social y laboral de la familia cuidadora, en el caso de que la persona dependiente resida en el domicilio. Con la compatibilidad de los distintos servicios, se facilita a la persona una atención personalizada y adecuada a cada caso concreto, aunque también es cierto que esta fórmula exige un mayor esfuerzo y compromiso por parte de la Administración, al tratarse de un proceso más complejo que la mera provisión de una ayuda económica.

Por todo lo anteriormente expuesto, y con base en las competencias exclusivas de la Comunidad Foral en materia social y en la propia normativa reguladora, Navarra fue la primera comunidad en poner en marcha lo que establecía la LAPAD. Nos adelantamos al desarrollo y a la aplicación de la propia Ley, y ya el 1 de enero de 2007 el Gobierno de Navarra puso en marcha las ayudas para cuidados en el entorno familiar de las personas dependientes y el apoyo a las personas cuidadoras de éstas. Por otro lado, otra característica importante del sistema navarro de atención a la dependencia es que hemos dotado a estas ayudas de cuantías importantes, las mayores de todo el Estado, y hemos establecido unos mínimos dignos.

2. Los datos del *Libro Blanco* no se ajustan a la realidad, que ha sido superada ampliamente. Los datos así lo demuestran y las razones son las siguientes:

— La generación de expectativas que provocó esta Ley y la información irreal que se trasmitió sobre qué era la dependencia supusieron en las comunidades autónomas una demanda masiva de solicitudes de valoración. Ello provocó un importante atasco en los equipos de valoración, que tuvieron que dar respuesta a una avalancha de inicio importante.

— El hecho de que a muchas de estas personas no se les reconociera un alto grado de dependencia (aún no tenían derecho a prestaciones) supuso una importante demanda de solicitudes de revisión de la valoración diagnosticada.

— Los datos recogidos en la memoria económica de la Ley no se correspondían ya con los recogidos en el *Libro Blanco de la Dependencia*, lo que indicaba asimismo que se iba a producir un importante desfase.

3. *a)* El Baremo de Valoración de Dependencia (BVD) se ha mejorado sobre el anterior, sobre todo en lo que se refiere al criterio técnico de «frecuencia». No obstante, nos gustaría añadir que el equipo de valoración de Navarra ha sido el más activo en los trabajos desarrollados para la generación del baremo actual. De hecho, ha propuesto mejoras sobre varios ámbitos cuyo propósito ha sido siempre objetivar al máximo

los distintos ítems que lo componen. El equipo de valoración de la dependencia en Navarra está formado por un/a médico/a, un/a psicólogo/a, nueve terapeutas ocupacionales, un diplomado universitario en enfermería y un diplomado universitario en fisioterapia.

b) Este equipo, que ha sido una importante referencia a escala nacional, ha establecido una serie de procedimientos de trabajo que han permitido desarrollar su tarea de manera eficaz. Además, se han puesto en marcha muchos procedimientos de mejora que han ayudado a agilizar los procesos de valoración. Así, por ejemplo, se han impulsado y promovido actividades de formación con el objetivo de profesionalizar al máximo el equipo de valoración y dotar a sus integrantes de herramientas para dar mejor respuesta a la valoración de las personas, en función de su diagnóstico, su perfil y su edad, desde 0 a 75 años. Con ello se ha conseguido un mejor conocimiento sobre las características funcionales de los grupos de personas con dependencia. Por otra parte, se ha diseñado y aplicado un instrumento de medida que permite establecer una indicación de la conveniencia de incorporar productos de apoyo y/o medidas de mejora de la accesibilidad del entorno entre los cuidados que pueda requerir la persona en situación de dependencia. Además de establecer mecanismos de coordinación sociosanitaria, se han desarrollado experiencias de buenas prácticas e intercambio de experiencias con otras comunidades autónomas y se han incorporado los criterios de interpretación y de aplicación de los baremos que sean consensuados en el seno de la Comisión Técnica de Aplicación del BVD. Periódicamente, se evalúa la correcta aplicación del baremo mediante la revaloración de una muestra significativa de entre las valoraciones efectuadas en un periodo anual.

Asimismo, se ha acortado el plazo de resolución de los expedientes tramitados con arreglo a la normativa de desarrollo de la Ley 39/2006 de 14 de diciembre. El plazo de valoración de la situación de dependencia se estableció, mediante la Cartera de Servicios, en tres meses; en la actualidad se ha reducido a un mes. En el caso particular de situación de discapacidad del hijo o menor, a los efectos de la ampliación del permiso de maternidad o paternidad y, en su caso, de acceso a los correspondientes subsidios, en Navarra se ha establecido un procedimiento —tras reunión con el Servicio de Neonatología del Complejo Hospitalario— para que la prestación o el servicio se resuelva en menos de un mes.

c) Por último, en relación con la proporción aproximada de personas que han sido valoradas, a 31 de diciembre de 2010 se habían recibido 34.075 solicitudes de valoración, de las cuales se habían valorado 33.697, es decir, el 98,83 por 100.

4. *a)* En relación con el porcentaje de la demanda, y desde 2008, mantenemos un porcentaje de atención estable en torno al 85 por 100. En primera instancia, las prestaciones predominantes fueron las ayudas económicas; sin embargo, esta circunstancia ha ido cambiando paulatinamente hacia la demanda de servicios.

También es importante destacar que la compatibilidad en las prestaciones ha generado una amplia demanda de ayudas económicas para la permanencia en el domicilio junto con servicio de día y/o servicio de atención en domicilio. En la actualidad, la demanda de servicios, sobre todo en situaciones de alta dependencia, ha crecido de forma importante.

b) Teniendo en cuenta las conclusiones de nuestro Plan Estratégico, se detectó que los servicios mejorables en la Comunidad Autónoma de Navarra eran los de atención residencial de discapacidad intelectual y los de atención residencial de enfermedad mental. En dicho Plan, y en el ámbito de las carencias mencionadas, se planteó la necesidad de abordar nuevas plazas residenciales para discapacidad intelectual y para enfermedad mental. Surgen así en el Plan de Inversiones 2012 del Gobierno de Navarra la construcción de un nuevo Centro de Atención Integral a la Discapacidad (el CAIDIS Las Hayas), la ampliación y mejora del CAIDIS Oncineda y la construcción de tres residencias hogar para enfermedad mental. Una de ellas, la Residencia Hogar «Félix Garrido», ya ha sido inaugurada; una segunda, en Pamplona, ya ha visto iniciar las obras, y una tercera funcionará en Estella. La puesta en marcha de estos dispositivos está permitiendo disponer de los servicios necesarios para el conjunto de la comunidad.

Es importante añadir que, en el ámbito de la atención residencial de personas mayores dependientes, hemos puesto en marcha un programa específico que nos ha permitido ampliar en un 67 por 100 el número de plazas concertadas en residencias de mayores. Gracias a este programa, que ha supuesto la concertación de plazas con 40 nuevas residencias en todo el territorio de Navarra, se ha establecido un marco de colaboración público con entidades no públicas.

5. *a)* En relación con la primera cuestión, y respecto a la coordinación efectiva entre las distintas administraciones, cabe señalar la ya establecida como «buena práctica» consistente en el establecimiento de

un procedimiento de trabajo para la elaboración del Plan Individual de Atención (PIA) entre las entidades locales y la Administración regional.

b) En cuanto a la colaboración con instituciones no públicas, es oportuno llamar la atención sobre el programa CONCERDEP, destinado a personas con alta dependencia, puesto en marcha en 2009 por el Gobierno de Navarra, por el cual éste asume el coste de plazas residenciales, costeando los usuarios los servicios en función de su capacidad económica.

6. No es fácil determinar un indicador en esta escala, ya que la coordinación sociosanitaria ha evolucionado de manera distinta y con intensidades diversas en función de unas áreas u otras.

Así, en materia de trastorno mental grave (TMG) se ha producido un avance relevante (entre 8 y 9) en esta coordinación, que ha permitido el diseño de un plan sociosanitario del TMG y, en su desarrollo, un reordenamiento adaptado a las nuevas realidades y con nuevos recursos sociales que dan respuesta a éstas (por ejemplo, la continuidad, evolución y creación de las prestaciones sociales vinculadas con este colectivo). Recursos como los centros ocupacionales, los centros de rehabilitación psicosocial, los equipos de incorporación sociocomunitaria y las nuevas residencias hogar suponen desplegar el conjunto de prestaciones para enfermedad mental en nuestra comunidad.

Asimismo, en el área de atención temprana se empieza a consolidar una coordinación sociosanitaria que mejora los procesos de atención de niñas y niños de 0 a 3 años.

Es evidente que sigue siendo un gran reto para ambas áreas, la social y la sanitaria, el establecimiento de procesos concretos de coordinación y que, además, la atención a la dependencia es un buen ámbito de enlace. Todo apunta a que los esfuerzos que hay que realizar para ello suponen una importante transformación de las estructuras, las plantillas y los procedimientos. Ésta es quizás una de las principales dificultades. No obstante, es necesario avanzar en esa dirección y desarrollar la coordinación sociosanitaria con un prisma de optimización de servicios y de gasto público.

7. El establecimiento de prestaciones garantizadas por derecho obliga a las administraciones a dar respuesta a las demandas de la población dependiente, que deben ser cubiertas mediante la consignación presupuestaria necesaria. De hecho, la LAPAD incorpora un sistema de financiación entre la Administración general del Estado, las comunidades autónomas y las personas beneficiarias. Sin embargo, este principio, que debe ser el aval de funcionamiento del Sistema para la Autonomía y de Atención a la Dependencia (SAAD), no ha funcionado así desde el inicio. La financiación de la LAPAD por parte de Estado no se ha cumplido. Las comunidades autónomas no han hecho sino asumir el peso económico de la aplicación de esta Ley, aportando la parte más importante de su financiación.

La crisis económica abre un nuevo frente en cuanto a la sostenibilidad del SAAD y amplía el problema inicial. Es evidente que, de cara a la próxima década, el esfuerzo de la Administración general del Estado en relación con la financiación del SAAD debe incrementarse de forma adecuada. De otra manera, la sostenibilidad del sistema descansará en los compromisos económicos de cada comunidad autónoma.

8. El Gobierno de Navarra ya se ha dotado de los instrumentos fundamentales para el desarrollo del Sistema. De hecho, hoy podemos decir que las bases del Sistema Navarro para la Atención a la Dependencia ya están articuladas y en fase de consolidación. Hay que generar el despliegue completo del calendario de la LAPAD y, como consecuencia, la puesta en marcha de todas las prestaciones garantizadas del catálogo del SAAD. Ello no obstante, parece evidente que, ante el deseo de las personas por mantenerse en su domicilio y en su entorno, debemos apostar por nuevas fórmulas, nuevos instrumentos y nuevos proyectos cuyo objetivo sea la generación de nuevos servicios de apoyo y ayuda a las personas dependientes y sus familias en el entorno habitual.

En relación con el empleo, es evidente que está siendo un buen momento para que, de manera global, se proceda a la ordenación del sector de los servicios sociales. Así, la LFSS establece los cauces, los principios de actuación, las competencias, los derechos y los deberes tanto del Departamento de Asuntos Sociales como de las personas beneficiarias de sus políticas. También se han identificado, pautado, visibilizado y ordenado los recursos que engloba el área de servicios sociales (Cartera de Servicios Sociales). Lógicamente, se ha planteado la estrategia de actuación a medio y largo plazo del Departamento mediante la elaboración del Plan Estratégico de Servicios Sociales. Por otra parte, se ha diseñado un método de trabajo que modeliza las exigencias técnicas y económicas en el ámbito de la contratación, por parte de la Administración, de los servicios necesarios (pliegos y condiciones) y se han iniciado los trabajos necesarios para la obtención de la acreditación necesaria, así como de las condicio-

nes de calidad de los servicios (Plan de Calidad, Red de Centros Acreditados).

Con todo ello dispondremos, en un plazo de dos a tres años, de los elementos necesarios para apuntalar el sector y, en consecuencia, ordenarlo. Se trata, en definitiva, de poner en marcha un sector de actividad económica que regule las condiciones del mercado, las condiciones laborales, los perfiles profesionales, la formación y la actividad profesional.

COLABORADORES EN ESTE NÚMERO

ABELLÁN GARCÍA, Antonio. Doctor en Filosofía y Letras (Geografía) por la Universidad Complutense. Desarrolla su carrera en el Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC) desde 1974. Es profesor de investigación en el Centro de Ciencias Humanas y Sociales, y con anterioridad en las universidades Complutense y Autónoma de Madrid. Su especialización es la gerontología social: envejecimiento demográfico, salud y dependencia. Forma parte del consejo asesor de la *Revista Española de Geriatría y Gerontología.* Tiene especial interés por la transferencia de conocimiento a los responsables de las políticas sociales y gestión social. Es responsable de "Portal Mayores", una iniciativa de Imserso y CSIC. Ha publicado libros y numerosos artículos de investigación en revistas científicas.

ALONSO SECO, José María. Licenciado en Psicología (Universidad Complutense) y en Derecho (UNED). Pertenece a los cuerpos superiores Técnico y de Intervención y Contabilidad de la Seguridad Social, y desde el año 2005 es profesor asociado de Servicios Sociales en la UNED. Ha desempeñado distintos puestos directivos en la Administración pública, especialmente en el área social: SEREM, IMSERSO, Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, Mutua MUPRESPA y Oficina del Defensor del Pueblo. Ha ostentado los cargos de director general del Mayor, viceconsejero de Servicios Sociales y consejero de Servicios Sociales en funciones de la Comunidad de Madrid. Es autor de numerosas publicaciones y artículos especializados sobre servicios sociales.

ÁLVAREZ GARCÍA, Begoña. Profesora titular de universidad en el Departamento de Economía Aplicada de la Universidad de Vigo. Doctora en Economía por la Universidad Carlos III de Madrid con premio extraordinario de Doctorado. Es autora de varios trabajos principalmente en el ámbito de la economía de la salud y la economía de la familia publicados en revistas como *Empirical Economics, Journal of Population Economics, Social Science and Medicine* e *Investigaciones Económicas*.

ANTÓN PÉREZ, José Ignacio. Nacido en 1981, es profesor ayudante doctor en el Departamento de Economía Aplicada de la Universidad de Salamanca. Ha publicado tres libros y diversos artículos especializados en revistas como *Fiscal Studies*, *European Journal of Health Economics* e *International Migration Review*.

BRAÑA PINO, Francisco Javier. Nacido en 1951, es catedrático de universidad en el Departamento de Economía Aplicada de la Universidad de Salamanca. Solo o en colaboración, entre artículos, libros y capítulos de libro, ha publicado más de ochenta trabajos en las principales revistas españolas de economía y en algunas internacionales, y en importantes editoriales nacionales e internacionales. Es investigador del Instituto L. R. Klein de la Universidad Autónoma de Madrid. Ha sido evaluador y secretario del Comité de Evaluación del Profesorado en la Agencia Nacional de Evaluación y Acreditación (ANECA) entre 2004 y 2009, siendo actualmente evaluador en agencias regionales. Cuenta con una amplia experiencia de trabajo en el sector empresarial, público y privado.

CANTARERO PRIETO, David. Licenciado y doctor en Economía, así como profesor titular y responsable del Grupo de I+D+I en Economía Pública y de la Salud de la Universidad de Cantabria. Premio extraordinario de Doctorado. Sus líneas de investigación se desarrollan en la economía pública y de la salud, y el federalismo fiscal. Ha recibido diversos premios de investigación. Ha realizado proyectos de investigación para diversas instituciones tales como Fundaciones (FUNCAS, BBVA y ONCE), IEF, Plan Nacional de I+D+I, SESPAS, Cámara Cantabria o el Ayuntamiento de Santander. Es director del Máster y experto en Dirección y Gestión de Servicios Sanitarios en la Universidad de Cantabria.

CASADO PÉREZ, Demetrio. Doctor en Farmacia y diplomado en Sanidad y en Psicología. Desempeñó funciones privadas y públicas en la sanidad, la educación, el trabajo y los servicios sociales, con especial dedicación a la discapacidad. Viene prestando servicios de consultoría en investigaciones empíricas y la elaboración de leyes de servicios sociales, y ejerciendo la docencia en disciplinas sociológicas y de políticas sociales. Actualmente, es director del Seminario de Intervención y Políticas Sociales y patrono de fundaciones de objeto sanitario, sociológico y social. Ha publicado más de doscientos artículos y libros técnicos.

COSTA FONT, Joan. Doctor en Ciencias Económicas y *Senior Lecturer* de Economía Política en el Instituto Europeo (Departamento de Política Social) de la London School of Economics. Sus investigaciones han girado en torno a cuestiones relacionadas con el diseño de los Estados del bienestar europeos y las políticas sociales (en particular, sanitarias), prestando especial atención a la influencia de los incentivos sociales (cultura, identidad, estatus…) en el comportamiento individual y colectivo. Ha participado en la coordinación de varios libros y ha publicado artículos en revistas como *Oxford Review of Economic Policy*, *Journal of the Royal Statistical Society*, *Social Science and Medicine* y *Empirical Economics*.

DUFOUR-KIPPELEN, Sandrine. Es profesora *(maître de conférences)* de Ciencias Económicas en la Universidad Paris-Dauphine y miembro del LEDa-LEGOS (Laboratorio de Economía y Gestión de las Organizaciones Sanitarias), además de responsable del Máster «Economía y gestión de las organizaciones sociosanitarias». Ha publicado diferentes aportaciones sobre la oferta y demanda de cuidados de larga duración por parte de las personas mayores en *Revue Française des Affaires*, *Aging Clinical and Experimental Research* y *Economie et Statistique*.

ESPARZA CATALÁN, Cecilia. Diplomada en Estadística por la Universidad de Salamanca y licenciada en Ciencias y Técnicas Estadísticas por la Universidad Miguel Hernández. Ha desempeñado diversas tareas estadísticas para la *Conselleria de Turisme* (Generalitat Valenciana) y la consultora Enclave Proyectos. En 2005 se incorporó al Consejo Superior de Investigaciones Científicas como asesora estadística. Es miembro del Laboratorio de Estadística del Instituto de Economía, Geografía y Demografía. En la actualidad, colabora con el Grupo de Investigación sobre Envejecimiento en el equipo "Portal Mayores", de cuya sección de estadísticas es responsable, e imparte cursos de formación en análisis de datos y *software* estadístico.

FANER AGUILÓ, Joan. Licenciado en Economía (premio a los mejores expedientes, 2006) y Licenciado en Administración y Dirección de Empresas (2007) por la Universitat Pompeu Fabra de Barcelona, obtiene el *MSc in Economics* por la London School of Economics and Political Science (Reino Unido, 2008). En 2007 entra a formar parte como investigador asociado del Centre Especial

de Recerca en Economia i Salut (CRES-UPF). Desde septiembre de 2008 es también profesor asociado del Departamento de Economía y Empresa de la Universidad Pompeu Fabra.

GARCÍA GÓMEZ, Pilar. *Assistant Professor* en la Erasmus School of Economics de la Universidad Erasmus de Rotterdam. Investigadora del Centro en Economía y Salud (CRES), *Research Fellow* del Tinbergen Institute y NETSPAR (*Network on Aging, Pensions and Retirement*), e investigadora afiliada al *Health, Econometrics and Data Group* de University of York. Su investigación en economía de la salud se centra principalmente en la relación entre el estado de salud y la situación laboral, los efectos de la provisión de cuidados informales y la evaluación de políticas.

GARCÍA GONZÁLEZ, Juan Manuel. Licenciado en Sociología y diplomado en Estadística por la Universidad de Salamanca, ambas carreras con premio extraordinario. Asimismo, ha obtenido el Diploma de Estudios Avanzados en la Facultad de Ciencias Políticas y Sociología de la Universidad Nacional de Educación a Distancia. En este mismo centro forma parte del equipo de investigación en demografía, longevidad y envejecimiento saludable, liderado por Rosa Gómez Redondo. Su línea de investigación principal se centra en el estudio de la longevidad, la mortalidad, la salud, el envejecimiento de la población y sus consecuencias sociales en los países demográficamente avanzados, en los que presta especial atención a las personas centenarias y supercentenarias.

HINRICHS, Karl. Doctor en Sociología por la Universidad de Bielefeld y, desde 2004, catedrático y *Senior Research Fellow* del Zentrum für Sozialpolitik de la Universidad de Brema (RFA). Ha participado en números proyectos de investigación nacionales e internacionales; sus publicaciones más recientes (en diferentes libros y revistas, como *International Social Science Journal* y *Journal of Poverty and Social Justice*) tratan cuestiones relacionadas con la evolución de los estados del bienestar y, en particular, con las reformas de los sistemas de prestaciones sociales.

JIMÉNEZ-MARTÍN, Sergi. Profesor de la Universidad Pompeu Fabra y de la Barcelona Graduate School of Economics y director de la Cátedra FEDEA-LaCaixa en FEDEA. Sus principales áreas de investigación son la microeconometría aplicada, el análisis de la oferta de trabajo en edades avanzadas y la seguridad social y, finalmente, la economía de la salud.

JOËL, Marie-Eve. Es profesora titular de Ciencias Económicas en la Universidad Paris-Dauphine, directora del LEDa-LEGOS (Laboratorio de Economía y Gestión de las Organizaciones Sanitarias) y presidenta del consejo científico de la CNSA (Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie). Ha publicado diversas contribuciones sobre el sistema de protección social de la dependencia en Francia y Portugal.

LANGA ROSADO, Delia. Profesora contratada doctora en la Universidad de Jaén. Su experiencia en el estudio de los cuidados comenzó con la dirección del trabajo de campo en la *Encuesta redes familiares* (Instituto de Estadística de Andalucía, 2005). En colaboración con otros autores ha publicado varios libros y artículos. Junto con Agrela y Martín coordinó *Cuadernos de Trabajo Social* (17).

LEÓN, Margarita. Doctora en Sociología por la London School of Economics, es investigadora Ramón y Cajal en el Instituto de Gobierno y Políticas Públicas (IGOP) de la Universidad Autónoma de Barcelona. Desde 2004 a 2010, fue profesora en la Universidad de Kent (School of Social Policy, Sociology and Social Research). Sus investigaciones se centran en la reforma de los estados del bienestar, prestando especial atención a la perspectiva de género, a las políticas de reconciliación laboral y familiar en Europa, así como a la organización de las prestaciones y los servicios de cuidado. Junto con Ana M. Guillén ha coordinado un libro sobre el estado del bienestar en España en el contexto extranjero.

LÓPEZ CASASNOVAS, Guillem. Licenciado en Economía (premio extraordinario) y en Derecho por la Universidad de Barcelona. Doctor en Economía Pública por la Universidad de York (Reino Unido, 1984). Ha sido profesor de la Universidad de Barcelona, *visiting scholar* en el Institute of Social and Economic Research, la Universidad de Sussex y la Graduate School of Business (Universidad de Stanford). Catedrático de Economía en la Universidad Pompeu Fabra (desde 1992), donde ha sido vicerrector y decano. En 1996 crea, y dirige hasta 2006, el Centre Especial de Recerca en Economia i Salut (CRES-UPF).

Es consejero del Banco de España, colegiado de mérito del Colegio de Economistas de Catalunya, académico numerario de la Real Academia de Medicina de Cataluña, miembro del Consejo Asesor de la Ministra de Sanidad y de la Conselleria de Sanitat (Catalunya y Les Illes Balears), así como de la Comisión de la OMS para el Estudio de las Desigualdades en Salud. Preside la Asociación Mundial de Economía de la Salud (IHEA). En 2007 recibe el Premi Ramón Llull (Govern de Les Illes Balears). Autor o coautor de más de treinta libros e innumerables artículos, es uno de los cinco técnicos que revisan la aplicación de la Ley de Dependencia.

MARTÍNEZ LÓPEZ, David. Profesor titular de Historia Contemporánea en la Universidad de Jaén. Especializado en historia de la familia, la reproducción y la desigualdad social. Ha publicado, en colaboración con otros autores, varios libros y artículos.

MONTSERRAT CODORNIU, Julia. Doctora en Economía por la Universidad de Barcelona con una larga experiencia tanto en docencia como en investigación en temas de economía de la salud y de los servicios sociales. Se ha especializado en el análisis económico de la política social de atención a la dependencia y las pensiones, tal como lo reflejan sus últimos trabajos y publicaciones. Forma parte del consejo asesor de varias revistas especializadas. Participó en la redacción del Libro Blanco sobre la atención a la dependencia y fue miembro del Consejo asesor de la Ley de servicios sociales de Cataluña.

MORENO MENCIA, Patricia. Licenciada en Economía por la Universidad de Cantabria (2006). Máster oficial en Economía: Instrumentos del análisis económico, con mención de calidad del MEC. En la actualidad, es miembro del Grupo de I+D+I en economía pública y de la salud y estudiante del Experto en Dirección y Gestión Sanitaria en la Universidad de Cantabria. Premio de investigadores 2010 del Colegio de Economistas de Cantabria, junto a David Cantarero y Natividad Fernández.

OLIVA, Juan. Profesor de la Universidad de Castilla-La Mancha y colaborador de varios centros de investigación. Su área de interés es la economía de la salud. Ha publicado cerca de cincuenta artículos en revistas con proceso de revisión y ha colaborado en una veintena de obras colectivas.

PÉREZ DÍAZ, Julio. Doctor en sociología y científico titular del Consejo Superior de Investigaciones Científicas (Instituto de Economía, Geografía y Demografía del Centro de Ciencias Humanas y

Sociales) desde 2007. Anteriormente, fue investigador del Centro de Estudios Demográficos y docente en la Universidad Autónoma de Barcelona. Sus temas de estudio son las políticas de población, el envejecimiento demográfico y la sociología de la vejez. Edita un *blog* sobre Demografía, como herramienta de apoyo docente y divulgación: http://apuntesdedemografia.wordpress.com/. Ha publicado numerosos trabajos. En 2005 dirigió el Informe General de la Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud 1999.

RODRÍGUEZ MÍGUEZ, Eva. Profesora titular de universidad en el Departamento de Economía Aplicada de la Universidad de Vigo y doctora en Economía por la Universidad Complutense de Madrid. Su investigación se ha centrado en el ámbito de la economía de la salud, enfocándose recientemente en la medición de la dependencia. Ha liderado proyectos de investigación de ámbito nacional y autonómico. Su investigación ha sido publicada en revistas nacionales e internacionales de las que destacan: *Health Economics, Medical Decision Making* y *Social Science and Medicine*.

RODRÍGUEZ SAMPAYO, Antonio. Doctor en Economía por la Universidad de Santiago de Compostela y profesor contratado doctor en el departamento de Fundamentos del Análisis Económico de dicha universidad. Ha realizado estancias de investigación en la Universidad Carlos III de Madrid y FEDEA como ayudante de investigación, y como *Visiting Senior Fellow* en la London School of Economics. Las áreas de investigación en las que ha trabajado son economía industrial, crecimiento económico y economía de la salud. Ha publicado trabajos en *Investigaciones Económicas, Hacienda Pública Española/Revista de Economía Pública* y *Mathematical Population Studies*.

ROMAÑACH CABRERO, Javier. (Manresa, 1962). Es coautor de múltiples artículos y documentos de análisis de las políticas sociales relacionadas con la diversidad funcional (discapacidad), experto en bioética y otras éticas aplicadas y autor de varios libros. En el marco de su actividad en defensa de las personas con diversidad funcional, ha comparecido en el Congreso de los Diputados, en las Cortes Valencianas y en las Cortes de Castilla y León.

SOSVILLA RIVERO, Simón. Licenciado en Economía por la Universidad de La Laguna, con estudios de postgrado en la Universidad Autónoma de Barcelona y en la London School of Economics. Doctor en Economía por la Universidad de Birmingham (Reino Unido). Ha sido investigador en la Dirección General de Planificación y el Instituto de Estudios Fiscales e investigador senior y subdirector ejecutivo de la Fundación de Estudios de Economía Aplicada (FEDEA). Actualmente, es catedrático de Análisis Económico en la Universidad Complutense de Madrid. Sus áreas de investigación son la macroeconomía, la economía internacional y la econometría aplicada, participando en proyectos de investigación financiados por instituciones públicas y privadas. Es autor de numerosos artículos en revistas científicas, libros y monografías.

VILAPLANA PRIETO, Cristina. Profesora de la Facultad de Economía y Empresa de la Universidad de Murcia e investigadora afiliada a FEDEA (Fundación de Estudios de Economía Aplicada). Sus áreas de investigación son la economía de la salud y la economía de la dependencia.

WARFELMANN, A. Caroline. Doctoranda del Bremen International Graduate School of Social Sciences, donde se ha especializado en el análisis de los Estados del bienestar.

CAJAS DE AHORROS CONFEDERADAS

BANCAJA (Caja de Ahorros de Valencia, Castellón y Alicante).
BBK (Bilbao Bizkaia Kutxa).
CAIXA LAIETANA (Caixa d'Estalvis Laietana).
CAIXA ONTINYENT (Caja de Ahorros y M. P. de Ontinyent).
CAIXA PENEDÉS (Caixa d'Estalvis del Penedés).
CAJA CANARIAS (Caja General de Ahorros de Canarias).
CAJA CANTABRIA (Caja de Ahorros de Santander y Cantabria).
CAJA CÍRCULO (Caja de Ahorros y M.P. del Círculo Católico de Obreros de Burgos).
CAJA DE ÁVILA (Caja de Ahorros de Ávila).
CAJA DE BADAJOZ (M.P y Caja General de Ahorros de Badajoz).
CAJA DE BURGOS (Caja de Ahorros Municipal de Burgos).
CAJA DE EXTREMADURA (Caja de Ahorros y M.P. de Extremadura).
CAJA ESPAÑA Y CAJA DUERO (Caja España de Inversiones, Salamanca y Soria, Caja de Ahorros y Monte de Piedad).
CAJA GRANADA (Caja General de Ahorros de Granada).
CAJA INMACULADA (Caja de Ahorros de la Inmaculada de Aragón).
CAJA MADRID (Caja de Ahorros y M.P. de Madrid).
CAJA MURCIA (Caja de Ahorros de Murcia).
CAJA NAVARRA (Caja de Ahorros y M.P. de Navarra).
CAJA RIOJA (Caja de Ahorros de La Rioja).
CAJA SEGOVIA (Caja de Ahorros y M.P. de Segovia).
CAJASOL (M.P. y Caja de Ahorros de San Fernando, de Guadalajara, Huelva, Jerez y Sevilla).
CAJASTUR (Caja de Ahorros de Asturias).
CAM (Caja de Ahorros del Mediterráneo).
CATALUNYA CAIXA (Caja d'Estalvis de Catalunya, Tarragona i Manresa).
COLONYA CAIXA POLLENÇA (Caja de Ahorros de Pollença).
IBERCAJA (Caja de Ahorros y M.P. de Zaragoza, Aragón y Rioja).
KUTXA (Caja de Ahorros y M.P. de Guipuzkoa y San Sebastián).
LA CAIXA (Caixa d'Estalvis i Pensions de Barcelona).
LA CAJA DE CANARIAS (Caja Insular de Ahorros de Canarias).
NOVA CAIXA GALICIA (Caixa de Aforros de Galicia, Vigo, Ourense e Pontevedra).
SA NOSTRA (Caja de Ahorros y M.P. de Baleares).
UNICAJA (M.P. y Caja de Ahorros de Ronda, Cádiz, Almería, Málaga, Antequera y Jaén).
UNNIM (Caixa d'Estalvis Unió de Caixes de Manlleu, Sabadell i Terrassa).
VITAL KUTXA (Caja de Ahorros de Vitoria y Álava).

PUBLICACIONES DE LA FUNDACIÓN DE LAS CAJAS DE AHORROS

Últimos números publicados:

PAPELES DE ECONOMÍA ESPAÑOLA

N.º 127. España en la era de la innovación
N.º 128. El turismo en España

PERSPECTIVAS DEL SISTEMA FINANCIERO

N.º 101. Cuestiones fiscales de las entidades de crédito
N.º 102. Basilea III y los nuevos retos de la regulación de solvencia

PANORAMA SOCIAL

N.° 12. Empleo, desempleo y pobreza
N.° 13. Retos actuales de la sociedad española

ECONOMÍA DE LAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS

N.° 22. Galicia y Norte de Portugal. Claves económicas de una eurorregión

CUADERNOS DE INFORMACIÓN ECONÓMICA

N.º 222. Atonía económica con incertidumbre política
N.° 223. Cuando llegue… ¿Noviembre?

ESTUDIOS DE LA FUNDACIÓN

En INTERNET: http://www.funcas.es/suscriptores/area.asp

FUNDACIÓN DE LAS CAJAS DE AHORROS

AÑO 2011

Caballero de Gracia, 28. 28013 Madrid. Teléf. 91 596 54 81
suscrip@funcas.es

Deseo suscribirme a:	Euros
☐ *Papeles de Economía Española*	55,00
Números sueltos	17,00
☐ *Perspectivas del Sistema Financiero*	48,00
Números sueltos	17,00
☐ *Cuadernos de Información Económica*	66,00
Números sueltos	13,00
☐ *Panorama Social* (dos números)	25,00
Números sueltos	15,00
☐ *Estudios de la Fundación* (un ejemplar)	13,00

(más gastos de envío)

El pago lo efectuaré:

☐ Contra reembolso del primer envío ☐ Giro postal núm . ..... ☐ Cheque bancario

Nombre o razón social .....
Profesión, actividad o departamento .....
Domicilio ..... Teléfono .....
Ciudad ..... C.P. ..... Provincia o país .....
Fecha ..... Correo electrónico .....

☐ Domiciliación bancaria
Muy Sres. míos: Ruego carguen hasta nuevo aviso los recibos que les presentará LA FUNDACIÓN DE LAS CAJAS DE AHORROS a mi nombre en la siguiente Cuenta corriente o Libreta de ahorros:

Firma o sello,

Entidad	Oficina	DC	Núm. de Cuenta
☐☐☐☐	☐☐☐☐	☐☐	☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Para mayor rapidez envíe su pedido por FAX: 91 596 57 96

