

ISBN 84-8440-359-9



9 788484 403593 >

 **Cáritas
Española**
Editores

Este número monográfico sobre Protección Social de la Dependencia tiene un doble objetivo: por una parte, contribuir al conocimiento y debate sobre los objetivos, prestaciones, organización y financiación del proyecto de ley de autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia; y por otra parte, y más allá de la indudable importancia de la coyuntura histórica, este número pretende contribuir a analizar distintos problemas conceptuales, metodológicos y prácticos de los cuidados de larga duración de personas que sufren discapacidades que afectan a su vida personal y social.

Los diversos artículos, todos ellos escritos por expertos en la materia, si bien el limitado espacio de la revista no nos ha permitido ampliar la nómina de contribuciones que hubiera sido necesaria, abordan diferentes dimensiones del problema social de la dependencia.

La protección social
de la dependencia en España



141

DOCUMENTACIÓN SOCIAL

DOCUMENTACIÓN SOCIAL

REVISTA DE ESTUDIOS SOCIALES
Y DE SOCIOLOGÍA APLICADA

141

abril-junio 2006

La protección social de la dependencia en España

Monografía

Aproximación a la dependencia funcional.

Demetrio Casado

La protección social a la dependencia en España en el marco del espacio social europeo.

Gregorio Rodríguez Cabrero

Presente y futuro de la regulación de la protección social a la dependencia en España.

Antón Vilá

La Ley de la Dependencia: costes y financiación.

Julia Montserrat Codorniz

Las prestaciones sociales a la dependencia: situación y necesidades.

Mayte Sancho Castiello

La atención sanitaria a las situaciones de dependencia.

Isidoro Ruipérez Cantera

El apoyo informal como destinatario de los programas de intervención en situaciones de dependencia.

Pilar Rodríguez Rodríguez

Tercer sector y dependencia.

Vicente Marbán

Bibliografía de "La protección social de la dependencia en España".

Cáritas Española.

Tribuna Abierta

La pobreza en la ciudad de Zaragoza: situaciones persistentes y realidades emergentes.

Santiago Boiras

Voluntariado y administraciones públicas: el laborioso tejido de una red.

Rafael Aliena

Propuestas para una deslocalización textil responsable (análisis de un estudio de caso sobre empresas en Marruecos).

Isabel Kreisler

ISSN 0417-8106

141

DOCUMENTACIÓN SOCIAL

REVISTA DE ESTUDIOS SOCIALES Y DE SOCIOLOGÍA APLICADA

abril-junio, 2006

Director: Silverio Agea

Directora Técnica: Ana Abril Fernández

Edición: **Cáritas Española**. Editores
San Bernardo, 99 bis.
28015 Madrid
Tel. 914 441 006 – Fax 915 934 882
E-mail: maparicio.ssgg@caritas.es
<http://www.caritas.es>

Suscripciones:

Servicio de Publicaciones
San Bernardo, 99 bis.
28015 Madrid
Tel. 914 441 037 – Fax 915 934 882
E-mail: suscripciones.ssgg@caritas.es

Distribución:

En librerías
Distrifer Libros
Valle de Tobalina, 32. naves 5 y 6
Tel. 917 962 709 – Fax 917 962 677
28021 Madrid

Condiciones de suscripción y venta:

España: Suscripción a cuatro números: 27,70 euros.
Precio de este número: 11,40 euros.

Extranjero: Suscripción Europa: 40,00 euros.
Número suelto Europa: 11,40 euros + gastos de envío.
Suscripción América: 62 dólares
Número suelto a América: 11,40 euros + gastos de envío.

(IVA incluido)

La protección social de la dependencia en España

Coordinación del número:

GREGORIO RODRÍGUEZ CABRERO

VÍCTOR RENES AYALA

Director: Silverio Agea

Directora Técnica: Ana Abril Fernández

Consejo de redacción: Jaime Atienza
 José Antonio Alonso
 Pedro José Cabrera
 Germán Jaraíz
 Miguel Laparra
 Manuela Mesa
 Teresa Montagut
 Víctor Renes
 Enrique del Río
 Luis de Sebastián
 Imanol Zubero
 José Manuel López Rodrigo

Redacción de la Revista: San Bernardo, 99 bis
 28015 Madrid
 Tel. 914 441 044 – Fax 915 934 882
 E-mail: documentacionsocial@caritas.es

© **Cáritas Española.** Editores

ISSN: 0417-8106

ISBN: 84-8440-359-9

Depósito Legal: M. 4.389-1971

Preimpresión e impresión: Gráficas Arias Montano, S. A.
 28935 Móstoles (Madrid)

Sumario



Presentación

5



Monografía

- 1** Aproximación a la dependencia funcional.
Demetrio Casado **11**
- 2** La protección social a la dependencia en España
en el marco del espacio social europeo.
Gregorio Rodríguez Cabrero **23**
- 3** Presente y futuro de la regulación de la
protección social a la dependencia en España.
Antoni Vilá **45**
- 4** La Ley de la Dependencia: costes y financiación.
Julia Montserrat Codorniz **65**
- 5** Las prestaciones sociales a la dependencia:
situación y necesidades.
Mayte Sancho Castiello **85**
- 6** La atención sanitaria a las situaciones de
dependencia.
Isidoro Ruipérez Cantera **107**
- 7** El apoyo informal como destinatario de los
programas de intervención en situaciones de
dependencia.
Pilar Rodríguez Rodríguez **123**

8	Tercer sector y dependencia.	
	<i>Vicente Marbán</i>	145

9	Bibliografía.	
	<i>La protección social de la dependencia en España</i>	163



Tribuna Abierta

1	La pobreza en la ciudad de Zaragoza: situaciones persistentes y realidades emergentes.	
	<i>Santiago Boiras</i>	175

2	Voluntariado y administraciones públicas: el laborioso tejido de una red.	
	<i>Rafael Aliena</i>	193

3	Propuestas para una deslocalización textil responsable (análisis de un estudio de caso sobre empresas en Marruecos).	
	<i>Isabel Kreisler</i>	213



Documentación

1	Plan estratégico Tercer Sector.	231
----------	--	------------



Reseñas bibliográficas

1	Avances en bienestar basados en el conocimiento. Varios autores.	263
----------	---	------------

2	La exclusión social y el estado de bienestar en España. V informe FUEM de políticas sociales. Edición a cargo de Fernando Vidal Fernández.	265
----------	--	------------

3	La situación del mundo 2006. The Worldwatch Institute.	268
----------	---	------------



Presentación

Este número monográfico sobre Protección Social de la Dependencia tiene un doble objetivo: por una parte, contribuir al conocimiento y debate sobre los objetivos, prestaciones, organización y financiación del proyecto de ley de autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia, ya en trámite de aprobación en el Congreso de los Diputados después de los correspondientes dictámenes del Consejo Económico y Social y del Consejo de Estado; por otra parte, y más allá de la indudable importancia de la coyuntura histórica, este número pretende contribuir a analizar distintos problemas conceptuales, metodológicos y prácticos de los cuidados de larga duración de personas que sufren discapacidades que afectan a su vida personal y social.

Los textos que se presentan, todos ellos escritos por expertos en la materia, si bien el limitado espacio de la revista no nos ha permitido ampliar la nómina de contribuciones que hubiera sido necesaria, abordan diferentes dimensiones del problema social de la dependencia.

En primer lugar, se analiza la dimensión conceptual de la dependencia por Demetrio Casado definida como dependencia funcional en su doble incidencia personal y colectiva, su diversidad de origen o sobrevenida y, sobre todo, en su relación con su contrapunto positivo: la autonomía moral que debe ser garantizada hasta donde sea posible evitando cualquier género de paternalismo o tutela indebida sobre la persona afectada.

Se analiza también de manera sintética la experiencia europea en materia de protección social de la dependencia por Gregorio Rodríguez Cabrero. Aquí se considera cómo el Modelo Social Europeo se ha orientado en los últimos quince años a la puesta en marcha de políticas sociales de cuidados de larga duración que sean universales, de calidad y eficacia y sostenibles financieramente. En este contexto común que pretende avanzar en la protección de los derechos sociales se sitúa España y su proyecto de ley; a la luz del Modelo Social Europeo debe ser analizado dicho proyecto.

El profesor Antoni Vilá hace un análisis exhaustivo, desde la perspectiva jurídica, del anteproyecto de ley de dependencia. Como dicho anteproyecto es hoy ya proyecto, con algunos cambios que perfeccionan más la técnica jurídica que el propio contenido, el lector debe tomarlo en consideración a la hora de su lectura. Un valor añadido importante de este trabajo es que va precedido de un análisis del actual marco regulador de la dependencia en los diferentes ámbitos sectoriales: educación, sanidad, servicios sociales, Seguridad Social, del que es deudor, sin lugar a dudas, el nuevo marco protector que se propone.

Servicios sociales y sanitarios confluyen en una u otra medida en la propuesta del proyecto de ley del Gobierno. El bajo nivel de cobertura de los servicios sociales en España, a pesar de su intenso crecimiento en los últimos quince años, y el limitado papel del sistema sanitario en la atención de la dependencia son objeto de análisis por parte de Mayte Sancho, gerontóloga, y el Dr. Isidoro Ruipérez. La primera pone de manifiesto el actual nivel de cobertura en materia de servicios sociales, la necesidad de su ampliación y la exigencia de una mayor implicación del sistema sanitario para que el nuevo sistema protector sea coherente y de calidad. En este mismo sentido el Dr. Ruipérez pone de manifiesto la laguna sanitaria del anteproyecto de ley que, sin embargo, parecía haberse subsanado en el Libro Blanco de la Dependencia. Propone actuaciones que refuercen la acción preventiva como modo de aumentar los años libres de discapacidad; también la mejora de la asistencia sanitaria de las personas mayores, colectivo más numeroso, así como mejorar los mecanismos de coordinación entre recursos que hagan eficaz la acción asistencial. Es un valor añadido del trabajo las referencias a la experiencia acumulada en la asistencia sanitaria en este campo que el lector no experto apreciará con seguridad.

Como financiar el Sistema Nacional de Dependencia (SND) es una cuestión crucial, ya que ello afectará a la universalidad de las prestaciones, a la intensidad protectora, a la calidad de los servicios y a la sostenibilidad futura del sistema. Este problema complejo es abordado por Julia Montserrat en sus diferentes facetas: analiza los factores que subyacen al coste de la dependencia, contrasta el escenario oficial de financiación (cuyas hipótesis no se conocen)

con otro alternativo basado en hipótesis precisas, se analiza el impacto del copago en función de los ingresos por pensiones, se pregunta por la presión fiscal necesaria y la falta de claridad de la cofinanciación del SND entre Estado y CC. AA.

Finalmente, en la acción protectora de las situaciones de dependencia las organizaciones del Tercer Sector Social han tenido un papel relevante y con seguridad lo tendrán en los años venideros no solo como entidades colaboradoras del Sector Público, sino también como organizaciones de innovación y apertura hacia nuevas necesidades sociales que con seguridad irán apareciendo a lo largo del tiempo. El papel y prácticas institucionales del Tercer Sector en este campo son analizados por el profesor Vicente Marbán basándose en la información del Programa del 0,52 del IRPF como muestra de su compromiso social.

En suma, el lector tiene en sus manos un conjunto de materiales de gran utilidad para el debate científico sobre la atención social a las personas en situación de dependencia, pero también útiles para la práctica profesional.

En la sección Tribuna Abierta tenemos una presentación de un estudio realizado por Cáritas de Zaragoza sobre la realidad de la pobreza en la ciudad de Zaragoza. Para ello combinan los datos de registro de la atención social realizada por Cáritas en sus centros, y los datos de una encuesta realizada *ad hoc*. Rafael Aliena nos propone una reflexión sobre Redes sociales. Desde el campo de la Acción Social hacemos referencias continuas a las redes sociales, por ello necesitamos reflexiones y propuestas que articulen la reflexión con la práctica en una dimensión cada día más crucial como es la de los vínculos sociales. Por último, Isabel Kreisler, diagnostica la situación generada por los procesos de descentralización, para lo que analiza este fenómeno en los procesos de deslocalización de empresas española en Marruecos y nos propone una deslocalización textil responsable.

La sección Documentación nos ofrece un texto elaborado por el propio Tercer Sector de Acción Social sobre su autoconciencia y su, consecuente, Plan Estratégico. Elaborado por un grupo de trabajo del Consejo Estatal de ONG de Acción Social, y ratificado por el propio Consejo, este documento no sólo nos proporciona una información y un conocimiento de lo que el propio sector ha elaborado a través de diversos métodos de participación, sino que alcanza el nivel de propuesta del sector que plantea jugar un rol de Agente Social en las actuales estructuras de bienestar.

Monografía

1	Aproximación a la dependencia funcional. <i>Demetrio Casado</i>	11
2	La protección social a la dependencia en España en el marco del espacio social europeo. <i>Gregorio Rodríguez Cabrero</i>	23
3	Presente y futuro de la regulación de la protección social a la dependencia en España. <i>Antoni Vilá</i>	45
4	La Ley de la Dependencia: costes y financiación. <i>Julia Montserrat Codorniz</i>	65
5	Las prestaciones sociales a la dependencia: Situación y necesidades. <i>Mayte Sancho Castiello y Rosa Díaz Martín</i>	85
6	La atención sanitaria a las situaciones de dependencia. <i>Isidoro Ruipérez Cantera</i>	107
7	El apoyo informal como destinatario de los programas de intervención en situaciones de dependencia. <i>Pilar Rodríguez Rodríguez</i>	123
8	Tercer Sector y dependencia. <i>Vicente Marbán</i>	145
9	Bibliografía. <i>La protección social de la dependencia en España</i>	163



1

Aproximación a la dependencia funcional

Demetrio Casado

Sumario

1. La independencia funcional.
2. Antecedentes y actualidad de la acción sobre la dependencia funcional.
3. Autonomía.
4. Relectura de la dependencia funcional.

RESUMEN

La dependencia que será objeto de una Ley actualmente en trance de preparación es de carácter funcional: consiste en discapacidad grave. Contamos con varias líneas de acción tradicionales que por su carácter fragmentario no facilitaron la identificación global del fenómeno en cuestión. La dependencia funcional supone la carencia o pérdida de la autonomía del mismo carácter, pero se relaciona también con la autonomía moral o capacidad de decidir sobre la propia vida. Los conocimientos y experiencias acopiados en relación con la discapacidad y con el envejecimiento nos permiten acceder a una visión nueva de la dependencia funcional y, por supuesto, nos reclaman acciones superadoras de las tradicionales, desde la prevención hasta la adaptación de medio social.

SUMMARY

The dependency in the Law that is currently under preparation is of a functional kind. It's a serious disability. The actions which have traditionally been implemented have only a partial scope and don't lead to a global vision of functional dependency. Functional dependency means lacking functional autonomy, but it also relates to the ability of taking your own decisions. The knowledge and experiences in relation to disability and the growing population that we have



gained so far should enable us to achieve a new vision on functional dependency. Of course, current actions should go farther than the traditional ones and include prevention and the accessibility in the social environment.

En el número 138 de *Documentación Social* se publicó un artículo introductorio al tema de la dependencia funcional⁽¹⁾. En éste, procuraré no repetir lo escrito allí, salvo lo que parezca imprescindible para que resulte comprensible la exposición.

1 LA DEPENDENCIA FUNCIONAL

La palabra «dependencia» es un sustantivo verbal abstracto con tantos significados como referentes le asignemos. Ortega vio al hombre de las sociedades pretéritas dependiendo de toda suerte de circunstancias: «Para el “vulgo” de todas las épocas, “vida” había significado, ante todo, limitación, obligación, dependencia; en una palabra, presión. Si se quiere dígase opresión, con tal de que no se entienda por ésta sólo la jurídica y social, olvidando la cósmica»⁽²⁾. En el lenguaje internacional pretérito sobre cuestiones sociales, la dependencia por antonomasia era la económico-asistencial, hasta el extremo de que la primera acepción de la voz «dependencia» que adopta un diccionario de sociología aparecido, en su edición en lengua inglesa, en 1949 es ésta: «Situación en la que una persona carente de medios para conseguir bienes o servicios económicos esenciales para un nivel de vida mínimo, se ve obligada a solicitar y aceptar asistencia pública o privada»⁽³⁾. Entre nosotros, acaso el uso más tradicional del término «dependencia» se refiere a la relación de ayuda personal y/o económica dentro de las familias: cuando, en el lenguaje coloquial, hablamos de independizarse nos referimos muy frecuentemente al abandono por los hijos del hogar paterno para pasar a mantenerse con los propios recursos personales y económicos. En el uso lingüístico técnico y también en España, se registra la aplicación del sustantivo que nos ocupa a la adicción humana al consumo de sustancias psicotrópicas: drogodependencia. Y se habla también de dependencia en el campo de las relaciones afectivas.

El término «dependencia» denota también ciertas relaciones de necesidad colectivas concernientes a los hombres. Por de pronto, éstos dependen para su subsistencia de la naturaleza. También se da la dependencia de ciertas colecti-

(1) CASADO, Demetrio. La dependencia funcional y sus demandas. *DOCUMENTACIÓN SOCIAL*, julio-septiembre, n.º 138.

(2) ORTEGA Y GASSET, José. *La rebelión de las masas*, Madrid: Espasa-Calpe, 1956, p. 77.

(3) FAIRCHILD, Henry P. (ed.), *Diccionario de sociología*, México: Fondo de Cultura Económica, 1960, p. 87.



vidades —países, por ejemplo— de la producción de materias primas o productos elaborados de que disponen otras. Y en el interior de las sociedades, el conjunto de los individuos incapaces para procurarse medios de mantenimiento y/o seguridad dependen de los capaces.

En los últimos años y en los países más desarrollados, viene siendo objeto de atención creciente la dependencia humana de ayuda para la realización de actividades comunes. Y tanto ha crecido en los medios especializados la conciencia de esa clase de dependencia que se alude a ella sin adjetivo que la especifique y diferencie. Como podemos ver en la muy aceptada definición del Consejo de Europa, que ha sido asumida por el *Libro blanco* preparatorio de la Ley sobre dependencia⁽⁴⁾, se trata de una dependencia de carácter funcional: «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»⁽⁵⁾. Según expuse en el artículo antes aludido⁽⁶⁾, la dependencia funcional consiste en discapacidad grave, es decir, limitaciones y restricciones para realizar ciertas actividades y acciones participativas. Su origen inmediato radica en las llamadas deficiencias, es decir, alteraciones biopsicológicas de carácter estructural o funcional; aparecidas en el nacimiento o en el curso de la vida; estables o evolutivas; causadas por traumatismos o enfermedades y aún consistentes en éstas.

La dependencia funcional tiene una expresión colectiva o social, en cuanto que en ciertos casos los afectados necesitan ayuda de personas ajenas a su unidad familiar. Tal dependencia puede alcanzar una dimensión internacional, como ocurre ahora en la sociedad española que necesita de la inmigración —especialmente de castellanoparlantes— para cubrir la demanda de cuidadores de personas afectas de dependencia funcional⁽⁷⁾.

Como indicaré después, la conciencia y la acción colectivas concernientes a la dependencia funcional se han desarrollado históricamente de modo fragmentado. En los dos últimos decenios, la asistencia sanitaria y de los servicios sociales ha registrado en España, no sólo el incremento de las situaciones de dependencia funcional, sino también el de las dificultades privadas para afrontarlas. Acaso por esta acumulación de experiencias clínicas o casuísticas,

(4) Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. *Atención a las personas en situación de dependencia en España. Libro blanco*. 2004, p. 21.

(5) Recomendación n.º (98) 9 del Comité de Ministros a los Estados miembros relativa a la dependencia. Adoptada el 18 de septiembre de 1998. Versión castellana en Mayte Sancho Castiello (coordinación y compilación). *Vejez y protección social a la dependencia en Europa*. IMSERSO, Madrid, 1999, p. 13.

(6) *O. c.*, pp. 221-224.

(7) Ver VV. AA. *Cuidado a la Dependencia e Inmigración*. IMSERSO, 2005.

y siguiendo la pauta de nuestro entorno internacional próximo, a finales del siglo pasado emergió la conciencia político-social del fenómeno. Podemos observarlo en el plano científico-técnico, con trabajos pioneros, como los de Pilar Rodríguez⁽⁸⁾, siendo Jefe de Estudios del IMSERSO, y Gregorio Rodríguez Cabrero⁽⁹⁾, por encargo de dicha entidad.

La dependencia funcional es particularmente frecuente en la edad avanzada, de modo que no debe sorprender el pionerismo de los medios geronto-geriátricos en la conceptualización y atención de este hecho que les viene saliendo al paso en el curso de su actividad, especialmente por virtud del incremento de la esperanza de vida. La información epidemiológica ha confirmado la elevada prevalencia en España del fenómeno que nos ocupa y ha estimado la población de 65 años y más afectada en torno a un millón⁽¹⁰⁾.

Algunas de las situaciones de dependencia funcional que afectan a las personas de edad avanzada provienen de edades anteriores, como sería el caso de una discapacidad intelectual grave de nacimiento o de la también grave derivada de un accidente laboral. Pero la mayor parte de las situaciones de dependencia en dicho estadio de edad aparecen o se consolidan en el curso del envejecimiento por causa de procesos patológicos. En tales casos, la dependencia de ayuda para las actividades comunes no se vincula necesariamente al envejecimiento común, sino que con gran frecuencia es causado por el patológico.

La investigación epidemiológica ha revelado que, pese a las relativamente bajas frecuencias de la dependencia funcional en los estratos de población de edades inferiores a los 65 años, el montante absoluto de las situaciones de afectados es importante: alrededor de medio millón de personas, en el caso de España, que representa un tercio del total.

En este conjunto convergen las situaciones causadas por deficiencias graves al nacimiento y las sobrevenidas en el curso de la edad. A su vez, estas últimas surgen por circunstancias diversas. Parece indicado mencionar en primer lugar las dependencias funcionales causadas por la manifestación aplazada de alteraciones genéticas. Ciertas enfermedades infecciosas, como la poliomielitis, pueden ser causa de discapacidades graves que aboquen a las situaciones de dependencia para actividades personales comunes. Los accidentes y otros traumatismos son causa de deficiencias que en ciertos casos abocan

(8) RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ, Pilar, El problema de la dependencia en las personas mayores. *Documentación Social*, n.º 112, 1998.

(9) RODRÍGUEZ CABRERO, Gregorio (coord.), *La protección social de la dependencia*. Madrid: IMSERSO, 1999.

(10) Esta estimación y la que menciono después para menores de 65 años están basadas en RODRÍGUEZ CABRERO, Gregorio. Conocimientos sociográficos sobre la dependencia funcional en España y su dimensión aplicada. En CASADO, Demetrio. *Avances en bienestar basados en el conocimiento*. Madrid: Editorial CCS, 2005.



a la dependencia funcional. Finalmente, me parece importante recordar que ciertas deficiencias inicialmente no causantes de dependencia funcional generan procesos de envejecimiento prematuro con agravamiento o complicación de las mismas y de sus secuelas funcionales hasta la dependencia; el síndrome postpolio⁽¹¹⁾ y las enfermedades seniles prematuras en personas afectas del síndrome de Down⁽¹²⁾ pueden servir como ejemplo.

2 ANTECEDENTES Y ACTUALIDAD DE LA ACCIÓN SOBRE LA DEPENDENCIA FUNCIONAL

En el pasado, y como apunté en un trabajo anterior⁽¹³⁾, el fenómeno que nos ocupa fue objeto de visiones y actuaciones parciales y mixtas, según indican los ejemplos que siguen.

En la Edad Media y en la Moderna, tanto la práctica privada como la acción pública —principalmente normativa— de objeto social, centran su atención en las situaciones de pobreza asociadas a la incapacidad para trabajar y proveerse el sustento por sí o por el entorno familiar. El modo negativo de acotar este campo consistió en rechazar, prohibir y aun perseguir la mendicidad de los válidos para el trabajo: «mendicantes validi», en el decir de la Partida Segunda (XX, 4.^a). Los modos positivos iban desde la autorización para mendigar y la provisión de limosnas hasta el acogimiento en hospitales —en el sentido que entonces se daba a este término—. El conjunto de los beneficiarios de ambas líneas de acción incluía a personas afectas de dependencia funcional, pero no fueron objeto de identificación y tratamiento como segmento asistencial. Vives, tras señalar que una parte de los pobres vive en los hospitales, los describe así: «Doy el nombre de hospitales a aquellas instituciones donde los enfermos son mantenidos y curados, donde se sustenta un cierto número de necesitados, donde se crían los hijos de nadie, donde se encierran los locos y donde los ciegos pasan la vida»⁽¹⁴⁾. El enfoque de la pobreza, aparte de mezclar la dependencia funcional con otras situaciones de incapacidad laboral, deja fuera del foco social los casos de afectados por dicha circunstancia pero no por la pobreza y/o la carencia de apoyo familiar.

(11) ÁGUILA MATURANA, Ana. Síndrome postpolio. En RODRÍGUEZ, Pilar *et al* (coords.). *Discapacidad y envejecimiento*. Madrid: Escuela Libre editorial, 2003, p. 354.

(12) FLÓREZ BELEDO, Jesús. El envejecimiento de las personas con deficiencia mental: problemas biomédicos. En RODRÍGUEZ, Pilar *et al* (coords.). *Discapacidad y envejecimiento*. O. c., pp. 428-430.

(13) CASADO, Demetrio. La dependencia funcional y sus abordajes. En CASADO, Demetrio (dir.) *Respuestas a la dependencia*. Madrid: Editorial CCS, 2004, pp. 23-31.

(14) VIVES, Juan Luis. *Del socorro de los pobres*. Barcelona: Hacer Editorial, [1525] 1992, p. 154.

La visión social marginalista y borrosa de la dependencia funcional se mantiene en la Beneficencia pública decimonónica. Por una parte, su ámbito subjetivo sigue restringido por los requisitos de pobreza y desvalimiento. Por otra, el criterio de especialización que vendría a adoptar la institución toma como referencia principal las clases de deficiencia y no la gravedad de sus secuelas —que es lo que caracteriza la dependencia funcional—. Así, en el Reglamento de la Ley General de Beneficencia, aprobado por Real Decreto de 14 de marzo de 1852, se prevén establecimientos relacionados parcial o totalmente con situaciones de dependencia para: «locos» o «dementes»; «sordomudos»; «ciegos»; «impedidos» o «imposibilitados» y «decrépitos»; y menores y ancianos incapaces —«casas de misericordia»— (arts. 2, 3, 5 y 6).

A finales del siglo XIX, los seguros sociales adoptan una nueva fórmula institucional de protección social, que alcanzaría en el siglo siguiente a la dependencia funcional mediante las prestaciones por gran invalidez, según la denominación vigente en nuestra Seguridad Social⁽¹⁵⁾. El Convenio n.º 17 de la Organización Internacional del Trabajo, adoptado en 1925 y que sería ratificado por España, contempla la concesión de suplementos de las prestaciones monetarias en casos de invalidez por accidentes de trabajo cuyas secuelas supongan a los afectados necesidad de «asistencia constante de otra persona». Esta previsión fue incorporada a la legislación española de accidentes de trabajo en 1932 y reglamentada el año siguiente. La medida protectora indicada se refería de modo expreso y exclusivo a lo que hoy llamamos dependencia funcional, pero sólo para un sector de casos muy limitado. En la Seguridad Social de nuestros días, el ámbito subjetivo del complemento por gran invalidez es bastante más amplio, pero dista mucho de ser universal⁽¹⁶⁾.

Se registra una amplia coincidencia en la identificación de los principales factores sociales influyentes en el hecho de que la dependencia funcional goce en el presente de creciente actualidad entre nosotros: aumento paulatino del número de personas afectadas, como consecuencia del envejecimiento de nuestra población; decrecimiento de la vocación y/o capacidad asistencial de las familias, principalmente por efecto de su creciente nuclearización y de la progresiva incorporación de la mujer al trabajo extradoméstico. Y debe de ser fruto de la conciencia de estos hechos la emergencia de iniciativas, no sólo en el plano de los estudios, sino en el de la acción política, que abordan la dependencia funcional de modo global. Así, el IMSERSO elaboró un Borrador del Anteproyecto de la Ley por la que se Instituye la Prestación Económica de

(15) La información que sigue está tomada de AZNAR LÓPEZ, Manuel. La protección social de la dependencia en España (legislación del Estado). En RODRÍGUEZ CABRERO, Gregorio (coord.). *La protección social de la dependencia. O. c.*, pp. 178-179.

(16) Ver VILÀ. Estructuras institucionales de la protección social de la dependencia en España. En CASAD, Demetrio. *Respuestas a la dependencia. O. c.*, pp. 157.



la Dependencia en la Seguridad Social, fechado el 15 de marzo de 2001; no pasó de esa fase. Y están en curso los trabajos emprendidos por el Gobierno de Rodríguez Zapatero en pro de una Ley sobre dependencia.

Por cierto, la actual conciencia político-social de la necesidad de un abordaje universalista de la dependencia funcional se mezcla con el temor al cuantioso y creciente gasto público que supone. De ahí la importancia de los estudios, sobre todo relativos a mayores de 65 años, de demanda actual y previsible⁽¹⁷⁾ y de costes⁽¹⁸⁾. De ahí, por otra parte, el interés de los entes financiadores de la protección por las definiciones operativas estrictas y por las técnicas de participación de los beneficiarios en la financiación. Y de ahí también la importancia de la prevención, sobre lo que volveré después.

3 AUTONOMÍA

Para conocer el significado de las palabras y de los conceptos suele ser útil abordarlos por el lado de sus antónimos u opuestos. Literalmente, lo contrario de dependencia es independencia —salvo que si atribuimos a la independencia el estatus de normalidad sería más propio decir que la dependencia es el opuesto de la independencia—. No obstante, en la definición del Consejo de Europa trascrita y en nuestro uso técnico dominante relativo a la dependencia funcional, el supuesto positivo es la autonomía. ¿Será porque intuimos que, tanto en la vida privada como en la pública, a lo más que se llega de hecho es a la interdependencia?

Como «dependencia», la palabra «autonomía» tiene tantos significados como referentes: desde el vuelo de los aviones hasta el gobierno municipal. En relación con el fenómeno sobre el que versa esta exposición, son relevantes estas dos clases de autonomía: la funcional y la personal o moral. En la definición del Consejo de Europa se define la dependencia —entiéndase funcional— como una necesidad de apoyos por la «falta o pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual», lo cual equivale a decir autonomía funcional, sin lugar a dudas. Esta condición humana es la referencia específica de la acción técnica concerniente a la dependencia funcional: como después recordaré, se procura conservar mediante la prevención, se busca su recuperación por la acción rehabilitadora, se propicia con las adaptaciones de los entornos, se suple con ayudas técnicas y asistencia de mantenimiento. La autonomía personal o mo-

(17) PUGA, María Dolores. *Dependencia y necesidades asistenciales de los mayores en España. Previsión al año 2010*. Madrid: Fundación Pfizer, 2002.

(18) MONTSERRAT CODORNIU, Julia. Los costes de la protección social de la dependencia para la población mayor: gasto razonable versus gasto actual. En CASADO, Demetrio. *Respuestas a la dependencia*. O. c.

ral es algo diferente: consiste en la posibilidad de autogobierno, elección y decisión de los individuos.

Vista la diferencia entre ambas clases de autonomía, procede ahora ver su relación. La autonomía moral es de gran importancia en relación con la dependencia funcional, en primer lugar, porque la pérdida de autonomía psíquica e intelectual en el orden funcional puede incidir negativamente en la autonomía moral; ciertas enfermedades mentales y ciertos grados de deficiencia intelectual dificultan el autogobierno personal al menos en ciertos aspectos hasta el extremo de que la legislación autoriza la incapacitación jurídica de los afectados. Y también interesa la autonomía personal o moral en relación con los modos como se tratan las situaciones de dependencia funcional; ocurre a veces que la atención a las personas afectas incurre en autoritarismo burocrático y aun profesional, siendo que debería respetar y aun promover la capacidad de elección. Así lo postula la recomendación del Consejo de Europa citada antes⁽¹⁹⁾, y así se nos recuerda también aquí⁽²⁰⁾.

El riesgo y el valor de la autonomía moral en las situaciones de dependencia funcional son el motivo y argumento del movimiento internacional autoidentificado mediante el lema *independent living*⁽²¹⁾. Ésta es la etiqueta de un movimiento que se inicia en California al final de los años 60⁽²²⁾ y que se extendió pronto principalmente en los Estados Unidos y Escandinavia; a España llegó años más tarde. Sus protagonistas son grandes afectados por deficiencias físicas y, también, ciegos. La referencia negativa de que parten es la tradicional derivación de los afectados por deficiencias físicas y sensoriales graves a centros asilares —en los países más avanzados de Occidente, habría que puntualizar—, en los que encontraron obstáculos para el desarrollo de sus vidas y de sus personalidades. Frente a esta situación de dependencia moral, se reivindica la vida independiente, en sentido también moral: capacidad personal de elegir y de llevar a cabo las elecciones. Esta filosofía comporta una rehabilitación orientada a la autonomía personal, 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; para que la misma no hipoteque la deseada independencia espiritual, dicha ayuda debe prestarla un asistente bajo las órdenes del usuario, no un protector tutelar. Las fórmulas prácticas son motivo de discusión⁽²³⁾, pero

(19) O. c., pp. 15 y 16.

(20) RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ, Pilar. O. c., pp. 35 y 36.

(21) La reseña que sigue está tomada casi literalmente de CASADO, Demetrio. *Ante la discapacidad. Glosas iberoamericanas*. Buenos Aires: Lumen, 1995. p. 126.

(22) CRUZ, Pedro Roberto. Programa y perspectivas del movimiento «Vida Independiente» en Iberoamérica. *Boletín del Real Patronato*, n.º 24, p. 7.

(23) Ver, por ejemplo, MITCHEL, Meter. La vida Independiente. En *Perspectivas de rehabilitación internacional*. Instituto Nacional de Servicios Sociales, 1990, p. 212.



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⁽²⁴⁾.

4 RELECTURA DE LA DEPENDENCIA FUNCIONAL

La visión tradicional de la dependencia funcional se caracteriza por basarse muy predominantemente en sus síntomas y manifestaciones. Unos y otras, en consecuencia, marcaban una conducta acusadamente supeditada de los afectados y de sus entornos familiares y también asilares y hospitalarios. En el momento presente se dispone de un bagaje de conocimientos y experiencias sobre discapacidad y envejecimiento patológico muy estimable que nos permite nuevas visiones y, por supuesto, nuevas prácticas⁽²⁵⁾.

La dependencia funcional ha sido objeto de una visión predominantemente pasiva y fatalista. Con gran diferencia, el grueso de la intervención y las políticas relativas a la dependencia ha consistido en asistencia personal y monetaria orientada a la supervivencia y el mantenimiento. En los últimos años y en los países occidentales, el crecimiento absoluto del número de situaciones de dependencia y el decrecimiento de la vocación y/o la capacidad asistencial de las familias están demandando y logrando un incremento absoluto de la oferta de dicha clase protección asistencial. Éste es un hecho notable en el orden de las estructuras de integración social; y lo es también en el orden económico, hasta el extremo de que está creando problemas financieros a los particulares y a los entes públicos. Los hechos señalados coinciden con la creciente toma de conciencia de la dependencia funcional como problema susceptible y exigente de una acción preventiva múltiple. La visión de las discapacidades como fenómenos evitables —por intervención sobre sus causas— o reductibles —mediante rehabilitación— cuenta con cierto recorrido para ciertas enfermedades infecciosas —como la poliomielitis— o profesionales —como la silicosis—, para los defectos congénitos al nacimiento y para los accidentes laborales y de tráfico principalmente. Pero se ha registrado la importante novedad de una notable valoración y, en algunos países, activación de la acción preventiva de la dependencia funcional en las edades avanzadas. Era cosa sabida que en ese estadio de la vida sobrevenía dicho problema con harta frecuencia. Al produ-

(24) Ver RATZKA, Adolf. Vida independiente. Estocolmo: Instituto de Vida Independiente, 1994 (mecanografiado).

(25) RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ, Pilar. La intervención con las personas en situación de dependencia desde la evidencia científica y los consensos internacionales. En CASADO, Demetrio (dir.). *Avances en bienestar mediante el conocimiento*. O. c.

cirse el crecimiento de la esperanza de vida y el envejecimiento de las poblaciones en el mundo occidental, la pauta citada ha dado lugar a un incremento enorme del número de casos de personas añosas afectas de dependencia funcional. Ante ello, el objetivo sanitario de la prolongación de la vida se ha transformado en el de la prolongación de la vida sin discapacidades —las cuales, repito, incluyen la dependencia—. Para ello se ofrecen posibilidades promisorias y aun experiencias exitosas⁽²⁶⁾.

La concepción pretérita de la dependencia funcional la refiere a las condiciones psicobiológicas de los afectados. De este modo, los apoyos técnicos casi únicos que se proveían para los afectados eran de tipo ortoprotésico. En los últimos decenios estos recursos se han desarrollado notablemente: Stephen Hawking, por ejemplo, no sólo utiliza una silla de ruedas motorizada, sino que también se sirve de un sintetizador de voz. Pero aparte de las mejoras en el campo de las ayudas técnicas para el afectado, hemos adoptado una nueva visión de la discapacidad de la que se derivan ayudas técnicas a proveer por los entornos. La moderna concepción de las discapacidades —incluyendo, desde luego, las que comportan dependencia funcional— las relaciona, no sólo con las deficiencias de los afectados, sino también con su medio. Esta relación se da en dos sentidos: 1) ciertas barreras físicas y morales agravan las limitaciones de actividad y las restricciones de participación derivadas de las deficiencias; 2) es posible, no sólo habilitar entornos sin barreras, sino dotarlos de ayudas técnicas que potencian las capacidades de los afectados por discapacidades. Por ello, debemos ver las discapacidades y particularmente las que comportan dependencia funcional en interacción con el entorno, y actuar sobre él no sólo para hacerlo accesible, sino también colaborador: la domótica y la ofimática, por ejemplo, nos ofrecen muchos recursos útiles y poderosos.

La práctica tradicional nos inclina a asociar la dependencia funcional con un modo de vida pasivo. Pues bien, estamos llamados a asumir que la necesidad de ayuda extraordinaria incluso para actividades básicas de la vida diaria —como levantarse de la cama, asearse, comer, etc.—⁽²⁷⁾ no supone necesariamente que sea imposible la participación social. Una gran parte de los menores afectos de discapacidades muy graves, incluso durante eventuales estancias hospitalarias, pueden cursar y de hecho cursan los estudios propios de su edad. Algunos trabajadores que, como consecuencia de accidentes o enfermedades, quedaron afectados de discapacidades que merecieron la calificación por la Seguridad Social de incapacidad absoluta y aun gran invalidez se están reincorporando al trabajo en tareas distintas a las anteriores y/o con ayudas

(26) RUIPÉREZ, Isidoro. Prevención geriátrica de la dependencia. En CASADO, Demetrio. *Respuestas a la dependencia*. O. c.

(27) Sobre la clasificación de las actividades de la vida diaria en básicas, instrumentales y avanzadas puede verse CASADO, Demetrio. *La dependencia funcional y sus demandas*. O. c., pp. 222-223.



técnicas. Tanto es así que mediante el Real Decreto Legislativo 1/1994, de 20 de junio, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social, asumiendo una obvia contradicción conceptual, se estableció la compatibilidad de aquellas calificaciones con la actividad laboral: «Las pensiones vitalicias, en caso de invalidez absoluta o de gran invalidez, no impedirán el ejercicio de aquellas actividades, sean o no lucrativas, compatibles con el estado del inválido y que no representen un cambio en su capacidad de trabajo a efectos de su revisión». Por supuesto, las posibilidades participativas de la dependencia funcional obligan a hacerlas efectivas mediante modos de ayuda adecuados⁽²⁸⁾.

La idea tradicional y aun la definición en curso de la dependencia funcional focaliza la «necesidad de asistencia y/o ayudas importantes a fin de realizar los actos corrientes de la vida diaria» como rasgo característico de este fenómeno. Para los casos en que se produce o se prevé riesgo de que se produzca desbordamiento de la capacidad individual y familiar de procurarse esa ayuda por medios propios o mediante la contratación de cuidadores personales o domésticos, la sociedad y los poderes públicos vienen proveyendo, con distintos grados de suficiencia, recursos supletorios. En el pasado, el principal de ellos era la hospitalización de larga estancia, que hace algunos años se consideró no indicada para muchos casos. Esta reacción racionalizadora ha sido llevada en ciertos medios hasta el extremo de considerar que los servicios sociales deben bastarse para realizar los cuidados para las situaciones de dependencia funcional que no puede proveerse el afectado o su entorno familiar. Una visión ajustada a las necesidades de la dependencia funcional ha de apreciar el papel de los servicios sanitarios, no sólo en prevención y rehabilitación, según lo ya indicado, sino también en cuidados de mantenimiento a realizar, según las circunstancias de los afectados, en el domicilio, en hospitales de día y en hospitales de media y larga estancia⁽²⁹⁾.

(28) Ver SARABIA SÁNCHEZ, Alicia. Apoyos a las personas con discapacidades graves en edades activas. En CASADO, Demetrio, *Respuestas a la discapacidad. O. c.*

(29) Ver VV. AA. Análisis y evaluación de la red de servicios sanitarios dedicados a la dependencia: programas de prevención, atención domiciliaria y hospitalización. Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología, circa 2004 (multicopiado).

La protección social a la dependencia en España en el marco del espacio social europeo

Gregorio Rodríguez Cabrero

Catedrático de Sociología. Universidad de Alcalá

Sumario

1. Introducción: un reto para el desarrollo de los derechos sociales. **2.** La protección social de las situaciones de dependencias en el espacio social europeo. **3.** El nuevo marco institucional de la protección social de la dependencia y sus límites. **4.** Conclusiones. **5.** Referencias.

RESUMEN

En estas páginas se aborda, en primer lugar, el contexto europeo de protección social a la dependencia con referencia a sus principales modelos; en segundo lugar, se analiza el marco actual de protección social a la dependencia en España y los factores sociales e institucionales que han hecho ineludible la nueva regulación en proceso de aprobación, así como se señalan algunos de los elementos cruciales que el legislador debe abordar con claridad de cara a lograr un modelo eficaz en cuanto a la materialización del derecho subjetivo, la suficiencia de las prestaciones y la coordinación eficaz del sistema.

ABSTRACT

The following work first examines the European context of social protection for dependent persons in reference to its main models; secondly, it analyses the current framework of social protection for dependency in Spain and the social and institutional factors which have made the new regulation currently in the pipeline indispensable, as well as pinpointing some of the crucial elements which the legislator must approach with clarity in order to achieve an efficient model in terms of materialisation of subjective rights, the sufficiency of benefits and the effective coordination of the system.

1 INTRODUCCIÓN: UN RETO PARA EL DESARROLLO DE LOS DERECHOS SOCIALES

El anteproyecto de ley de la Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia (a partir de ahora Ley de Protección Social de la Dependencia) constituye, sin duda alguna, un avance importante en el desarrollo de los derechos sociales y del Estado de Bienestar en España y una oportunidad de configurar un Sistema Nacional de Dependencia (SND) que dé respuesta a las necesidades que plantean las muy diferentes situaciones de dependencia, gran parte de las cuales son asumidas hasta ahora por la mujer y, en mucha menor medida, por las diferentes prestaciones y servicios existentes, tal como se señala en el Libro Blanco de la Dependencia (2005). Este anteproyecto de ley posee un valor añadido en el desarrollo de los derechos sociales porque contribuye al desarrollo de la igualdad de género (en el ámbito social y laboral), al desarrollo de las políticas de Estado de protección de la familia, que habían retrocedido relativamente los últimos años, al servicio de la cohesión social y, en general, constituye un avance indiscutible de la reforma social.

Como todo proyecto de ley estratégico, y éste lo es en grado sumo, es necesario que los ciudadanos, los agentes y organizaciones sociales y, obviamente, los partidos políticos participen activamente en un debate social y político del que pueda resultar la mejora del proyecto actual en orden a la protección y promoción de los derechos sociales que, en definitiva, no son sino una parte sustantiva de los derechos humanos y base fundamental del desarrollo social de un país y del bienestar de sus ciudadanos. De hecho, este debate está teniendo lugar si bien es cierto que reducido al ámbito de las organizaciones sociales y una parte de la clase política; la sociedad española no participa de este debate importante, aunque objetivamente apoya una reforma como la propuesta, ya que supone una respuesta a una necesidad social creciente cuya solución no puede quedar únicamente en el ámbito privado, sino también en el público.

Es una ley compleja ya que en ella se entremezclan tres planos de la política social: el desarrollo de un derecho social universal subjetivo y su materialización



zación en un conjunto de prestaciones sociales; la articulación de los poderes del Estado en su amplio sentido, lo que conlleva definir la participación y coordinación del Estado y las CC. AA. con competencia exclusiva en la materia; finalmente, la garantía, suficiencia y sostenibilidad de la financiación del sistema. Por tanto, los puntos nodales objeto de análisis son tres: cómo se protege el derecho a la protección en las distintas situaciones de dependencia, cómo se organiza el sistema protector para garantizar dicho derecho y, finalmente, cómo se financia. Nuestra tesis es que el anteproyecto adolece de déficits en los tres aspectos que señalaremos parcialmente en este texto, centrándonos sobre todo en los aspectos institucionales referidos al marco europeo, ya que otros trabajos de este número monográfico abordan con detalle los planos jurídico y económico.

El anteproyecto de ley español debe analizarse teniendo en cuenta que es fruto de dos procesos:

- a) En primer lugar, es la resultante de un debate político y científico que tiene su origen en los *debates y reformas sociales que han tenido lugar dentro del espacio social europeo* en los últimos quince años que han abocado a nuevos desarrollos del Estado de Bienestar en el área de los cuidados personales y socio-sanitarios. La influencia del modelo social europeo en el anteproyecto es indudable y tiene su precedente más claro en el Libro Blanco de la Dependencia.
- b) En segundo lugar, el *marco concreto institucional del sistema de servicios sociales* de nuestro país en su doble dimensión histórica (sistema asistencial) y competencial (sistema descentralizado basado en las competencias exclusivas de las CC. AA. junto a un sistema de servicios sociales de la Seguridad Social transferido en gran medida, pero con competencias propias).

Desde este doble punto de vista el resultado del anteproyecto de ley refleja esa doble influencia que supone la reforma social europea junto a la persistencia de un sistema histórico asistencial de servicios sociales descentralizado y en proceso de modernización. Ambos aspectos serán objeto de análisis a continuación.

2 LA PROTECCIÓN SOCIAL DE LAS SITUACIONES DE DEPENDENCIA EN EL ESPACIO SOCIAL EUROPEO

La atención social a las personas en situación de dependencia ya no está en la agenda política de la mayoría de los países de la UE, sencillamente for-



ma parte integrada de los sistemas de protección social. A los países nórdicos, que ya disponían de dispositivos protectores cristalizados a lo largo de la década de los ochenta del pasado siglo se han unido en la década pasada de los años noventa los países continentales como Alemania, Austria, Francia y Bélgica. Son los países del sur de Europa, sobre todo España e Italia, los que están debatiendo o poniendo en aplicación nuevos sistemas de prestaciones sociales en un contexto de rápido envejecimiento y de cambios en la estructura familiar y en el papel tradicional de la mujer como cuidadora informal casi en solitario.

Las razones de por qué los Estados de Bienestar, cuya naturaleza en este campo luego matizaremos, se han visto presionados a poner en marcha formas de protección social a las personas en situación de dependencia son tanto sociales como políticas y han sido puestas de manifiesto tanto en la investigación social pionera (Pacolet, 1998) como en el propio debate político europeo (Consejo de la UE, 2003) y en el más amplio de la OCDE (Huber y otros, 2005). Aquí vamos a esquematizar los modelos básicos y posteriormente enfatizar en los problemas comunes que afrontan los modelos europeos de protección social a la dependencia que se refieren a la calidad de la atención, la coordinación institucional y la sostenibilidad financiera de los distintos sistemas.

A) En el ámbito de la UE existen cuatro grandes **modelos de protección social a la dependencia**: el modelo universal nórdico, el modelo universal de Seguridad Social continental, el modelo asistencial-liberal de los países anglosajones y el modelo asistencial de los países del Sur de Europa. Cabría añadir un quinto modelo que sería el de los países del Este miembros de la UE si bien entre ellos existe una amplia diversidad.

Todos los modelos son fruto de largas tradiciones nacionales en materia de protección social que seguramente cambiarán muy lentamente en los años venideros pues responden a factores políticos y culturales específicos y, además, la política social es competencia de los Estados miembros con escaso espacio para el ámbito europeo de la política social. Por tanto, existirá por mucho tiempo un fuerte *path-dependency* nacional que, además, se ha reforzado en los últimos veinte años con procesos de descentralización de los servicios y prestaciones de bienestar, de suerte que la regionalización es el espacio prestacional (no así la financiación que suele estar en el ámbito estatal) por excelencia de los servicios sociales y, en general, de los servicios públicos como la sanidad y la educación.

En el análisis de los sistemas de protección social a la dependencia hay que diferenciar entre los factores de convergencia o «tendencialmente» comunes y los factores específicos o de diferenciación.



Entre los primeros, *factores de convergencia común*, tendencialmente comunes insistimos, cabe destacar los siguientes:

- a) Demográficamente todos los países, con ritmos distintos, comparten un proceso *intenso y extenso de envejecimiento de la población* paliado últimamente y de manera desigual por la inmigración de trabajadores no comunitarios. El envejecimiento ha venido acompañado de un incremento de la población mayor de 80 años y de enfermedades tipo Alzheimer, que han hecho del colectivo de personas mayores el mayor grupo de riesgo que constituye dos terceras partes de la población en situación de dependencia. Este factor demográfico está siendo el principal factor de crecimiento de la población dependiente y, por ahora, relativamente compensado por la mejora de la esperanza de vida libre de discapacidad.

Junto a ello hay que destacar los cambios profundos en la estructura familiar y en el papel tradicional de la mujer como cuidadora, sobre todo en los países del centro y sur de Europa; en el caso de los países nórdicos y anglosajones, en su sistema de cuidados familiares los cuidadores informales residen en su gran mayoría fuera del hogar de la persona en situación de dependencia (entre el 66 % y el 74 %) ya que prácticamente el 80 % de las mujeres en edad de trabajar están ocupadas. Por el contrario, la incorporación de la mujer al mercado de trabajo en los países continentales es también muy elevada, pero compatible con niveles de cuidados en el hogar del cuidador por encima del 50 % mientras que dicho porcentaje se eleva hasta cerca del 60 % en los países del Sur de Europa donde existe un retraso en la incorporación de la mujer al mercado de trabajo. La tendencia de los países del Sur hacia el logro de tasas de ocupación femenina próximas a la media de la UE, junto a los cambios culturales, van a suponer que podamos hablar a medio plazo, con todos los matices necesarios, de un modelo europeo de cuidados en el que se producirá una combinación entre cuidados informales y cuidados formales en el que este último será creciente.

Se podría afirmar que el modelo de cuidados informales europeos se apoyará progresivamente, como el nórdico y el continental, en un sistema de solidaridad institucionalizada. La naturaleza mixta de esta combinación variará obviamente entre países pero la tendencia hacia la socialización del riesgo parece ser un hecho irreversible.

- b) En segundo lugar, y como consecuencia de lo anterior, los *sistemas de protección social* han desarrollado durante los últimos años prestaciones y servicios desde una óptica de *universalización* para las personas en si-



tuación de dependencia. El sistema asistencial, protección para personas sin recursos, tiende a retroceder en toda Europa a favor de sistemas de tipo universal. Esta universalización protectora dentro del ámbito público, aunque no en exclusiva, no implica la desaparición de la solidaridad familiar, sino un sistema de apoyo a la misma. Además, en unos casos es para toda la población sin excepción (Alemania o países nórdicos), en otros para las personas mayores (caso de Francia, donde el sistema es para personas de 60 años). La familia no desaparece ni desaparecerán los mecanismos de atención informal a pesar de la diversificación de formas familiares, su papel cambia como empiezan a cambiar los roles tradicionales en el sistema de cuidado con una tendencia hacia la distribución más igualitaria entre hombres y mujeres en la carga de cuidados. No podemos olvidar, además, que el aumento del nivel de vida y la importancia del ocio han reforzado la demanda social de cuidados de larga duración en el espacio social europeo y, por tanto, aumentado la presión social sobre los Estados de Bienestar. Reflejo de esta demanda es que los sistemas tienden a combinar en la evaluación de la necesidad la aplicación de estándares nacionales con los criterios individuales, del mismo modo que en la aplicación de las prestaciones sociales tiende a tenerse en cuenta las preferencias de las personas afectadas superando modos de protección paternalista típicos de sistemas asistenciales.

- c) En general, todos los modelos europeos de protección social tienen resuelta la *atención sanitaria* que es universal y cubre una amplia gama de prestaciones. Durante los últimos años el envejecimiento de la población y la demanda de nuevas prestaciones sanitarias han ampliado las prestaciones sanitarias de tipo geriátrico y nuevas formas o combinaciones de prestaciones socio-sanitarias con amplias diferencias entre países. De hecho los cuidados de larga duración han surgido en algunos países en el ámbito sanitario (Holanda, Alemania) o los sistemas de servicios sociales han precisado de sistemas de coordinación con los sistemas sanitarios. En todo caso, puede afirmarse que con la relativa excepción de los países nórdicos, existe un desequilibrio entre la atención sanitaria y la social en la atención a las personas en situación de dependencia, claramente garantizada la primera y de manera relativa y más difusa la segunda.

La atención a la dependencia es, sobre todo, no en exclusiva, social. Por ello hablamos de cuidados personales de apoyo para la realización de actividades personales e instrumentales de la vida diaria. Pero la evaluación de la dependencia suele basarse en equipos sanitarios y sociales



que evalúan el conjunto de las necesidades sanitarias y personales del ciudadano que demanda prestaciones por dependencia. Es ya una práctica común diferenciar tres niveles de dependencia: moderada, severa y grave con dos subniveles dentro de cada nivel, lo que permite una planificación de necesidades y una estimación del coste en función de las mismas.

- d) La *financiación* de los sistemas de protección social a la dependencia también varía entre países. En general es mixta y suele ser una combinación de financiación pública y copago. En ningún país de la UE es totalmente gratuita con la excepción de las personas sin recursos. La filosofía básica de la financiación es que debe ser compartida ya que el gasto puede tener un crecimiento exponencial; de ahí que las prestaciones sean topadas y cubran una parte del coste. Además, hay que tener cuenta que los sectores públicos han sufrido procesos de reestructuración importantes durante los últimos años que se han concretado en la contención del gasto público, la reducción del déficit y de la deuda pública (como criterio de convergencia), el desplazamiento de la producción de servicios hacia el sector privado y una mayor responsabilidad del ciudadano en el coste de las prestaciones. En este contexto el sector privado, mercantil sobre todo, ha ampliado su campo de acción en la producción de servicios. Los seguros privados, hasta ahora, tienen una función residual en el sistema de financiación, su futuro está ligado a la intensidad protectora de las prestaciones del sector público, para financiar el copago, y al efecto expulsión que éste pueda provocar en sectores de las clases medias-altas mediante los requisitos de acceso al sistema público.
- e) Si los modelos de regulación y financiación de los sistemas de protección social a la dependencia son de ámbito estatal, el *modelo de gestión está prácticamente descentralizado* en todos los países al nivel regional y municipal bajo distintas combinaciones. A su vez, el modelo de producción de servicios suele ser mixto, con un peso variable según los países entre el sector mercantil y el tercer sector.

En definitiva, existe un amplio común denominador, actualmente en fase de extensión a los países del Sur de Europa, en los sistemas de protección social a la dependencia caracterizados por la presión del envejecimiento de la población como causa que acelera la puesta en marcha sistemas de cuidados de larga duración, tendencia a la universalización de prestaciones protectoras de las situaciones de dependencia en el seno de los Estados de Bienestar, apoyados en sistemas de atención sanitaria



universal, que tienden a financiar unas prestaciones básicas en servicios y monetarias que incluyen el copago y que son gestionadas en el ámbito municipal.

Entre los *factores de diferenciación* hay que destacar que los sistemas existentes se caracterizan por basarse en filosofías protectoras diferentes que se traducen en modos de regulación, cobertura, elegibilidad, tipo de prestaciones, consideración de la importancia de los cuidados informales, financiación y gestión que varían entre modelos. Aquí no vamos a entrar en detalle remitiéndonos a trabajos previos (Rodríguez Cabrero, 1999, 2004 y 2005), al Libro Blanco de la Dependencia (2005) y otros trabajos en la materia nacionales (Casado, 2004, Maravall, 2003, Sarasa, 2003 y Frades, 2002) e internacionales (Pacolet, 1998, Huber y otros, 2005). Nos limitaremos a destacar algunos de los rasgos más característicos.

- a) Los *modelos de tipo nórdico* se basan en una filosofía de «ciudadanía social» en la que la protección social se extiende a lo largo de todo el ciclo vital y en todos y cada uno de sus aspectos. No existen regulaciones nacionales sobre protección social de la dependencia. Por el contrario, la protección es una extensión histórica de la cobertura de los servicios sociales y sanitarios hacia las nuevas necesidades. Los criterios de elegibilidad son los de la necesidad y no la prueba de recursos. Las prestaciones suelen ser en servicios, excepcionalmente en dinero, debido a que el papel de la familia cuidadora ocupa un lugar residual en países en los que la gran mayoría de las mujeres están ocupadas. El sistema de servicios sociales nórdico constituye una amplia institucionalización de la función de reproducción social, dentro de la cual están los cuidados personales y, por ello, ocupan un papel central. Este sistema es financiado con impuestos generales que comparten el Estado y los gobiernos territoriales, garantizan una relativa elevada intensidad protectora que se traducen en elevados niveles de gasto públicos en relación al PIB (entre el 2 y el 3 por cien del PIB) y existe un cierto copago, si bien el sistema no genera exclusiones por razones de renta, ya que el criterio es la necesidad del ciudadano.

Las tensiones financieras en los Estados de Bienestar nórdico, Suecia y Holanda sobre todo, han favorecido una tendencia de los poderes públicos al desplazamiento de la responsabilidad de la gestión hacia los Municipios, a primar la gestión privada de los servicios sociales, a incrementar el copago y a favorecer las prestaciones monetarias por ayuda informal como método de reducir costes y estimular la responsabilidad familiar.



- b) Los *modelos de tipo continental*, también denominados de Seguridad Social (Alemania, Francia, Luxemburgo, Austria, Flandes) se basan en el «principio de subsidiariedad», es decir, los sistemas públicos de protección social a la dependencia tienen como objetivo apoyar a la familia cuidadora y, por tanto, el sistema protector reconoce el papel de la misma y la posibilidad de elegir y combinar servicios y prestaciones monetarias en los distintos niveles de dependencia.

Todos ellos han puesto en marcha dispositivos protectores de nueva planta pasando de sistemas asistenciales a sistemas de cobertura universal entre los años 1995 y 2002 (Francia constituye una excepción ya que el sistema protege a la población mayor de 60 años, como antes dijimos). Se trata de modelos que en general tiene su origen en la Seguridad Social aunque su financiación sea mixta (cotizaciones, impuestos generales y locales y copago); reconocen el derecho subjetivo a la protección independientemente de la situación económica de la persona afectada. La evaluación de la situación de dependencia suele ser socio-sanitaria y en el diseño del plan de intervención el individuo y la familia tienen una amplia capacidad de elección, si bien condicionada por la situación concreta de dependencia. Se orientan, como casi todos los sistemas, a favorecer la permanencia de la persona en situación de dependencia en su domicilio hasta donde sea posible, dejando la residencia para las situaciones que así lo requieran. El sistema de prestaciones es mixto (servicios y prestaciones monetarias), son topadas y se complementan con ayudas al cuidador en forma de cotizaciones a la Seguridad Social, servicios de respiro y formación.

Estos sistemas, con una historia relativamente reciente, afrontan tensiones organizativas y financieras importantes. Así, en el modelo alemán la tendencia al déficit es una realidad desde 1999 a pesar de la estabilidad de la población protegida (en torno a los dos millones de personas), la congelación de la cuantía de las prestaciones, la elección mayoritaria a favor de las prestaciones monetarias y el desplazamiento del coste hacia las administraciones municipales (vía asistencial) dada la creciente diferencia entre el coste de las prestaciones en servicios y la congelación de las cuantías concedidas.

En el modelo francés, que no responde exactamente a la naturaleza de seguro como los otros modelos continentales, la prestación personalizada de autonomía (Apa) aplicada desde 2002 después de la experiencia de un modelo asistencial entre 1997 y 2002, ha supuesto el crecimiento de la cobertura de personas mayores en situación de dependencia desde



aproximadamente 150 mil personas en 2001, último año del modelo asistencial, hasta casi 900 mil personas en 2005. A pesar del fuerte impacto del copago para los niveles de elevada renta (hasta el 90 % en los niveles de renta mensual más elevados, lo que ha supuesto el crecimiento del seguro privado no obligatorio) el sistema afronta tensiones financieras.

- c) El *modelo liberal-asistencial*, característico del Reino Unido e Irlanda, si bien entre éstos existen importantes diferencias, es un sistema basado en la prueba de recursos que reconoce, en su caso, prestaciones a la persona en situación de dependencia y al cuidador. Se financia con impuestos y copago. Los intentos de desarrollar una política protectora de cobertura universal a partir del informe del Long-term care en 1999 han fracasado bajo la lógica de políticas económicas orientadas a la contención del gasto y a la privatización del coste de los servicios.

Además, en el caso del Reino Unido, la coordinación sociosanitaria ha fracasado produciéndose un desplazamiento desde el sistema sanitario hacia los servicios sociales de los cuidados de larga duración, se han ampliado las diferencias en la oferta de servicios municipales, sus costes y copagos y ha continuado el desplazamiento hacia la familia y los ciudadanos de los costes de la dependencia. Desde este punto de vista la protección social a la dependencia no es sino la internalización de sus costes por parte de los ciudadanos. Ello no supone negar que la oferta de servicios y su cobertura es muy superior a la de los países del Sur de Europa y que el gasto total está en torno al 1 % del PIB, a niveles semejantes al de los países continentales. Es decir, en el caso concreto del Reino Unido estamos ante un modelo asistencial ampliado.

- d) El *modelo familiar-asistencial*, característico de los países del Sur de Europa, Italia y España sobre todo, es un modelo en fase de transición en la actualidad tal como venimos señalando en estas páginas. Se trata en primer lugar de un modelo de protección social en el que la mujer asume como cuidadora principal la carga mayor de los cuidados personales, sobre todo mujeres entre los 45 y 65 años que no trabajan, si bien una parte importante de las mujeres ocupadas de esas mismas edades compatibilizan trabajo y cuidados de personas en situación de dependencia sin apenas ayudas.

El modelo de protección público es mixto: prestaciones monetarias de la Seguridad Social de orden contributivo y no contributivo y servicios sociales municipales que en los últimos años, caso de España, han crecido de forma importante en cuanto a ayuda a domicilio, teleasistencia y en



menor medida centros de día. La cobertura pública es asistencial y, por tanto, prima la prueba de recursos económicos aunque mediante copago pueden acceder, si existen recursos, personas situadas por encima del baremo económico. El sistema de servicios sociales está descentralizado: las CC. AA. tienen la competencia exclusiva en el mismo y los ayuntamientos son la puerta de entrada en la mayoría de las prestaciones. Finalmente, este sistema ha resultado insuficiente para hacer frente a las necesidades del rápido envejecimiento de la población, la capacidad de la familia para hacer frente a la carga de cuidados es hoy limitada y la asunción por la mujer en solitario de los cuidados personales es inviable a medio-largo plazo.

Como consecuencia, los sistemas familiar-asistencial han llegado a sus límites sociales y económicos y se ha hecho precisa una nueva política social que redistribuya los costes de la dependencia definiendo un nuevo modelo protector que se situé en la senda del acerbo europeo en esta materia que no es sino un modelo de cobertura universal, suficiente y sostenible.

B) Retos comunes de los sistemas nacionales de dependencia en la primera década del siglo XXI

Sobre la base de que existe en el Modelo Social Europeo una tendencia general al desarrollo de sistemas de cobertura universal que garanticen una serie de prestaciones sociales básicas a las personas en situación de dependencia el Consejo de la UE, en el marco del debate sobre la modernización de los sistemas de protección social, se planteó en fecha relativamente reciente (2003) junto a la propia Comisión Europea la necesidad de impulsar acciones a favor de estrategias por parte de los países miembros que hagan viables los sistemas públicos sanitarios y de cuidados a las personas mayores. En dicho documento, por tanto, la protección social de la dependencia se presenta en su doble vertiente sanitaria y social lo que, por una parte, refleja la realidad de la conexión de ambos en muchos sistemas nacionales y, por otra parte, la necesidad de su interrelación de cara al logro de la eficacia y eficiencia de los sistemas públicos de protección social.

En general, y a la luz del debate europeo, las estrategias concertadas a potenciar en el ámbito de la doble atención sanitaria y social son cuatro y que, obviamente, se reflejan en el debate general sobre política social en España y, también, parcialmente en el anteproyecto de ley de la dependencia. Se trata de estrategias a destacar en el debate de política social, ya que en ellas se reflejan los logros en el ámbito de los derechos sociales en el espacio europeo, así como



los nuevos retos que afrontan los países de la UE ante fenómenos como el envejecimiento, la inmigración y los cambios en la dinámica social y familiar:

- Mantener la *cobertura universal* es el primer objetivo estratégico, lo que implica seguir ampliando la extensión de los derechos sociales a los nuevos riesgos. Esta extensión supone el crecimiento del gasto y su sostenibilidad financiera puede requerir nuevas formas de copago que han de ser compatibles con la accesibilidad de los grupos de riesgo que no tienen capacidad de pago que, además, suelen tener una vida menos saludable y precisar de la atención sanitaria y social en mayor medida. En cierto modo el *desideratum* de la universalidad se condiciona a ciertas formas de copago, además de su financiación general con impuestos y/o cotizaciones sociales, lo que inevitablemente produce efectos de expulsión en el sistema y fragmentación social en la accesibilidad
- Lograr la *suficiencia, eficacia y calidad del sistema público* sanitario es la segunda estrategia que se propone y que refleja las demandas de sociedades con niveles crecientes de bienestar. Ello se traduce en las demandas de nuevas prestaciones sanitarias, la reducción de las listas de espera, la distribución adecuada de servicios sociales y sanitarios dentro de cada país para evitar desequilibrios espaciales, el desarrollo de estrategias de prevención, nuevos servicios de geriatría, la mejora de la calidad profesional, entre otros.
- Lograr la *accesibilidad a los cuidados de larga duración* es el tercer objetivo que, como señala el Consejo Europeo, «acaba de reconocerse como un riesgo social importante que los sistemas de protección social deben cubrir», ya que las familias no pueden asumir en solitario el riesgo de los cuidados de larga duración. Nuevas prestaciones sociales y la mejora de la eficacia de la coordinación sanitaria y social son medidas ya desarrolladas por diferentes países de la UE y que el Consejo Europeo apoya como estrategia para todos los Estados miembros.
- Garantizar la *sostenibilidad financiera de los sistemas sanitario y de cuidados de larga duración* es la última estrategia conjunta que se propone. En el caso concreto de la protección social a la dependencia el coste real resulta difícil de conocer en la mayoría de los países ya que parte del mismo está incluido directa o indirectamente en los presupuestos de sanidad, otra parte importante en los presupuestos de servicios sociales y a su vez estos se distribuyen entre distintas Administraciones Públicas. El coste a largo plazo resulta difícil de estimar ya que en el mismo influyen el sobreenvjecimiento de la población, las enfermedades crónicas, los problemas cognitivos y nuevas discapacidades invalidantes. Nue-



vos recursos públicos junto al copago y mejora de la eficacia en el funcionamiento de los servicios son algunas de las propuestas que se han considerado y aplicado, pero los resultados varían entre países.

La aplicación de dichas estrategias es responsabilidad de cada Estado miembro y en ella influyen las tradiciones nacionales, la capacidad de consenso de los agentes sociales y políticos ante los nuevos retos y el tipo de Administración Pública. Su aplicación inevitablemente dará resultados diferentes. Sin embargo, la definición de las estrategias mencionadas no tiene por qué resultar en la cuadratura del círculo de la protección social, sino en formas variadas de círculo virtuoso que tienen como condición previa el acuerdo de los partidos políticos, agentes sociales y organizaciones cívicas y voluntarias en torno a la necesidad de afrontar el nuevo riesgo con una política global y coordinada que garantice los principios de universalidad, suficiencia, calidad y sostenibilidad.

Desde la lógica de estos principios estratégicos pasaremos a analizar algunos de los rasgos del anteproyecto español, en concreto, los que se refieren a la cobertura o universalidad y a la eficacia y coordinación del llamada Sistema Nacional de Dependencia (SND). Aspectos concretos como la dimensión sanitaria de la dependencia, las prestaciones sociales, la constitucionalidad del proyecto y la sostenibilidad financiera son analizados en este volumen y a ellos nos remitimos.

3 EL NUEVO MARCO INSTITUCIONAL DE LA PROTECCIÓN SOCIAL DE LA DEPENDENCIA Y SUS LÍMITES

El anteproyecto de ley español tiene como punto de salida un modelo asistencial de protección social a la dependencia y como punto de llegada o meta un modelo universal, situándose, por tanto, en el contexto del Modelo Social Europeo. La pregunta inevitable es qué tipo concreto de modelo universal subyace en el anteproyecto, si realmente tiene lugar el abandono del modelo asistencial previo o sigue teniendo un peso importante, si el modelo español garantiza los criterios básicos de universalidad y eficacia organizativa exigibles en un proyecto de tal envergadura institucional e impacto social.

Puede afirmarse de manera tentativa y con obvia simplificación que la filosofía que lo orienta es socialdemócrata, su modelo de regulación y organización es continental y su modelo de financiación es en buena medida asistencial. Nuestro anteproyecto es así en la fase actual un precipitado de fuerzas que confluyen en su seno que, además, tienen que interactuar en el marco



competencial de un Estado altamente descentralizado en la materia de servicios sociales.

Los condicionantes del modelo de política pública que se propone a través del anteproyecto de ley recientemente presentado por el Gobierno son de tres tipos:

- a) De tipo *histórico-institucional*, ya que el modelo de universalización que se propone se construye sobre un sistema estatal de servicios sociales de orientación asistencial (aunque en proceso de cambio), desigual en cuanto a su diseño, recursos e impactos en las diversas CC. AA., sometido actualmente a la presión de nuevas necesidades sociales como son las procedentes de la inmigración, la no comunitaria sobre todo y las de la exclusión social y, finalmente, limitado en recursos a pesar de su intenso crecimiento durante los últimos veinte años. El actual sistema de servicios sociales existente en España no puede reducirse al sistema de la dependencia ni concentrar sus recursos en los colectivos con mayor capacidad de organización y presión corporativa. Además, estamos ante un sistema de servicios sociales que es competencia de las CC. AA. lo que obliga a esfuerzos importantes de coordinación en el seno del nuevo sistema que se crea.
- b) De tipo *económico-financiero*, ya que ha de hacerse compatible el equilibrio de las cuentas públicas, en un contexto de reducción de la imposición directa sobre la renta, con la presión financiera que supone poner en marcha un sistema de tipo universal que se pretende oferte prestaciones suficientes. Ese equilibrio es el que exige el copago, existente en todos los modelos de protección a la dependencia, si bien el modelo de aplicación que se elija determinará su naturaleza inclusiva o de expulsión de personas que precisan prestaciones de apoyo.
- c) Finalmente, la existencia de un *sistema histórico mixto de servicios sociales*, la presencia creciente del sector mercantil en los servicios rentables en competencia con las entidades sin fin de lucro y las expectativas del sector asegurador, apoyado en las desgravaciones fiscales para productos relacionados con los cuidados de larga duración y la demanda de servicios de calidad de las capas de elevado nivel de renta de la población, son un factor adicional en la liza política y económica que darán como resultado uno u otro modelo protector. El sector público tendrá que elegir entre un modelo protector básico suficiente o un modelo protector básico de mínimos, en cada uno de los dos el sistema privado tendrá uno u otro papel e importancia y también el sector público tendrá uno u otro papel dependiendo no solo de sus compromisos financieros, sino, sobre todo, de su capacidad de coordinación y eficacia dentro del SND.



Teniendo en cuenta estos límites, nos centraremos aquí esquemáticamente en tres aspectos del anteproyecto de ley del Gobierno: universalidad del sistema (cobertura), la elección de la persona dependiente entre servicios y prestaciones monetarias, así como su papel en el diseño del plan de atención (centralidad de la persona dependiente) y la capacidad de coordinación del sistema (eficacia) (ver Siposo, 2006).

A) La universalidad limitada del Sistema Nacional de Dependencia: un derecho subjetivo insuficiente y un sistema de copago potencialmente excluyente

La universalidad de un sistema protector se constata cuando se dan al menos dos condiciones: que el derecho subjetivo este garantizado para todas las personas en situación de dependencia y que los requisitos económicos no sean excluyentes. Se trata de garantizar el principio de inclusión y reducir al mínimo los posibles efectos de exclusión de toda ley debido al racionamiento de los recursos. En principio tales condiciones se cumplen en el anteproyecto, pero de forma insuficiente al menos en tres situaciones o supuestos, como ahora veremos, lo que nos lleva a afirmar que el anteproyecto de orientación universal tiende a la asistencialización en su formulación actual y que el legislador puede superar con un bajo esfuerzo regulador.

- En primer lugar, el art.º 4 del anteproyecto de ley de la dependencia establece los derechos y obligaciones de las personas en situación de dependencia. En concreto en dicho artículo se establece el derecho subjetivo a la acción protectora del nuevo sistema. Esta formulación del derecho subjetivo debe ser reforzado a varios niveles: primero, mediante la referencia al art.º 53.3 de la CE (garantía de derechos); segundo, no se trata solamente del acceso a prestaciones y servicios en condiciones de igualdad (art.º 4.1), sino también y, sobre todo, de la materialización efectiva del derecho a la protección, a la que antes nos hemos referido. Por ello las prestaciones y servicios serán suficientes con todo lo que ello implica, tal como ha señalado el Dictamen del Consejo Económico y Social (2006).
- En cuanto a los titulares de los derechos, no tiene justificación excluir a los menores de 3 años (Art.º 5.1 b), ya que existen casos en que son necesarias intervenciones preventivas o asistencia en situaciones de discapacidades agudas o enfermedades raras que requieren intervención sociosanitaria. El principio de universalidad quiebra si quedan excluidos los menores de 3 años afectados por problemas de dependencia.



- Finalmente, mediante el sistema del copago propuesto se puede producir la exclusión del sistema. Por ello debería, en el art.º 12.5, eliminarse la referencia a la capacidad económica ya que el acceso a las prestaciones depende exclusivamente de la necesidad social de atención a la situación de dependencia. Ello no supone negar el copago del usuario contemplado en todos los sistemas europeos de protección a la dependencia. De hecho, se menciona correctamente en el art.º 12.6. Se trata de diferenciar claramente el derecho a la prestación del copago ya que habrá muchas personas que por su situación económica no podrán colaborar económicamente en la financiación del servicio o prestación. Por otra parte, la mención expresa en el art.º 12.6 del patrimonio no nos parece adecuada si no se aclara previamente si se refiere también a la vivienda habitual, a los rendimientos patrimoniales o a los que eventualmente hacen declaración del impuesto de patrimonio. La mención al patrimonio no debe generar alarma social ni pretender que la vivienda habitual entre a formar parte del caudal del copago. Ello supondría una clara injusticia para las capas trabajadoras y clases medias bajas.

B) El sistema de prestaciones (suficiencia) y la centralidad de la persona en situación de dependencia

El capítulo II del anteproyecto especifica las características y tipo de prestaciones sociales del SND. Son varios los aspectos a comentar aquí, sin pretender agotarlos, que afectan al principio de suficiencia y al papel de la persona afectada:

En primer lugar, en lo que se refiere al art.º 12, el reconocimiento por el legislador de prestaciones en servicios, prestaciones económicas y ayudas técnicas es correcto y se ajusta a la tradición de nuestro país, a la experiencia internacional en la materia y a las necesidades de las personas en situación de dependencia y sus cuidadores familiares. La opción preferente por los servicios es muy acertada desde todos los puntos de vista social, económico y prestacional.

Ahora bien, el anteproyecto falla en la modulación de las tres alternativas contemplado desde el interés de la persona en situación de dependencia. Por una parte, la prestación económica no sólo debe ser excepcional cuando no existan servicios de proximidad o bajo determinadas circunstancias que requieran la necesidad de cuidadores familiares, sino también, por ejemplo, en casos de inadaptación probada a un servicio o centro y no exista otra alternativa. La idea es que el plan de asistencia tenga en cuenta la opinión y opción



de la persona en situación de dependencia con los límites precisos de orden asistencial. Introducir modulaciones o límites como en el caso del modelo protector de Luxemburgo, en función del grado de dependencia, parece más que razonable, pero la centralidad de la persona afectada debe ser un principio básico del SND.

En segundo lugar, el art.º 12.4 reconoce una prestación de asistencia personalizada a los menores de 65 años en situación de grave dependencia. La prestación como tal no es objetable. Pero cabe formular algunas preguntas: ¿es compatible dicha prestación con el principio de universalidad que debe primar en la ley? ¿Por qué no es posible el asistente personal en los mayores de 65 años si cabe suponer que una persona menor de esa edad que ha dispuesto de dicha prestación la seguirá necesitando después de cumplir los 65 años?

El art.º 14 habla de las prestaciones y servicios garantizados por la Administración General del Estado pero no los especifica. Sería necesaria una aclaración de cuáles son y si se corresponden íntegra o parcialmente con los señalados en el art.º 13 (Catálogo de Servicios).

Por último, en cuanto a la protección del cuidador la mención en el art.º 17.3 de la afiliación, alta y cotización a la Seguridad Social del cuidador familiar, aspecto muy positivo, debe aclarar quién asume el pago de las cotizaciones. Si fuera total o parcialmente la Seguridad Social ello supondría que ésta aporta anualmente un fondo al SND. En este caso, sería necesario no sólo la mención al papel de la Seguridad Social en el SND (art.º 41 de la CE), sino ampliar dicho fondo teniendo en cuenta otros aspectos como son los accidentes graves de trabajo como causa de la dependencia o enfermedades profesionales que con los años devienen en situaciones de dependencia. Además, en el caso de los cuidadores familiares y dado que tienen que cotizar a la Seguridad Social quedan excluidos los cuidadores mayores de 65 años de recibir prestaciones cuando resulta que en la actualidad un tercio de los cuidadores tienen 65 y más años y este colectivo crecerá de manera muy rápida durante los años venideros. Por tanto, hay que contemplar prestaciones económicas para la población cuidadora mayor de 65 años sin necesidad de estar dados de alta en la Seguridad Social.

C) Coordinación y eficacia del Sistema Nacional de Dependencia

El anteproyecto de ley crea un sistema nacional de dependencia que constituye la arquitectura central del mismo y al que dedica el título I y parte del II. Este sistema se define por varios rasgos:



En primer lugar, su objetivo es garantizar las condiciones básicas y el contenido común protector, es cauce de colaboración y participación de las AAPP, optimiza los recursos públicos y privados y se configura como una red de centros y servicios públicos y privados, en este caso por privados se entienden los centros privados concertados con la Administración y que, desde el punto de vista de su regulación y financiación dependen del Sector Público.

En segundo lugar, el SND se gobierna mediante un Consejo Territorial como instrumento de cooperación y con competencias en materia de planificación, definición de la intensidad protectora, evaluación y coordinación. Es la autoridad central regulatoria, planificadora y evaluadora del SND. Su importancia en la coordinación del sistema está llamada a ser determinante en la materialización de la intensidad protectora, el control de los convenios entre Administraciones, la implementación de la filosofía de la calidad y en la creación de sistemas comunes de información y evaluación.

Finalmente, el SND se apoya en un órgano consultivo como ámbito de participación de las organizaciones sociales y económicas y de diálogo social tripartito entre AAPP, sindicatos y empresarios. Las organizaciones de personas mayores y discapacidad no tienen participación directa en el mismo, sino indirecta, a través de los Consejos Estatales existentes de discapacidad y personas mayores.

Esta arquitectura organizativa pretende ser un intento de crear un sistema de coordinación en una rama altamente fragmentada con el objetivo de lograr la integración de recursos, aplicar una planificación común y lograr la máxima eficacia de la red de servicios sociales

Este sistema plantea problemas en cuanto a la coordinación efectiva de las AA. PP. ya que utiliza un instrumento de relación de baja intensidad imperativa y dudosa eficacia como son los Convenios y no garantiza la coordinación entre servicios sociales y sanitarios en la dirección que marca el modelo social europeo, tal como veremos a continuación.

La coordinación entre las AA. PP. viene condicionada desde el principio por el modelo de regulación ya que la ley no es una «norma básica». El carácter de norma básica supone que las CC. AA. tendrían que adaptar su legislación en este punto a la norma general, sin menoscabo de sus competencias exclusivas en la materia y desarrollar una adecuación normativa que es determinante para la eficacia del SND y obviar conflictos de competencias. La ausencia de este carácter de norma básica supone que la ley establece una relación con las CC. AA. de cooperación, modelo del Plan Concertado de servicios sociales municipales, y no de coordinación efectiva entre las AA. PP. a partir del carác-



ter imperativo del SND y de sus sistema de prestaciones. Un modelo de coordinación fuerte evitaría los fallos de la acción protectora en un momento dado o la autoexclusión del SND, que parece posible en el anteproyecto, de alguna CC. AA.

La ley no ha definido con la suficiente precisión las competencias de las AA. PP. intervinientes en el SND. Las CC. AA. tienen, además de las competencias propias en materia de servicios sociales, las que reconoce el anteproyecto (art.º 8), si bien se puede decir que ya están incluidas en sus leyes de servicios sociales. Además, la relación se establece en base a Convenios entre la Administración del Estado y las CC. AA. cuyo alcance y contenido no quedan precisados en el anteproyecto lo que introduce incertidumbre en el sistema. Los Convenios son formalmente importantes, ya que en ellos se concretará el contenido mínimo común que garantizará el Estado, la financiación conjunta de las prestaciones básicas y las mejoras en las prestaciones y servicios que pueda hacer cada CC. AA. en uso de sus competencias.

Finalmente, además de la necesidad de potenciar un papel más determinante de las Corporaciones Locales en el SND, puesto que es en dicho nivel institucional donde se encuentran las redes básicas de servicios y recursos, es preciso destacar el déficit del anteproyecto en la colaboración y coordinación entre el sistema sanitario y los servicios sociales, cuya importancia destaca en el modelo social europeo. No se encuentra en el anteproyecto la referencia a las prestaciones sociosanitarias contempladas en la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud (Ley 16/2003, de 28 de mayo) a pesar de la importancia dada al ámbito sanitario de la dependencia en el Libro Blanco de la Dependencia de 2005 y en informe del Defensor del Pueblo de 2000.

Los sistemas europeos de protección social a la dependencia son (sobre todo los del modelo continental, caso de Francia y Alemania), como el que en España se ha diseñado, altamente complejos debido a la intervención de tres Administraciones, además de los gestores privados de servicios. Dicha complejidad es una realidad institucional que se ha consolidado y difícilmente se modificará en los años venideros. El problema es cómo garantizar la coordinación del sistema de cara al logro de su eficacia social y organizativa y al equilibrio territorial. Esto es lo que el proyecto de ley, teniendo en cuenta la experiencia de los modelos continentales y nórdicos, debe precisar.

4 CONCLUSIONES

El anteproyecto de ley de protección a la dependencia de España se sitúa en el ámbito del Modelo Social Europeo y de los sistemas de cobertura uni-



versal que se han desarrollado o puesto en marcha *ex novo* durante los tres últimos lustros en el espacio de la UE. Este hecho constituye un hecho ciertamente positivo en el desarrollo de los derechos sociales y en el conjunto del Estado de Bienestar español. Se da, por tanto, una clara convergencia de España con otros modelos europeos, lo que supone una garantía de eficacia en la acción protectora y aprendizaje mutuo.

Ahora bien, el anteproyecto de ley, fruto de nuestra historia social, refleja la inercia latente del asistencialismo en el campo de los servicios sociales tanto en la visión incompleta de la universalidad y de la solidez del derecho subjetivo en el anteproyecto como en la garantía de prestaciones suficientes por el Estado y en la posición de la persona en situación de dependencia dentro del sistema. A otro nivel, el anteproyecto tiene que abordar con mayor rigor los problemas de eficacia: coordinación institucional entre AA. PP. y coordinación funcional con el sistema sanitario, es decir, la aplicación de una coordinación imperativa compatible con el sistema competencial actual y una coordinación de recursos sociales y sanitarios en el diseño de los planes de intervención social.

5 REFERENCIAS

- CASADO, D. (dir.). *Propuestas a la dependencia*. Madrid, CCS, 2004.
- CONSEJO DE EUROPA. *Recomendación N.º R (98) 9 del Comité de Ministros a los estados Miembros relativa a la dependencia*, 1998.
- CONSEJO Y COMISIÓN EUROPEOS. *Apoyar las estrategias nacionales para el futuro de la asistencia sanitaria y los cuidados a las personas mayores*. Bruselas, Comisión Europea, 2003.
- CES. Dictamen sobre el anteproyecto de ley de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia. Dictamen 3. Madrid: CES, 2006.
- DEFENSOR DEL PUEBLO. *La atención sociosanitaria en España: perspectiva gerontológica y otros aspectos conexos*. Madrid, Defensor del Pueblo, 2000.
- FRADES, J. *La protección de las personas dependientes*. Mimeo, Madrid, Gabinete Técnico Confederal de UGT, 2002.
- HUBER, M., HENNESSY, P., IZUNI, J., KIM, W. & LUNSGAARD, J. *Long-term care for older people*. Paris: OCDE, 2005.
- IMSERSO. *Libro Blanco: Atención a las Personas en situación de dependencia en España*, Madrid, Imsero, 2005.



- IMSERO. *Cuidados a las personas mayores en los hogares españoles*, Madrid, IMSERO, 2005.
- INE. *Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud 1999 (EDDES)*, Madrid, INE, 2001.
- MARAVALL, H. *El envejecimiento en España*, Cuadernos de Información Sindical, Madrid, Comisiones Obreras, 2003.
- MISSOC. Introduction 2003: Between restructuration, rationalisation and solidarity. *Misso Infor Bulletin*, vol. 01/2004. Bruselas, 2004.
- MONTSERRAT, J. *El reto de un sistema universal de protección a la dependencia: una estimación del coste del modelo*, *Presupuesto y Gasto Público*, n.º 39/2005, 2005.
- OECD. *Ensuring quality long-term care for older people*. Policy Brief, vol. March 2005. Paris: OECD, 2005.
- PACOLET, J. et al. *Social Protection for Dependency in old age in the 15 EU Member States and Norway*, Bruselas, European Commission, 1998.
- RODRÍGUEZ CABRERO, G. (coord.). *La protección social de la dependencia*, Madrid, IMSERO, 1999.
- RODRÍGUEZ CABRERO, G. *Protección social de la dependencia en España*. Documento de Trabajo 44/2004, Madrid, Fundación Alternativas, 2004.
- RODRÍGUEZ CABRERO, G. Modelos de Protección Social a la Dependencia con especial referencia al espacio europeo. En V. Navarro (dir.) *La situación social en España*, Madrid, Biblioteca Nueva, 2005.
- RODRÍGUEZ CABRERO, G. y J. MONTSERRAT. *Modelos de atención sociosanitaria. Aproximación a los costes de la dependencia*, Madrid, IMSERO, 2002.
- RODRÍGUEZ, P. (1999). *Análisis de los servicios sociales en el marco de la atención sociosanitaria*, en DEFENSOR DEL PUEBLO (2000).
- SARASA, S. *Una propuesta de servicios comunitarios de atención a personas mayores*. Madrid: Fundación Alternativas, 2003.
- SEMINARIO DE INTERVENCIÓN SOCIAL Y POLÍTICAS SOCIALES. *Informe sobre el anteproyecto de ley de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia*. Madrid: Siposo, 2006.

Presente y futuro de la regulación de la protección social a la dependencia en España

Antoni Vilà

Profesor de la Universitat de Girona

Sumario

1. Introducción. 2. Panorámica de la situación actual. 2.1. Legislación integral para personas con discapacidad. 2.2. Normativa sectorial. 2.2.1. Educación. 2.2.2. Sanidad. 2.2.3. Servicios sociales. 2.2.4. Seguridad Social. 2.2.5. Laboral. 2.2.6. Otras medidas.
3. Perspectivas de futuro: análisis del anteproyecto de Ley. 3.1. Fundamentación jurídica. 3.2. Objeto. 3.3. Principios, derechos y deberes. 3.4. Titulares. 3.5. Prestaciones. 3.6. Organización y gestión. 3.7. Financiación. 3.8. Otras cuestiones.

RESUMEN

En la primera parte de este trabajo se ofrece una panorámica de la normativa española actual concerniente a los derechos de las personas en situación de dependencia. En la segunda parte se abordan las perspectivas de futuro, a través de las propuestas del Anteproyecto de Ley de Promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia que ha elaborado el Gobierno y que se halla en estos momentos en fase de debate y de consensos políticos y sociales. Para ello, se analizan y comentan los preceptos básicos del citado anteproyecto y se contrastan con los documentos generados desde instancias públicas y por entidades y organizaciones privadas.

ABSTRACT

The first part of this work offers an overview of current Spanish regulations concerning the rights of dependent persons. In the second part, future prospects are outlined, via the proposals set forth in Spain's draft law for the promotion of personal autonomy and care for dependent



persons, prepared by the government and currently in the midst of its debate and political and social consensus phase. Accordingly, the work analyses and remarks upon the basic precepts of the draft law and compares them with the documents generated by public institutions and private bodies and organisations.

1 INTRODUCCIÓN

En este trabajo presentamos, en primer lugar, una síntesis de la normativa española actual relacionada con las personas en situación de dependencia y, en segundo lugar, trataremos de las propuestas de futuro, a través del análisis de algunos de los aspectos claves del «Anteproyecto de Ley de Promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia»⁽¹⁾ y de los debates que ha generado.

En relación a los derechos, debemos recordar que las personas en situación de dependencia tienen los mismos derechos y libertades que los demás ciudadanos y que, de acuerdo con la Constitución Española (CE)⁽²⁾ los poderes públicos deben establecer las medidas necesarias para que puedan ejercerlos efectivamente.

La fortaleza y garantías de los citados derechos y libertades es diversa y muchos de ellos, con la importante excepción del derecho a la educación, se hallan en el bloque que la CE denomina «principios rectores de la política social y económica», que no son directa e inmediatamente aplicables en los términos constitucionales y, por tanto, sólo serán efectivos en la medida que lo dispongan las leyes que los desarrollen. Dicho desarrollo legislativo corresponde al Estado o las Comunidades Autónomas (CC. AA.), según las reglas constitucionales de reparto competencial.

2 PANORÁMICA DE LA SITUACIÓN ACTUAL

A continuación, presentamos las principales medidas legislativas relacionadas con los derechos de las personas en situación de dependencia, primero, a través, de las normas de carácter integral para las personas con discapacidad y, en segundo lugar, mediante la presentación de las leyes de carácter sectorial.

(1) <http://www.imsersomayores.csic.es/senileg/registro.jsp?id=3201> (consultado 25.02.2006).

(2) Artículos 1, 9.2, 10, 41, 49 y 50 CE.



2.1. Legislación integral para personas con discapacidad

La primera de estas normas, la Ley 13/1982, de 7 de abril, de Integración Social de los Minusválidos (LISMI), desarrolla el artículo 49 de la CE y tiene un contenido muy amplio que incluye: la prevención, la rehabilitación (medico-funcional, educación, recuperación profesional), la integración laboral, los servicios sociales, las prestaciones sociales y económicas y la movilidad y las barreras arquitectónicas.

La acción protectora incluía, entre otros, un subsidio por ayuda de tercera persona y un subsidio de movilidad y compensación para gastos de transporte. La normativa de desarrollo definía los destinatarios del subsidio por ayuda de tercera persona como «aquellas personas afectadas por una minusvalía que, a consecuencia de pérdidas anatómicas o funcionales, necesiten, a juicio del equipo multiprofesional, la asistencia de otra persona para realizar los actos esenciales de la vida, tales como vestirse, desplazarse, comer o análogos»⁽³⁾. Por otra parte, esta Ley ya contemplaba diversos servicios sociales para las personas en situación de dependencia, como la atención domiciliaria, las residencias, los centros ocupacionales o los de atención especializada.

La Ley 51/2003, de 2 de diciembre, de igualdad de oportunidades, no discriminación y accesibilidad universal de las personas con discapacidad, es una norma de carácter transversal que trata de complementar la LISMI y pretende dar un nuevo paso en las políticas de equiparación de oportunidades. Muchas de sus disposiciones afectan a las personas en situación de dependencia, como los principios inspiradores de la Ley (vida independiente, normalización, accesibilidad universal, diseño para todos, etc.). Entre las medidas de acción positiva, debemos destacar la que obliga a los poderes públicos a adoptar medidas suplementarias para los colectivos que sufren mayor discriminación, entre los que cita las personas con discapacidad severa.

También debemos citar normativa autonómica elaboradas con este enfoque, la primera fue la Ley 1/1999, de 31 de marzo, de atención a las personas con discapacidad de Andalucía, después se aprobaron otras relativas al ámbito de las personas mayores: la Ley 6/1999, de 24 de junio, de atención y protección a las personas mayores de Andalucía y la Ley 5/2003, de 3 de abril, de atención y protección a las personas mayores de Castilla y León.

(3) Art. 22 del Real Decreto 383/1984.

2.2. Normativa sectorial

2.2.1. EDUCACIÓN

El Estado, de acuerdo con sus competencias, desarrolló el derecho a la educación mediante la aprobación de un conjunto de leyes orgánicas⁽⁴⁾. En ellas se concreta el derecho de *todos* a la educación y se establecen medidas para hacer efectivo el principio de igualdad y el carácter universal de dicho derecho, especialmente cuando los alumnos tienen necesidades educativas especiales, como puede ocurrir a causa de una discapacidad. La Administración General del Estado (AGE) y las CC. AA. han desarrollado y ejecutado dichas normas y medidas, realizando experiencias integradoras de gran interés.

2.2.2. SANIDAD

La ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, tiene como objetivo hacer efectivo el derecho a la protección de la salud (art. 43 CE). El Real Decreto 1088/1989 amplió la asistencia sanitaria a las personas sin recursos económicos suficientes no incluidas en las Seguridad Social.

La Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del SNS estableció por primera vez «prestaciones sociosanitarias», que «comprende el conjunto de cuidados destinados a aquellos enfermos, generalmente crónicos, que por sus especiales características pueden beneficiarse de la actuación simultánea y sinérgica de los servicios sanitarios y sociales para aumentar su autonomía, paliar sus limitaciones o sufrimientos y facilitar su reinserción social» (art. 14). Estas prestaciones, que pueden ser de aplicación a situaciones de dependencias, son: a) los cuidados sanitarios de larga duración, b) la atención sanitaria de convalecencia y c) la rehabilitación en pacientes con déficit funcional recuperable.

Las Comunidades Autónomas han contribuido también a la ampliación de la cobertura sanitaria y a la continuidad asistencial mediante la «coordinación» de los servicios. En este sentido, debe destacarse su papel pionero en la creación del espacio sociosanitario⁽⁵⁾.

(4) Ley Orgánica 8/1985, de 3 de julio, reguladora del derecho a la educación (LODE), modificada por la Ley Orgánica 10/1999, de 21 de abril; Ley Orgánica 1/1990, de 3 de octubre, de ordenación general del sistema educativo (LOGSE); Ley Orgánica 10/2002, de 23 de diciembre, de cualidad de la educación LOCE y la Ley Orgánica 6/2001, de 21 de diciembre, de universidades (LOU).

(5) El programa pionero fue «Vida als anys», creado en Cataluña el año 1986, al que siguieron una década más tarde el Programa valenciano PALET (1996) y el programa de atención sociosanitaria de Galicia (1996) expandiéndose posteriormente a la mayoría de las comunidades autónomas.



En el momento actual, pues, todas las personas con discapacidad y, por tanto, también las que se encuentren en situación de dependencia tienen cubierta, ya sea directamente o como beneficiarios, la asistencia sanitaria.

2.2.3. SERVICIOS SOCIALES

Las intervenciones del Estado en materia de servicios sociales, a pesar de disponer de competencias, especialmente en el ámbito de la Seguridad Social, han sido escasas. Entre las realizadas, destacan las actuaciones referentes al Plan concertado para el desarrollo de prestaciones de servicios sociales en las Corporaciones Locales⁽⁶⁾ y los convenios para la ejecución del Plan Gerontológico y el Plan de Acción Integral para las Personas con Discapacidad, que tenían en cuenta las situaciones de dependencia. Otra actuación de gran interés es la referente a la coordinación técnica de los equipos de valoración realizada por el IMSERSO.

Por su parte, las Comunidades Autónomas, mediante las Leyes de servicios sociales y/o de acción social, han creado y consolidado sus sistemas de servicios sociales, que en un principio no se referían explícitamente a la dependencia —sólo contenían algunas referencias indirectas al tratar de las personas con discapacidad y los mayores—, pero que las segundas leyes autonómicas muestran una creciente preocupación por este colectivo. En concreto, incorporan las cuestiones relacionadas con la dependencia la Ley 1/2003, de 24 de febrero, de servicios Sociales del Principado de Asturias, la Ley 11/2003, de 27 de marzo, de Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid y la Ley 6/2001, de 20 de noviembre de Protección a las Personas dependientes de Cantabria. En todo caso, los servicios sociales autonómicos y locales han realizado grandes esfuerzos económicos y aportaciones técnicas para afrontar las necesidades generadas para la dependencia.

Los servicios sociales se estructuran en dos niveles. Las personas dependientes y sus familiares pueden recibir del nivel primario información, orientación y diagnóstico, así como el acceso a servicios de proximidad (atención domiciliaria, telealarma, hogares y centros de día, etc.). El nivel especializado dispone de servicios diurnos y residenciales, algunos específicos para personas con discapacidad y mayores, clasificados según los grados de autonomía de los usuarios.

(6) Tenía como finalidad «lograr la colaboración entre la Administración del Estado y las Comunidades Autónomas para financiar conjuntamente una red de atención de servicios sociales municipales que permita garantizar las prestaciones básicas a los ciudadanos en situación de necesidad».



Las Comunidades autónomas gestionan las pensiones asistenciales y las no contributivas de la seguridad social. Por otra parte, existe de una gran variedad de ayudas económicas de carácter ocasional o circunstancial, que incluyen algunas relacionadas con la dependencia: para asistencia personal y domiciliaria, adquisición de ayudas técnicas, atención especializada, relacionadas con los cuidadores, etc.

2.2.4. SEGURIDAD SOCIAL

La acción protectora de la Seguridad Social española contempla diversas prestaciones y acciones dirigidas a las personas con discapacidad y algunas específicas para las que se hallan en situación de dependencia. En primer lugar, la modalidad contributiva, prevé la situación de gran invalidez y establece que si el solicitante reúne los requisitos exigidos tiene derecho a un incremento de la pensión del 50 % destinado a remunerar a la persona que le atienda.

En la modalidad no contributiva se establece también un complemento del 50 % de la pensión para los pensionistas de invalidez, que alcancen un grado de minusvalía mínimo del 75 % y necesiten ayuda de otra persona para realizar los actos esenciales de la vida.

En relación a las prestaciones familiares, la normativa actual sólo contempla en la modalidad contributiva la consideración de periodo de cotización efectiva durante el primer año de excedencia del trabajador para el cuidado de un hijo o familiar en situación de dependencia. Las demás prestaciones son no contributivas y para los hijos menores de edad no existe ninguna específicamente dirigida a la dependencia, aunque sí para los mayores de 18 años, si tienen una discapacidad superior al 75 % y precisan de ayuda para la realización de las actividades de la vida diaria, que consiste también en un complemento de la pensión del 50 %.

La pensión de jubilación, en sus dos modalidades, no prevé ningún complemento específico para atender las situaciones de dependencia, lo que parece ser una clara discriminación por razón de edad. Otra cuestión que afecta a los trabajadores en situación de dependencia, se refiere a la posibilidad de reducir la edad de jubilación en determinados casos, debido al desgaste prematuro originado por el mayor esfuerzo que les supone la actividad laboral. El Real Decreto 1539/2003 estableció coeficientes reductores de la edad de jubilación a favor de los trabajadores que acreditan un grado importante de minusvalía.



2.2.5. LABORAL

Además de las medidas de fomento, obligatorias y alternativas dirigidas con carácter general a la integración laboral de las personas con discapacidad, la legislación laboral han adoptado medidas dirigidas a la conciliación de la vida familiar y laboral, algunas de las cuales inciden en la atención de las personas en situación de dependencia y afectan a sus familias. La Ley 39/1999, de 5 de noviembre, y normas de desarrollo, reconocen el derecho a los trabajadores que estén al cuidado directo de un familiar hasta segundo grado de consanguinidad o afinidad, que no pueda valerse por sí mismo a una excedencia o la reducción de la jornada de trabajo (de $\frac{1}{3}$ o la $\frac{1}{2}$), con disminución proporcional del salario. La duración máxima de la excedencia es de un año con reserva de puesto de trabajo, que computa a efectos de antigüedad y que le permite conservar el derecho de asistencia a cursos de formación profesional.

2.2.6. OTRAS MEDIDAS

En otros ámbitos se han tomado también medidas que afectan a los derechos de las personas con discapacidad y algunas específicas para las que se encuentran en situación de dependencia. Encontramos referencias explícitas en las normas relativas a la accesibilidad y vivienda, en las disposiciones estatales y autonómicas de carácter fiscal, en las relativas a las familias numerosas y las dirigidas a la protección patrimonial, por citar sólo las más relevantes.

3 PERSPECTIVAS DE FUTURO: ANÁLISIS DEL ANTEPROYECTO DE LEY

En los últimos años se han realizado en España múltiples investigaciones y estudios en torno a la dependencia y se han formulado propuestas sobre la forma más adecuada de abordar dicha situación. Asimismo, se han emprendido diversas iniciativas y actuaciones innovadoras desde los distintos niveles de la Administración —estatal, autonómica y locales— y las entidades privadas. El Gobierno ha elaborado el *Libro Blanco. Atención a las Personas en situación de dependencia en España*⁽⁷⁾, que recopila, analiza y reflexiona sobre los trabajos anteriores⁽⁸⁾, con el fin de conocer la situación actual y diseñar un futuro modelo de atención a la dependencia.

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

(8) El citado Libro Blanco incluye la bibliografía sobre dependencia.

Por otra parte, el Gobierno y las organizaciones sindicales y empresariales aprobaron el 21 de diciembre de 2005 el «Acuerdo sobre la acción protectora de la atención a las situaciones de dependencia»⁽⁹⁾, con el fin de «impulsar un Sistema Nacional de Dependencia mediante una ley que tendrá la condición de norma básica, que promueva la autonomía personal y garantice el derecho a ser atendido en situaciones de dependencia, y en la que se establecerán las condiciones básicas y los requisitos de acceso a los servicios y prestaciones en condiciones de equidad en todo el territorio del Estado».

A partir de estos precedentes, el Gobierno ha elaborado el citado Anteproyecto de Ley que supone paso importante en la determinación de los derechos y la concreción de un modelo organizativo. El texto ha provocado múltiples reacciones y ha generado amplios e interesantes debates políticos y sociales. A continuación, trataremos, sin ánimo de exhaustividad, algunos de los aspectos clave de dicha propuesta, para lo cual, además del texto del Anteproyecto, se han seleccionado algunos documentos elaborados por entidades públicas y privadas de ámbito estatal: «Memoria del análisis del impacto normativo, económico, de género e igualdad de oportunidades, no discriminación y accesibilidad universal»⁽¹⁰⁾ elaborado por el Ministerio de Trabajo y Asuntos sociales; Dictamen 3/2006, del CES⁽¹¹⁾, aprobado en la sesión de pleno de 20 de febrero de 2006; Manifiesto del CERMI estatal con motivo del 3 de diciembre de 2005⁽¹²⁾; Informe de CEOMA de 13 de febrero de 2006⁽¹³⁾; Posicionamiento de FEAPS ante la nueva Ley de dependencia⁽¹⁴⁾; Decálogo. Propuesta del Foro de Vida Independiente a la futura Ley Estatal de Protección Social a las Personas Dependientes⁽¹⁵⁾ y Análisis ideológico y de coherencia del Anteproyecto elaborado por dicho Foro, de febrero de 2006; Informe del Seminario de Intervención y Políticas Sociales (SIPOSO) de 24 de febrero de 2006⁽¹⁶⁾.

3.1. Fundamentación jurídica

Desde el punto de vista sustantivo, la justificación para garantizar nuevos derechos sociales la encontramos en el modelo de Estado Social que implica la

(9) <http://www.imersomayores.csic.es/documentacion/documentos/registro.jsp?id=1375> (consultado 25.02.2006).

(10) <http://www.imersomayores.csic.es/documentacion/documentos/registro.jsp?id=1461> (consultado 25.02.2006).

(11) <http://www.imersomayores.csic.es/documentacion/documentos/registro.jsp?id=1460> (consultado 25.02.2006).

(12) <http://www.cermi.es/NR/rdonlyres/71F353B1-DDB9-4217-A2C8-99F4D7876EBD/3071/ManifiestoCERMID%C3%ADa3diciembre2005def.doc> (consultado 25.02.2006).

(13) <http://www.ceoma.org/> (consultado 25.02.2006).

(14) http://www.feaps.org/actualidad/14_02_06/portada.htm (consultado 25.02.2006).

(15) <http://www.minusval2000.com/relaciones/vidaindependiente/decalogo.html> (consultado 25.02.2006).

(16) El documento relativo al Análisis ideológico del Foro de Vida Independiente y el informe de SIPOSO nos los han facilitado los autores en formato papel.



asunción de responsabilidades colectivas ante las necesidades de los ciudadanos. En relación al encaje competencial, el anteproyecto, señala explícitamente, que «se dicta al amparo de las condiciones básicas que garanticen la igualdad de todos los españoles en el ejercicio de los derechos y el cumplimiento de los deberes constitucionales, conforme al artículo 140, 1.1.º de la Constitución».

Los redactores del Anteproyecto hubieran podido elegir otras opciones. El Libro Blanco contemplaba la posibilidad de incluir el nuevo Sistema a través de la seguridad social y también se había manifestado en este sentido el Defensor del Pueblo y varias organizaciones sociales representativas de las personas mayores y de las personas con discapacidad (Consejo Estatal de Personas Mayores, CERMI, UDP, CEOMA, Edad y Vida) y organizaciones sindicales (CC. OO. y UGT). Esta alternativa se basaría en el apartado 1.17.ª del artículo 149 CE, que hubiera podido optar, a su vez, por la modalidad contributiva o no contributiva. También se ha propuesto una doble fundamentación⁽¹⁷⁾.

La opción por la vía del 149.1.1.ª CE puede generar conflictos competenciales, debido a que el anteproyecto no aborda propiamente de forma integral las necesidades generadas por la dependencia, sino que básicamente se refiere a los «servicios sociales de atención a la dependencia» (art. 13. Catálogo de servicios)⁽¹⁸⁾ y recordemos que, de acuerdo con la Constitución y los correspondientes Estatutos de Autonomía y según la interpretación efectuada por las Comisiones mixtas de transferencias, las Comunidades Autónomas disponen sobre dicha materia de competencia exclusiva, excepto los correspondientes a la Seguridad Social, que siguen el régimen compartido citado⁽¹⁹⁾. Por otra parte, este aspecto también es relevante porque supone la quiebra del principio de atención integral y dificulta la continuidad asistencial. Todos los informes de las entidades del sector reivindican este carácter integral, solicitando la inclusión de los demás sectores.

En el extenso análisis jurídico de la citada Memoria de impacto justifica la intervención estatal, pero subsiste la cuestión de la intensidad, pues las STC se refieren a «condiciones básicas», «requisitos mínimos», «requisitos indispensables», «contenido primario», etc.; en definitiva, como señala la propia memoria, «en todo caso, las condiciones básicas han de ser las imprescindibles o necesarias para garantizar esta igualdad, que no puede consistir en una igualdad formal absoluta»⁽²⁰⁾. Esta cuestión ha generado diversas reacciones, para algu-

(17) «...la fundamentación en ambos preceptos constitucionales (149.1.1.ª y 149.1.17.ª CE), es decir, la centralidad de la Seguridad Social es crucial en el orden de la corrección de las necesidades sociales y en la definición del marco de su satisfacción». SIPOSO. Informe... O. c., 3-4.

(18) De los demás aspectos concernientes a la dependencia sólo se encuentran algunas referencias en los artículos 3.1 y 18.

(19) «El anteproyecto sería "inconstitucional" y vaciaría de contenido las competencias exclusivas». C. Campuzano. Comunicado Área Sectorial de CiU, febrero 2006.

(20) Memoria de impacto..., o. c., p. 35.

nos denota tendencias centralistas y objetivos recentralizadores de las competencias autonómicas de servicios sociales⁽²¹⁾ y para otros es insuficiente la intervención y mecanismos que se otorgan a la Administración General del Estado⁽²²⁾. Seguramente esta cuestión exige, como también se ha señalado, un pacto, generado a partir de consensos políticos, institucionales y sociales⁽²³⁾.

En todo caso, para evitar futuros conflictos, el citado Dictamen del CES considera que el texto de la futura norma debería «delimitar con claridad el contenido común del derecho exigible en cualquier parte del territorio español» y ser muy precisa a la hora de definir conceptos como «contenido básico común de derechos» (art. 1.1), «prestaciones y servicios garantizados por la Administración General del Estado» (art. 14), «intensidad básica» e «intensidades» (art. 13.3)⁽²⁴⁾. Esta falta de precisión en algunos de los aspectos clave ha sido uno de los motivos más frecuentes de crítica⁽²⁵⁾.

3.2. Objeto

La finalidad de la norma, de acuerdo con lo que establece su exposición de motivos, debería ser el establecimiento del derecho subjetivo para el acceso a las prestaciones y servicios, y para ello, debería: a) delimitarse su contenido; b) establecer una financiación segura y suficiente; c) explicitar la legitimación para el ejercicio de su derecho ante los tribunales⁽²⁶⁾. Para subsanar esta crítica, que es prácticamente unánime en los informes analizados, el CES propone una redacción alternativa de este artículo, en el que se reconozca «explícitamente el carácter de derecho subjetivo» y que conste que el SND dispondrá de «una adecuada y suficiente red de prestaciones y servicios», señalando, además, que debe recogerse explícitamente la legitimación, en la vía administrativa y jurisdiccional, para el ejercicio del derecho.

3.3. Principios, derechos y deberes

En el artículo 3 se señalan los principios inspiradores de la ley: carácter público de las prestaciones; universalidad de acceso; atención integral e integra-

(21) «Quiero advertir del tufo centralista que respira la futura ley de Autonomía Personal e intuyo que se va a intentar rescatar competencias transferidas...». EMILIO OLABARRIA. Cermi.es, abril, 2005.

(22) Ver, por ejemplo, SIPOSO, Informe... o. c., pp. 7-8, 10-11, CERMI. Manifiesto... o. c., p. 12, CEOMA. Informe... o. c., p. 2 y 7.

(23) CERMI, Manifiesto... o. c.

(24) Dictamen CES, o. c., p. 15.

(25) «La Secretaria de Política Social y Bienestar del Partido Popular, Ana Pastor, ha afirmado que *“la nueva ley de dependencia ni concreta los servicios que prestará ni asegura que la prestación sea igual para todo el mundo”*». Cermi.es, febrero, 2006, p. 4.

(26) SIPOSO, Informe ..., o. c., p. 2. Dictamen CIS... o. c., p. 13 y 20.



da; medidas de prevención, rehabilitación y estímulo social y mental; promoción de una vida autónoma; permanencia en el entorno; calidad, accesibilidad y sostenibilidad de los servicios; participación; colaboración servicios sociales y sanitarios; sistema mixto de gestión; cooperación interadministrativa.

En los documentos revisados se analizan detenidamente estos principios y se solicita la ampliación y la inclusión de otros nuevos: preeminencia del interés de la persona en situación de dependencia, ampliación del concepto de autonomía (en su doble vertiente: la funcional y la moral —autogobierno—); continuidad de cuidados; extender el concepto de participación individual y social; incluir el concepto de vida independiente⁽²⁷⁾.

En el artículo 4 se regulan los derechos y obligaciones de las personas en situación de dependencia, donde, además, de una remisión general a los derechos vigentes, concreta el ejercicio de algunos de ellos: igualdad de acceso a las prestaciones y servicios; información comprensible y completa; ser advertido y solicitar su autorización si los procedimientos que se le apliquen pueden ser utilizados en proyectos docentes o de investigación; confidencialidad de los datos; decidir sobre la tutela de su persona y bienes; decidir libremente el ingreso en un centro residencial —quizá debería referirse a todos los servicios y prestaciones y especificar la posibilidad de abandonar voluntariamente el establecimiento o rechazar una prestación—; ejercicio de sus derechos patrimoniales.

Algunos de los informes⁽²⁸⁾ muestran su preocupación por la efectividad del acceso en condiciones de igualdad, proponiendo algunas concreciones y, por otra parte, se reclama la inclusión del derecho de libertad de elección de las prestaciones y servicios⁽²⁹⁾.

3.4. Titulares

El artículo 5 establece que pueden ser titulares los españoles que se encuentren en situación de dependencia, que tenga tres o más años de edad y residan en territorio nacional y haberlo hecho durante cinco años, de los cuales dos deben ser inmediatamente anteriores a la solicitud. También se refiere a los solicitantes de otra nacionalidad y a la posibilidad de establecer medidas protectoras para los españoles residentes en el extranjero.

(27) SIPOSO. Informe... *o. c.*, pp. 6-7. CEOMA. Informe... *o. c.*, p. 5. Foro Vida Independiente, *Análisis, o. c.*, pp. 4-5. FEAPS. Posicionamiento... *o. c.*, pp. 2-3.

(28) CEOMA. Informe... *o. c.*, p. 5, SIPOSO. Informe... *o. c.*, p. 7.

(29) CEOMA. Informe... *o. c.*, p. 5. Foro Vida Independiente. *Análisis... o. c.*, p. 4.



De este artículo se ha cuestionado principalmente la limitación por razón de la edad, reclamando que la cobertura de las necesidades se extienda a todas las etapas de la vida⁽³⁰⁾. Por otra parte, el Dictamen del CES pone de relieve la incongruencia de exigir cinco años de residencia a los solicitantes comprendidos entre 3 y 5 años y también se ha señalado la inadecuación de la exigencia de la situación de dependencia para el acceso a las prestaciones de prevención y teleasistencia⁽³¹⁾.

3.5. Prestaciones

Las prestaciones por dependencia son las que figuran en la tabla 1. Estas prestaciones, reguladas en los artículos 12 al 16 y concordantes, no presentan novedades destacables en relación a la tipología actual, especialmente las que figuran en el catálogo. Por otra parte, la definición del contenido es escasa y, en algún caso, se presentan de forma poco adecuada para garantizar derechos, ya que se establecen potestativamente o se fijan mediante requisitos poco objetivos (art. 12). Por ello, algunos de los documentos analizados demandan mayor concreción y otros proponen la ampliación del catálogo (recursos alternativos a las residencias: acogimiento familiar, viviendas con servicios de apoyo o tuteladas, etc.) y su flexibilización⁽³²⁾. También, se ha puesto de relieve que no se mencionan explícitamente los servicios para las situaciones de dependencia por enfermedades mentales⁽³³⁾.

(30) CERMI. Manifiesto..., *o. c.*, p. 4.

(31) SIPOSO. Informe..., *o. c.*, p. 8.

(32) Por ejemplo, inclusión de recursos alternativos a las residencias (SIPOSO. Informe... *o. c.*, p. 17) o se propone un modelo de «servicios a la carta». FEAPS. Posicionamiento... *o. c.*, p. 2.

(33) CES. Dictamen... *o. c.*, p. 18. CEOMA. Informe... *o. c.*, p. 11.

**Tabla 1. PRESTACIONES POR DEPENDENCIA**

CATÁLOGO DE SERVICIOS (art. 13)			
Servicios para la promoción de la	Prevención de las situaciones de dependencia autonomía personal Teleasistencia		
Servicios de atención y cuidado	Servicio de ayuda a domicilio	Atención a las necesidades del hogar.	— Carácter prioritario
		Cuidados personales.	
	Servicio de Centro de Día y de Noche	C. de día para mayores.	— Prestación: oferta pública del Sistema
		C. de día para menores de 65 años.	
		C. de día de atención especializada.	
		C. de noche.	
	Servicio de Centro Residencial	R. de personas mayores dependientes.	— Mediante Centros y servicios públicos y privados concertados
		C. de atención a dependientes con discapacidad psíquica.	
		C. de atención a dependientes con discapacidad física.	
PRESTACIONES ECONÓMICAS (arts. 12, apartados 2 a 6)			
Vinculada al servicio (art. 16)	— De carácter personal y periódico, según reglamento. — Vinculada a la adquisición de un servicio. — Únicamente cuando no sea posible el acceso a un servicio. — Bajo supervisión de los poderes públicos.		
Para cuidados en el medio familiar y apoyo a cuidadores no formales (art. 17)	— Excepcional: pueda ser atendido en su domicilio por su entorno familiar. — Se den condiciones adecuadas de convivencia y habitabilidad. — Lo establezca el su Programa Individual de Atención.		
De asistencia personalizada	— Finalidad: promoción de la autonomía, que facilite: vida autónoma, acceso educación y trabajo y el ejercicio actividades básicas vida diaria. — Personas con gran dependencia menores de 65 años. — Objetivo: contratación de asistencia personalizada durante un número de horas. — Condiciones acceso: reglamentariamente.		
AYUDAS ECONÓMICAS (Disposición adicional tercera)			
Para facilitar la autonomía personal	Para ayudas técnicas o instrumentos necesarios para garantizar el normal desenvolvimiento de su vida ordinaria.		
	Para facilitar la eliminación de barreras arquitectónicas y adaptaciones en el hogar.		

En cuanto al derecho de acceso, si tenemos en cuenta las «prioridades» que establece (arts. 12.2 y 5) y la ambigüedad del sistema de la financiación, podría deducirse del redactado actual que no se trata de derechos subjetivos ni tienen un alcance universal. Por ello, el CES también propone algunos cambios en el redactado⁽³⁴⁾.

Si comparamos este catálogo con la propuesta del Libro Blanco⁽³⁵⁾, observamos que se añade la «prevención» al apartado de «servicios para la promoción de la autonomía personal», pero, en cambio, el «programa de apoyo a familias cuidadoras» se substituye por la prestación económica «excepcional» para «cuidados familiares y apoyo a cuidadores no formales». Por otra parte, en relación al «servicio de autonomía personal» que es quizá la aportación más novedosa y que constituye una demanda histórica del movimiento de vida independiente⁽³⁶⁾, señala únicamente la posibilidad de ayuda económica a las personas con gran dependencia, menores de 65 años⁽³⁷⁾, y que se ajusten a lo que se determine por vía reglamentaria (arts. 12.4 y 17). Las «ayudas técnicas» y las «ayudas para la adaptación y accesibilidad del hogar», que formaban parte del catálogo propuesto por el Libro Blanco, se excluyen en el nuevo y se regulan en la Disposición adicional tercera («ayudas económicas para facilitar la autonomía personal»), con carácter potestativo y como subvenciones.

En relación a la capacidad de elección, aunque el Libro Blanco establecía como un derecho irrenunciable la elección del tipo de recurso a utilizar⁽³⁸⁾, el sistema de prestaciones y las condiciones propuestas dificulta y en muchos casos impide en la práctica dicha elección. Este aspecto ha sido muy criticado, especialmente por las entidades del sector⁽³⁹⁾.

3.6. Organización y gestión

El entramado organizativo se estructura en torno al Sistema Nacional de Dependencia (SND), que responderá a una acción coordinada y cooperativa de la AGE y las CC. AA., con participación, en su caso, de las Entidades Locales y cuya configuración se regula en el Capítulo I, del Título I y en los Capí-

(34) Ídem, p. 23.

(35) IMSERSO. *Libro Blanco...*, o. c., pp. 753 y ss.

(36) Foro Vida Independiente. *Análisis...* o. c., p. 7.

(37) «¿Acaso una persona con grado II, determinada como severa, no tiene derecho a asistencia personalizada? ¿Acaso una persona con 75 años, lúcida y con ganas de seguir activa pero que tiene graves problemas de movilidad, no desearía una "asistencia personalizada" en vez de ingresar en una residencia?». Foro de Vida Independiente. *Análisis...*, o. c. p. 8.

(38) IMSERSO, *Libro Blanco...* o. c. p. 756.

(39) Ver, por ejemplo, CERMI. *Manifiesto...* o. c., p. 7, CEOMA. *Informe...* o. c., p. 5. Foro Vida Independiente. *Análisis...* o. c., p. 8.



tulos III y IV del Título II del Anteproyecto. Las características básicas de la propuesta son las siguientes:

- a) Red de utilización pública. Integrará de forma coordinada, centros y servicios públicos de las CC. AA., Entidades Locales y los centros de referencia estatales y los privados concertados (arts. 6.2 y 3, 15.1). En relación a la prestación de los cuidados profesionalizados, el Dictamen del CES propone, consideramos que acertadamente, que además de las instituciones públicas y entidades privadas (art. 2.5), puedan ser también prestadores los profesionales autónomos⁽⁴⁰⁾. Los servicios privados no concertados deben disponer de acreditación (quizá en este caso sería más adecuado referirse a autorización) de la CC. AA. Finalmente, la referencia al voluntariado del último apartado del artículo 15 ha sido muy criticada⁽⁴¹⁾.
- b) Consejo Territorial del SND. Se concibe como un instrumento de cooperación básico para la articulación del Sistema (art. 7 y 10). Este Consejo, presidido por el titular del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (MTAS) e integrado por representantes de cada una de las CC. AA. y un número igual en representación de los ministerios, se le atribuyen importantes competencias y funciones dirigidas al desarrollo y concreción del contenido de la futura Ley (art. 10).
- c) Distribución competencial. En los artículos 8 y 9 bajo la denominación de «participación» de las CC. AA. y de los Entres locales, respectivamente, se regulan las competencias de las CC. AA. y la «posibilidad» de colaborar en la gestión del mundo local, aunque en otras partes del texto también se señalan competencias en materias concretas. Consideramos que para el buen funcionamiento de un sistema que pretende garantizar derechos es imprescindible que la Ley delimite con claridad las competencias-responsabilidades públicas (central, autonómica y local). La Administración local deberían tener un importante papel en la gestión de los servicios de proximidad para hacer efectivo el principio de permanencia en el entorno; por ello, el Anteproyecto consideramos que debería contener al menos una referencia clara en este sentido.
- d) Planes y convenios. El Anteproyecto se refiere de un Plan de Prevención de las Situaciones de Dependencia y un Plan de Acción Integral que de-

(40) CES. Dictamen... *o. c.*, p. 19.

(41) «Además de inadecuado, por paternalista, nos parece impropio de la norma garantista que se proyecta el mandato a los poderes públicos relativo a la promoción de la solidaridad ciudadana» (art. 15.4) CEOMA. Informe... *o. c.*, p.13. «El cuarto pilar del bienestar ha de acudir al voluntariado para su funcionamiento, una prueba más de su carácter discrecional en vez de derecho». Foro Vida Independiente. Análisis... *o. c.*, p. 8.



berán ser elaborados y acordados por el citado Consejo Territorial. El plan de Acción Integral debe definir el marco de cooperación interadministrativa y se desarrollará mediante convenios AGE - CC. AA. (art. 7.3), que establecerán los objetivos, medios y recursos, así como la intensidad de las prestaciones, la posibilidad de ayudas económicas para la autonomía personal, y determinarán la financiación que corresponde a cada una de las Administraciones en el marco que establezca la norma. Con el fin de evitar disfunciones y colapsos en la gestión, debería concretarse el contenido y alcance de los citados convenios, especialmente en relación con los acuerdos adoptados en seno del Consejo Territorial⁽⁴²⁾.

- e) Sistema de información del SND (art. 36). Dependerá del MTAS y recogerá determinada información para la realización de estadísticas para fines estatales, de interés supracomunitario y para las organizaciones internacionales.
- f) Red de comunicaciones (art. 37). El MTAS la pondrá a disposición del SND para facilitar y dar garantías de protección al intercambio de información entre sus integrantes.
- g) Órganos consultivos (arts. 38 y 39). El anteproyecto crea el Comité Consultivo, integrado por representantes de las Administraciones Públicas (central, autonómica y local) y de las organizaciones empresariales y sindicales, con funciones dirigidas a informar, asesorar y formular propuestas en materias de interés para el SND. Por otra parte, otorga el estatus de órganos consultivos de la AGE, con funciones similares, al Consejo Estatal de Personas Mayores y al Consejo Nacional de la Discapacidad. Esta dualidad es criticada por las entidades representativas de los sectores afectados, que reclaman formar parte del Comité consultivo⁽⁴³⁾.

3.7. Financiación

Diversos artículos⁽⁴⁴⁾ se refieren a la financiación y, según la opinión mayoritaria, lo hacen de una forma confusa. El CES considera que, en primer lugar, debería especificarse que la financiación será «estable, suficiente y sostenida en el tiempo», insistiendo en que el contenido mínimo que debe garantizar la

(42) «El CES entiende que lo que desarrolle cada convenio no debe adentrarse en la determinación de la intensidad general garantizada, sino en el significado concreto de la aplicación...». CES. Dictamen... *o. c.*, p. 21.

(43) «Sólo pueden ser asesores de los asesores, como órganos consultivos de la AGE, [...] No podemos imaginar que esa clamorosa ausencia no sea resuelta en el Proyecto». CEOMA. Informe..., *o. c.*, p. 17.

(44) Artículos 7.2, 13.3., 14, 31 y la Disposición adicional segunda.



AGE no puede quedar perjudicado como consecuencia del resultado de la concreción de las fórmulas de financiación. Por otra parte, recomienda determinar con claridad el contenido de los tipos de prestaciones y que el nivel asegurado por la AGE «sea suficiente para satisfacer de una manera digna las principales necesidades de las personas en situación de dependencia»⁽⁴⁵⁾. Por otra parte, con el fin de clarificar estos preceptos, agrupa las prestaciones en tres niveles:

- a) Contenido «mínimo común» que garantiza la Administración General del Estado. La financiación correrá a cuenta íntegramente de la AGE (art. 1.1, art. 14, art. 31.2 y la Disposición Adicional segunda).
- b) Intensidad «básica», derivada del desarrollo y aplicación de las prestaciones y servicios aprobados por el Consejo Territorial del SND (art. 10.2.a). Se financiarán conjuntamente por la AGE y las CC. AA., de acuerdo con los convenios que se suscriban en el marco del Plan de Acción Integral (art. 7, 31.3).
- c) Mejora de prestaciones y servicios. Nivel adicional cuya financiación que corre a cargo íntegramente de las CC. AA. (art. 13.3).

A pesar de que el artículo 14 y el 31.2 establecen que el coste de las citadas prestaciones y servicios mínimos «garantizados» serán asumidos «íntegramente» por la AGE, el segundo párrafo del artículo 31.3 señala que «la aportación de la Comunidad Autónoma será, al menos, igual a la que realice la Administración General del Estado como consecuencia de la previsto en este apartado y el anterior». El apartado anterior es el que se acaba de mencionar relativo a la asunción total del coste por la AGE. Por ello, como se ha señalado, «se aprecia una importante confusión en la relación que se establece entre la financiación de las prestaciones básicas por la Administración General del Estado y las Comunidades Autónomas»⁽⁴⁶⁾.

Por otra parte, el artículo 31 establece que «la financiación será la que se determine en los presupuestos de las Administraciones Públicas competentes», cuando tratándose de derechos subjetivos la redacción debería ser a la inversa, ya que las consignaciones presupuestarias de las Administraciones Públicas competentes deben ser suficientes para garantizar los derechos subjetivos reconocidos, previendo su carácter ampliable en función de los derechos que puedan reconocerse.

El artículo 32, que regula la participación de los beneficiarios en el coste de las prestaciones, opta por el copago, según «el tipo y coste de los servicios y su

(45) Dictamen CES. *o. c.*, pp. 22 y 29.

(46) SIPOSO. Informe... *o. c.*, p. 25.



capacidad económica» que, de acuerdo con el artículo 12.6, «se determinará en la forma que reglamentariamente se establezca, en atención a la renta y el patrimonio del solicitante. En la consideración de patrimonio se tendrá en cuenta la edad del beneficiario y el tipo de servicios que se presta». Las discrepancias en este punto son considerables. El Dictamen del CES recomienda la inclusión de un nuevo apartado que establezca que «ningún ciudadano en situación de dependencia quedará sin atender por falta de recursos económicos». Las entidades representantes de los colectivos afectados optan mayoritariamente por la gratuidad de los servicios y las que no se oponen frontalmente al pago, proponen algunas condiciones, como que sea con carácter transitorio, que se fije un máximo (en algún caso se concreta un copago medio del 20 %), que se tenga en cuenta el grado de dependencia (la gran dependencia debería ser gratuita), que se refieran exclusivamente la renta personal del solicitante (no de la familia o entorno), que afecten sólo a determinados conceptos (los de naturaleza hotelera, pero no las atenciones personales y las ayudas técnicas) o que en los casos de menores de 65 años no se exija la aportación patrimonial⁽⁴⁷⁾.

En cualquier caso, consideramos que las aportaciones de los usuarios de los servicios forman parte del derecho que se reconoce y, por tanto, deberían quedar bien delimitados los criterios en la propia Ley⁽⁴⁸⁾.

3.8. Otras cuestiones

El Anteproyecto trata de otras cuestiones que, lamentablemente, debido a las características y la extensión de este trabajo, nos impide abordar, como los grados de dependencia y la valoración y el reconocimiento del derecho (Capítulo III y IV del Título I), la calidad del SND y la formación, (Título II, Capítulos I y II) y las infracciones y sanciones (Título III). Asimismo, establece un conjunto de disposiciones adicionales importantes relativas a la cuantía de las prestaciones económicas, a la financiación de las prestaciones garantizadas, a las ayudas económicas para la autonomía personal, a la seguridad social de los cuidadores no profesionales, al Registro de Prestaciones Sociales Públicas, a los instrumentos privados para la cobertura de la dependencia y su tratamiento fiscal, cambios en la terminología (persona con minusvalía por persona con discapacidad), reconocimiento del grado de dependencia como grado de minusvalía, efectividad del reconocimiento de las situaciones vigentes de gran

(47) Ver, por ejemplo, CERMI. Manifiesto... *o. c.*, p. 9-10 y CEOMA. Informe..., *o. c.*, p. 16.

(48) «El CES entiende que se debe delimitar en la Ley y de forma más precisa, los criterios generales que permitan regular la participación del beneficiario en el coste del servicio en el posterior desarrollo reglamentario». CES. Dictamen..., *o. c.*, p. 30.



invalidez y de necesidad de ayuda de tercera persona, y a la investigación y desarrollo. El anteproyecto se cierra, con dos disposiciones transitorias referentes a la financiación (participación en la financiación de las Administraciones públicas y aportación de recursos) y ocho disposiciones finales (aplicación progresiva de la ley, Consejo Territorial del SND, Plan de Acción Integral, desarrollo reglamentario, informe anual, habilitación normativa, fundamento constitucional y entrada en vigor), entre las que sobresale la aplicación progresiva de la Ley que fija en un periodo de ocho años (de 2007 a 2015) iniciando la cobertura de los derechos por las personas con mayores niveles de dependencia.



La Ley de la dependencia: costes y financiación

Julia Montserrat Codorniu

Profesora de la Universidad Ramon Llull de Barcelona

Sumario

- 1.** La dependencia y el coste. **2.** El coste actual y futuro de la atención a la dependencia. 2.1. El coste actual de atención a la dependencia. 2.2. Estimación del coste futuro de la atención a la dependencia. 2.3. Modelo del coste de atención a la dependencia: Escenario-modelo. 2.4. El impacto en los presupuestos públicos de la Ley de la dependencia. **3.** La financiación de la Ley de la dependencia. 3.1. El copago: participación de los usuarios en la financiación. 3.2. La sostenibilidad del sistema de atención a la dependencia. 3.3. La corresponsabilidad entre la Administración Central y la Autonómica. **4.** Conclusiones. **5.** Bibliografía.

RESUMEN

La nueva Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas Dependientes hará aflorar una cierta demanda de servicios que hasta ahora era asumida mayoritariamente por las familias. Este artículo trata de poner de manifiesto el coste que puede alcanzar la cobertura de las necesidades sociales de las personas dependientes y su relación con el coste estimado en el anteproyecto de Ley. Asimismo, la otra cuestión clave es ¿quién financiará los costes? ¿Será la financiación suficiente y sostenible? Este artículo trata de hacer una breve introducción a dichas cuestiones.

Palabras clave: Dependencia, gasto social, gasto de atención a la dependencia, financiación de la dependencia.

ABSTRACT

The new law for the promotion of personal autonomy and care for dependent persons will lead to flourishing demand for services which until now were largely undertaken by families. This paper



seeks to show how much it may cost to meet the social needs of dependent persons and the relation between these costs and the estimates set forth in the draft law. Furthermore, other key issues are where the funding will come from and whether it will be sufficient and sustainable. This work aims to provide a brief introduction to these questions.

Key words: *Dependency, social expenditure, cost of caring for dependents, funding dependency.*

1 LA DEPENDENCIA Y EL COSTE

La futura Ley de la dependencia denominada Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas Dependientes va tomando forma paulatinamente. Se trata de la puesta en marcha de una nueva política social que de respuesta a las necesidades de las personas que no pueden valerse por sí mismas. La dependencia se mide por la incapacidad de realizar una o más Actividades de la Vida Diaria (AVD). El concepto de dependencia empleado en el Libro Blanco es el utilizado por el Consejo de Europa *«aquel estado en que se encuentran las personas que, por razones ligadas a la falta o 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»*.

La dependencia es un riesgo (accidente no previsible, ni generalizable) que se origina por causas como: un accidente, las secuelas de una enfermedad, el propio proceso del envejecimiento, entre otras, y origina la necesidad de los cuidados de una tercera persona. La necesidad de cuidados personales «continuados» es el elemento que caracteriza la dependencia; no obstante, las personas dependientes suelen necesitar, también, cuidados sanitarios los cuales pueden ser puntuales o continuados según el estado físico de la persona. En el caso de que la persona necesite cuidados personales y sanitarios, simultáneamente, de forma continuada es lo que se conoce como cuidados socio-sanitarios.

La dependencia no está necesariamente asociada a la edad, pero sí que existe una mayor probabilidad de encontrar personas dependientes, a medida que avanza la edad; de hecho dos terceras partes de los individuos dependientes están en el tramo de mayores de 65 años. La disminución de la capacidad funcional propia del envejecimiento y, la mayor probabilidad de sufrir enfermedades agudas a causa de enfermedades crónicas, las cuales pueden dejar secuelas de pérdida de funcionalidad, son causas que inciden en incrementar la tasa de la dependencia en las personas mayores, especialmente aquellas que tienen más de 80 años.

El envejecimiento de la población no es la única causa que produce dependencia; aunque, tres cuartas partes de los individuos dependientes están en el



tramo de mayores de 65 años, otra cuarta, parte se debe a la incidencia de las enfermedades incapacitantes como el Alzheimer, y el impacto de los accidentes laborales y de tráfico en los menores de 65 años, entre otros.

Una de las preguntas claves para abordar aspectos de la política social es cómo evolucionará la tasa de dependencia en los próximos cincuenta años. La respuesta no es fácil porque se detectan dos tendencias de signo inverso; así, mientras el número de personas mayores, va a crecer de forma importante y, especialmente, el índice de sobreenviejimiento⁽¹⁾, el cual se prevé pasará de 3,8 % al 5 % de la población total, por el contrario, la probabilidad de ser dependiente disminuye. La evidencia sobre recientes estudios realizados en algunos países de la OECD sugiere que la dependencia está disminuyendo de forma continua para el grupo de personas con más edad mientras que la tasa de la dependencia esta creciendo en el grupo de los más jóvenes. Así, mientras las mejoras terapéuticas y las políticas de vida saludable inciden en la reducción de la probabilidad de ser dependiente, las políticas de prevención de accidentes laborales y de tráfico no parece que estén dando su fruto con lo que repercute en un incremento de personas con dependencia.

Desde una perspectiva conjunta, los estudiosos se inclinan en pronosticar que la tendencia en el futuro inmediato será la de incrementar la tasa de la dependencia global porque, aunque haya políticas preventivas de accidentes y aunque las mejoras terapéuticas y de estilo de vida ayuden a disminuir el número de años con dependencia por individuo, el hecho de que incremente de forma importante el número de personas mayores con edades muy avanzadas hará que el índice global de dependencia aumente.

Las políticas de cuidados a la dependencia tienen un efecto muy importante en el gasto social ya que los costes de los servicios de atención a la dependencia son muy caros porque son cuidados de muy larga duración; estos cuidados empiezan desde el inicio de la dependencia y, con mayor o menor intensidad, son necesarios durante todos los años de dependencia de la persona, los cuales, en su mayoría, suelen ser hasta el fallecimiento del individuo. Se estima que en las personas mayores, el promedio de años con dependencia grave y muy grave es, alrededor de 7 años.

Los costes sociales están estrictamente relacionados con la gravedad de la dependencia, los cuales incrementan a medida que esta aumenta. En cambio, los costes sanitarios asociados a la dependencia tienen un comportamiento completamente aleatorio; así, en una dependencia social grave, el gasto sanitario puede ser pequeño y, viceversa, en una dependencia social leve, el cos-

(1) Índice de sobreenviejimiento es el porcentaje de personas de más de 80 años respecto a la población total.

te sanitario puede ser muy elevado. Así, mientras que el coste social incrementa a medida que aumenta el grado de la dependencia, el coste sanitario tiene una evolución aleatoria que no se corresponde con la de la dependencia social.

La diferente evolución del coste sanitario y del coste social y, el hecho de que sean competencia de diferentes departamentos ministeriales hace que la perspectiva del coste de atención a la dependencia se muestre desfigurada e incompleta ya que, por un lado, los costes sociales están asumidos por los departamentos de Servicios Sociales y, por otro lado, los costes sanitarios, son asumidos por los departamentos sanitarios. Se echa en falta una perspectiva transversal de las políticas de la dependencia en función de las necesidades de los individuos y no en función de las competencias ministeriales. Éste es un problema derivado del hecho de que el objeto de la atención no es el individuo sino las competencias políticas de diferentes departamentos lo cual dificulta el abordaje integral de los problemas de los individuos con dependencia.

2 EL COSTE ACTUAL Y FUTURO DE LA ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA

Las estimaciones del coste de la Ley de la dependencia según las declaraciones oficiales están proyectadas para el 2015, año que se prevé el desarrollo máximo de la Ley; este periodo de ocho años para la implantación de los beneficios de la Ley parece un poco larga si se considera que, actualmente, ya existen las necesidades de la población dependiente lo único que ahora son solucionadas mayoritariamente con la ayuda de los cuidadores informales.

El hecho de que, actualmente, el 85 % de las personas en situación de dependencia viven en sus domicilios o, en el domicilio de alguno de los hijos y, sean cuidados por sus propios familiares (cuidados informales), sin que apenas reciban ningún soporte de servicios externos (cuidados formales) incide en que no se «visualicen» los costes de atención a la dependencia. El trabajo que hacen los cuidadores informales no queda contabilizado como coste en la Contabilidad Nacional al no mediar pago alguno entre la persona dependiente y el que le presta los cuidados. Así, aunque las esposas o hijas (femenización del cuidado informal) dediquen la mitad o una jornada laboral al cuidado de su familiar, esto no queda reflejado, ni valorado en ninguna parte. Éste es uno de los problemas más importantes para aflorar lo que realmente suponen las necesidades y el coste de la atención a las personas dependientes.



2.1. El coste actual de atención a la dependencia

El coste público que actualmente se dedica a la prestación de servicios a la dependencia es muy bajo, el 0,28 % del PIB (1.800 millones de euros) y es una de las consecuencias de la alta dedicación de los cuidados informales y de la política asistencialista realizada por la Administración Pública hasta el momento.

Un coste público bajo es el reflejo de un escaso nivel de protección pública y de una insuficiente intensidad de las prestaciones. A su vez, el bajo nivel de protección pública procede de unos presupuestos muy bajos derivados de una política asistencialista orientada a asistir solo a los más pobres y, a su vez, esta política ejerce de contención a una mayor demanda de servicios formales y presiona a que se ejerza el cuidado informal.

La sustitución del cuidado informal por el cuidado formal prestado por una empresa de servicios o por personas autónomas que actúan como asistentes domésticos, tampoco está al alcance de la mano de la mayoría de la población. Sólo un 14 % de la población dependiente que vive en sus casas, tienen un asistente doméstico, el cual muchas veces es pagado entre todos los hijos, por ser insuficiente la renta del propio individuo.

2.2. Estimación del coste futuro de la atención a la dependencia

El coste futuro de la atención a la dependencia será el resultado de la interrelación de varias variables las cuales entre otras, citaremos las siguientes:

- La demanda efectiva de las prestaciones de la dependencia.
- El tipo de prestaciones que ofrezca el sistema público.
- Los porcentajes de demanda de las diferentes prestaciones.
- La sustitución de los cuidados informales por cuidados formales.
- El coste de los servicios.
- El importe de los subsidios económicos⁽²⁾.
- La inclusión, o no, de los costes de capital.

Cuando cada una de las variables relacionadas puede ser imputada en diferentes proporciones o los costes considerados pueden ser diferentes, ello

(2) Subsidios económicos se consideran las prestaciones monetarias como la prestación económica por cuidados informales, por sustitución de un servicio público, etc.



hace que no se pueda hablar de un «coste único», sino que sea necesario hablar de «escenarios de costes». No es posible la estimación de un único coste debido a la importante amalgama de posibilidades que resultan de las variables consideradas. En todo caso, si se quiera hablar de un escenario concreto, por considerarlo el más probable, se debería mencionar las hipótesis que se han considerado en su cálculo.

Otra de las consideraciones que se debe hacer al hablar de los costes de la Ley de la dependencia es matizar si se habla del coste «total» de las prestaciones o, del coste «público». Teniendo en cuenta que la Ley de la dependencia, establece el copago como un principio básico, ello va a significar que una parte del coste total será resarcida por las contribuciones de los usuarios y, por lo tanto, el esfuerzo de los presupuestos públicos va a ser menor. El problema de la no visualización correcta del coste público es que en la Contabilidad pública, se suele poner en el presupuesto de gastos, el gasto total de las prestaciones y, en el presupuesto de ingresos, los pagos de los usuarios sin que estas dos cifras se consoliden y, por ello, queda enmascarado el importe del coste «público» real. En realidad, el coste público es el que resulta de deducir del coste total, el coste que les supone a los usuarios las aportaciones a través de los copagos.

Las estimaciones oficiales dan una cifra de 9.300 millones de euros⁽³⁾ para una población de 1.373.252 usuarios dependientes estimados para el año 2015 pero no citan las «hipótesis» incluidas en dicho «escenario». *Se supone que esta cifra se refiere al coste total, lo cual significa que el coste «público» es inferior ya que una parte del coste total se recuperará a través de los copagos.*

En dicho escenario «oficial» se encuentra a faltar conocer las hipótesis consideradas para alcanzar dicha cifra como por ejemplo: conocer la demanda estimada de las prestaciones de la dependencia (¿todas las personas dependientes gozaran de un tipo u otro de las prestaciones?), la intensidad de las prestaciones (no se menciona el número de horas de ayuda a domicilio, número de plazas residenciales o de otros servicios, número de personas con subsidios económicos, etc.), no se mencionan el coste de los servicios o de los subsidios económicos (¿se tiene en cuenta los incrementos posibles de los convenios salariales?), la inclusión, o no, de los costes de capital (en cambio se ha previsto una parte para la inversión, ello significaría que se reduciría el importe previsto para las prestaciones en servicios o subsidios económicos).

Además, uno de los aspectos que más afecta al gasto público, son los costes laborales; si éstos incrementan, el gasto aumenta en la misma proporción.

(3) Esta cifra está calculada para precios del año 2005, lo cual significa que al año 2015 habrá incrementado en función de los incrementos del IPC y otros.



Sólo a título de ejemplo, decir que existe malestar en el sector de las residencias de ancianos por los bajos sueldos que establece el convenio en comparación con otros homólogos como puede ser el convenio de establecimientos sanitarios. En el caso de que el sector social equiparar sueldos con el sector sanitario, los costes de las residencias incrementarían, aproximadamente, un 25 %.

Citar la cifra de 9.300 millones de euros no es suficientemente explicativo para conocer cual será la realidad del alcance de las prestaciones, la cobertura de población protegida, la calidad de los servicios o el esfuerzo «real» de la Administración Pública y el de los «usuarios». Con el fin de analizar el alcance del coste de la Ley según el «escenario oficial» con algún punto de referencia, se reproduce, a continuación, los resultados de un Modelo en donde se estima un «escenario-modelo» según la hipótesis de cobertura total de la población dependiente.

2.3. Modelo del coste de atención a la dependencia: Escenario-modelo

Este apartado trata de contrastar los resultados del coste total del «escenario oficial» con el «escenario-modelo» con el fin de poder valorar el alcance de la estimación realizada por el Gobierno.

Para el cálculo del coste del «escenario-modelo» se parte de la hipótesis que se da cobertura al total de las personas dependientes que se prevé «proteigibles» en el año 2015, es decir 1.373.252 individuos. Otras hipótesis introducidas son: se considera que el 50 % de la población recibirá prestaciones en servicios y que, el restante 50 %, recibirá algún tipo de prestación económica. Se toman las prestaciones consideradas en la Ley de la dependencia y los costes se estiman en función de los costes medios concertados por las AA. PP. actualizados al año 2005. El importe de las prestaciones se considera, por un importe aproximado del 50 % del coste medio de los servicios. El modelo de consumo de servicios considerado es el utilizado por la autora en el artículo sobre «El reto de un sistema de protección universal de la dependencia: Una estimación del coste del modelo»⁽⁴⁾. Los resultados del gasto que se muestran a continuación están calculados a precios del año 2005; esto permite la comparación con las cifras del escenario oficial al estar proyectadas para dicho año.

Los resultados del «escenario-modelo» son los siguientes: el coste total alcanzaría la cifra de 11.747,25 millones de euros, de los cuales 8.842,48 millones de euros (75 %) se dedicarían a prestaciones en servicios, 2.720,39 millones de

(4) MONTSERRAT, J. (2005): «El reto de un sistema universal de protección a la dependencia: una estimación del coste del modelo» en Presupuesto y Gasto Público del Instituto de Estudios Fiscales, n.º 39, pp. 309-327.

euros (23 %) a prestaciones económicas y, 184,38 millones de euros (2 %) a ayudas técnicas y gestión de las valoraciones de la dependencia. Los ratios de cobertura para el público objetivo alcanzaría el 37 % para la ayuda a domicilio, el 13 % para las residencias, el 14 % en centros de día/noche y un 7 % en estancias temporales. Cabe decir que la reasistencia ya se considera incluida en el servicio de ayuda a domicilio. Ver cuadro 1.

Cuadro 1. ESCENARIO-MODELO DEL COSTE DE ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA
(Hipótesis: grado de cobertura total de la población dependiente)

Prestaciones	Coste total (1) (Millones euros)	Número de usuarios	Ratio de cobertura (2) y (3)
Prestaciones económicas	2.720,39	686.626	50
Prestaciones en servicios:			
a) Ayuda domiciliaria	3.817,91	503.906	37
b) Residencias	3.460,17	182.720	13
c) Centros día/noche	1.424,76	182.662	14
d) Estancias temporales	139,63	93.091	7
TOTAL PRESTACIONES	11.562,87		
Ayudas técnicas	100,00		
Unidades de valoración	84,38		
TOTAL COSTE	11.747,25		

(1) Coste calculado a precios del año 2005.

(2) % de la población con dicha prestación/ total población dependiente al año 2015 (1.373.252).

(3) La suma de los porcentajes es superior a 100 ya que se considera que hay usuarios que consumirán más de un servicio a la vez.

FUENTE: Elaboración propia.

Los resultados de este escenario variarán para otros escenarios; uno de los aspectos que más afectará será la proporción entre servicios y subsidios, ya que a mayor proporción de servicios, el coste es mayor, por el hecho de que los subsidios serán, aproximadamente, un 50 % inferior al coste de los servicios. Así, por ejemplo, si se considera que, en lugar de un 50 % de individuos con prestación de servicios, fuese un 60 % y, por el contrario, el número de individuos con subsidios económicos fuese el 40 %, entonces el coste total de atención a la dependencia alcanzaría los, 12.787,24 millones de euros.

Si comparamos el importe del «escenario-modelo», 11.747,25 millones de euros con la cifra del «escenario oficial» estimado en la Ley de la de-



pendencia, 9.300 millones de euros, se concluye que el importe de las cifras oficiales es menor en un 25 %, aproximadamente. Ello implica que el «escenario oficial» ha considerado que: o no toda la población dependiente recibirá algún tipo de prestación, o que los costes futuros de los servicios son inferiores a los coste medios concertados actualmente, o que la proporción de individuos que recibirá subsidios será mucho más elevada de la que recibirá servicios o, que la intensidad de las prestaciones serán inferiores a los considerados en el Modelo, o, probablemente, un poco de cada una de las limitaciones expuestas. Las reflexiones sobre la posible insuficiencia de recursos prevista en el «escenario oficial» se agravan ante la posibilidad que, en estos cálculos este incluido una parte destinada a gastos de inversión, con lo cual, lo que quedaría para prestaciones a los individuos, disminuiría.

Un presupuesto insuficiente repercutiría en perjuicio de los derechos de los usuarios, ya que puede suceder que los ciudadanos no dispongan de la suficiente cobertura asistencial, o de la suficiente intensidad de las prestaciones, o que se provean servicios con un nivel de calidad inadecuado. Es por ello que sería conveniente que se publicasen las hipótesis consideradas en el «escenario oficial» con el fin de poder valorar cual será el alcance real previsto de las prestaciones de la dependencia contempladas en la Ley.

2.5. El impacto en los presupuestos públicos de la Ley de la dependencia

El nivel actual de gasto público en atención a la dependencia, el 0,28 %, es muy bajo comparado con la media de los países de la OCDE e incluso con otros países europeos con una cultura del gasto público más similar al nuestro como Italia, Francia o Bélgica. Los datos proporcionados por un estudio recientemente publicado por la OCDE⁽⁵⁾ muestran una media del gasto en cuidados de larga duración del 1,1 del PIB. Con el fin de simplificar la comparación, solo nos vamos a fijar en el dato de los países europeos.

A la luz de los datos se pueden clasificar los países en tres grandes grupos: a) los de «nivel alto», que son los que tienen una media de gasto superior a 1,5 % del PIB; b) los de «nivel medio» que son los que tienen una media de gasto entre el 0,5 % y el 1,5 % del PIB y c) los de «nivel bajo» que son los que tienen una media de gasto por debajo del 0,5 % del PIB, entre los que se encuentra España. Ver cuadro 2.

(5) OCDE: «Projecting OECD Health and long term-care expenditures: what are the main drivers?». ECO/WKP (2006).

Cuadro 2. GASTO PÚBLICO EN CUIDADOS DE LARGA DURACIÓN

Nivel de protección	País	% gasto público/ PIB
Alto nivel protector		
	Suecia	3,3
	Finlandia	2,9
	Noruega	2,6
	Dinamarca	2,6
Mediano nivel protector		
	Reino Unido	1,1
	Francia	1,1
	Alemania	1,0
	Italia	0,6
Bajo nivel protector		
	España	0,2
	Portugal	0,2
	Grecia	0,2

FUENTE: Estimaciones de la OCDE. ECO/WKP (2006)5 y elaboración propia.

Tal como muestra los datos del cuadro, España se encuentra en la cola de los países europeos miembros de la Unión Europea (UE) 15. Incluso otros países europeos recientemente adheridos a la UE como Polonia o la República Checa muestran cifras de gasto en protección social superiores a la de nuestro país; así, por ejemplo, Polonia gasta el 0,5 % del PIB y la República Checa, el 0,4 % del PIB.

La nueva Ley de la dependencia permitirá elevar los niveles de protección social en la dependencia, mejorando nuestra posición relativa respecto a la UE (15). El incremento del presupuesto público en la atención a la dependencia permitirá pasar del gasto actual del 0,28 del PIB a situarse, alrededor, del 1 % del PIB, lo cual nos situaría en una posición intermedia en el *ranking* de los países de la UE (15), y nos aproximaría al nivel de protección de países como Alemania, Francia y Reino Unido, acortando la distancia actual respecto al gasto de la media de los países de la OCDE.

El gasto público adicional de la nueva Ley de la dependencia, según las cifras oficiales⁽⁶⁾, va a suponer incrementar el 0,5 % del PIB y según las cifras

(6) Se toma como punto de referencia los 9.300 millones de euros que cita la memoria económica del anteproyecto de la Ley de la dependencia.



«oficiosas»⁽⁷⁾, el 0,8 % del PIB. Éste es un esfuerzo financiero público muy importante para que la Ley prevea el mecanismo de su financiación. La referencia de que este gasto va a ser financiado con cargo a los Presupuestos Generales del Estado no es suficiente ya que es una cantidad suficientemente importante para que pueda ser compensada con la minoración de otras partidas presupuestarias correspondiente a otros departamentos. Éste es uno de los aspectos «oscuros» que en el desarrollo de la Ley se debería esclarecer para que la financiación de las prestaciones de la dependencia sea «suficiente» y «sostenible en el tiempo».

3 LA FINANCIACIÓN DE LA LEY DE LA DEPENDENCIA

Según el anteproyecto de la Ley de la dependencia, la financiación del coste total se prevé como un «trípode», en el que los tres pilares son: Administración Central, Administraciones autonómicas y usuarios. Así, del coste total de 9.300 millones de euros, se prevé que el usuario financie el 33,7 % del total. El resto, se lo reparten a partes iguales, la Administración Central y las Administraciones autonómicas.

3.1. El copago: participación de los usuarios en la financiación

El hecho de que los usuarios tengan que cofinanciar un tercio del coste total de las prestaciones de la dependencia y que el copago no garantice la universalidad de las prestaciones en la parte asistencial puede dar lugar a tres situaciones: un esfuerzo económico excesivo para los usuarios, un incumplimiento del principio de universalidad de las prestaciones y, que las previsiones financieras por este concepto no se cumplan.

Un copago que represente un tercio del coste de los servicios puede resultar una carga financiera muy importante para los individuos y, en el caso de que se bonifique la cuota de muchos individuos puede representar una disminución de ingresos públicos de forma importante, lo cual repercutirá en menos prestaciones, en cantidad y calidad, para las personas dependientes.

El esfuerzo económico del copago se puede medir en términos equivalentes al SMI⁽⁸⁾. Una persona que viva en su domicilio, la renta mínima de subsistencia es equivalente al importe del SMI. Todos aquellos pagos suplementarios (por ejemplo, el copago por un servicio para la dependencia) que le hagan dis-

(7) Cifra que resulta del escenario-modelo que alcanza los 11.700 millones de euros.

(8) El importe del salario mínimo interprofesional para el año 2005 es de 513 euros al mes y, para el año 2006, de 540,9 euros al mes.

minuir esta cuantía mínima incidirá negativamente en la calidad de vida del individuo. Ver cuadro 3.

**Cuadro 3. ESFUERZO ECONÓMICO DEL COPAGO
(en porcentaje del SMI)**

	Dependencia nivel I	Dependencia nivel II	Dependencia nivel III
Coste medio servicio (1) (€ al año)	9.450	14.111	16.637
Copago: 30 % del coste	37 % del SMI	56 % del SMI	66 % del SMI
Copago: 40 % del coste	50 % del SMI	74 % del SMI	88 % del SMI

FUENTE: Elaboración propia.

(1) Estos costes medios se deducen del escenario modelo presentado en el cuadro 1.

Teniendo en cuenta que el 87 % de los pensionistas cobran pensiones por debajo de los 1.000 euros al mes (dos veces el SMI) y, un 63 % cobran pensiones por debajo de los 500 euros al mes, *el hecho de que el copago represente importes entre el 37 % y el 88 % del SMI va a suponer que, en muchos casos, la renta disponible de los usuarios puede quedar mermada a valores inferiores al SMI.*

En el caso que se establezcan medidas correctoras para que los usuarios paguen en función de su renta y que nadie quede excluido por no poder pagar el copago, el resultado puede ser que las bonificaciones que se deba aplicar para tal fin, pueden llegar a alcanzar el 50 % del importe previsto de recaudación a través de los copagos.

Otra limitación para la recaudación prevista a través de los copagos y, es el hecho de que el copago se establece en función del coste total del servicio en lugar de calcularlo en función solo de los gastos hoteleros. Tal como se prevé la aplicación del copago, puede suceder que una parte de los ciudadanos que opten por las prestaciones en servicios queden fuera del alcance de los beneficios de la Ley; en cambio, esto no sucederá cuando se opte por los subsidios económicos ya que en este caso no se aplicará el copago.

Una cosa es pagar la parte hotelera y otra es pagar la parte asistencial. Tal como está planteado el copago, la Ley no reconoce un mínimo exento equivalente a lo que sería la prestación asistencial. Ello implica que ambos conceptos —asistencial y hotelero— no se diferencian y que, *a partir de un determinado nivel de renta, el individuo habrá de pagar la totalidad del precio del servicio.* Cuando se alcance dicha situación significará, en la práctica, la exclusión de ser beneficiario de la Ley ya que, *ni el individuo, ni la Administración tendrán interés en utilizar o proveer un servicio público.*



¿Cuál será el porcentaje de sujetos excluidos por la aplicación del copago? Esto es incierto y dependerá de cuáles sean los criterios que la Ley establezca. Evidentemente, en primer lugar, excluirá a los individuos con rentas altas pero, en segundo lugar, pueden quedar excluidos de la Ley, una parte de la población con rentas medias. En este sentido, si no hay modificaciones antes de su aprobación definitiva en su trámite parlamentario, la Ley en lugar de ser «universal» continuará siendo de corte «asistencialista», como es el actual sistema público con la única diferencia que ampliaría un poco más el número de la población protegida. Además, esto afectará al importe de la recaudación prevista para los copagos, ya que el segmento de población con más capacidad de pagar quedará excluido de la Ley.

La conclusión sobre la vía de financiación a través de los copagos es más bien pesimista porque, de un lado, se prevé que se deberá aplicar un importante volumen de bonificaciones para que los usuarios puedan tener acceso a las prestaciones públicas y, en segundo lugar, quedarán excluidos aquellos que tienen más capacidad para contribuir con lo que la recaudación puede quedar mermada a una tercera parte de su importe prevista.

Así, podemos decir que el pilar llamado cofinanciación de los usuarios está construido sobre hipótesis muy frágiles y se puede «romper» muy fácilmente en el desarrollo de la Ley.

3.2. La sostenibilidad del sistema de atención a la dependencia

La Ley de la dependencia se basa en una financiación sobre tres pilares, la Administración Central, la Administración autonómica y los usuarios, en la cual cada una debería aportar una tercera parte. Una vez que del coste total, 9.300 millones de euros, excluimos los 3.300 millones de euros que la Ley prevé aportaran los usuarios queda que las Administraciones Públicas habrán de aportar 6.000 millones de euros. Si de este importe deducimos, los 1.800 millones de euros que, actualmente, están aportando en servicios para la dependencia, deduciremos que *el incremento del gasto público será de 4.200 millones de euros, aproximadamente*.

La pregunta clave es ¿cómo se financiará estos 4.200 millones de euros anuales adicionales que supondrá la implantación de la Ley según la versión oficial y que, según las previsiones extra-oficiales⁽⁹⁾, pueden alcanzar los 7.000 millones de euros?

(9) Ver la estimación del coste total realizado en el escenario-modelo del cuadro 1.



La referencia de que el gasto adicional va a ser financiado con cargo a los Presupuestos Generales del Estado sin especificar cuál va a ser el incremento de la presión fiscal que se va aplicar no parece que pueda ser factible ya que es una cantidad suficientemente importante para que pueda ser compensada sin incremento de impuestos. Por lo tanto, una Ley que no prevea su sistema de financiación estable y sostenida en el tiempo, no será un sistema «sostenible».

El origen del debate de la financiación se centra sobre cuál debe ser el Modelo de atención a la dependencia. Básicamente se barajan dos modelos: el de un sistema de aseguramiento y el de un modelo de redistribución de rentas. El primero llamado también «sistema contributivo» se financia mediante cotizaciones sociales a lo largo de la vida profesional de los trabajadores; el segundo, llamado también «sistema no contributivo», se financia a través de impuestos. Cada uno de estos modelos comporta repercusiones diferentes, no sólo en el tipo de financiación, sino también a nivel de organización del Sistema y distribución de competencias entre los diferentes niveles de Administración. La elección entre un Modelo de aseguramiento y un Modelo redistributivo, parece que la balanza se ha inclinado por este segundo. Una vez que el Gobierno ha tomado la decisión de financiar el Sistema Nacional de la Dependencia a cargo de los Presupuestos Generales del Estado y, por lo tanto, con impuestos, lo lógico sería prever el incremento de la presión fiscal que permita la financiación necesaria ya que es un principio básico *que si se incrementan los gastos, se deben incrementar los ingresos*.

Un incremento del gasto anual del orden entre el 0,5 % y el 0,8 % del PIB —dependiendo del escenario de gasto que se elija— es una cantidad suficientemente importante como para pensar que se pueda hacer con recortes presupuestarios de otros departamentos (¿infraestructuras?, ¿Sanidad?, ¿seguridad?) o con ingresos puntuales fruto de la coyuntura económica o de resarcimiento de deudas históricas entre el Estado y la Seguridad Social. El anuncio de la reforma del impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas prometiendo una rebaja de los impuestos puede ser prematuro sin que haya existido un debate claro de cómo se van a financiar los mayores gastos en protección social a la dependencia. La Ley debería prever cual será el sistema de *financiación que garantizará la sostenibilidad del Sistema Nacional de Atención a la dependencia* a lo largo del tiempo.

3.3. La corresponsabilidad entre la Administración Central y la Autonómica

Según el anteproyecto de Ley, debe haber corresponsabilidad financiera entre la Administración Central y las Administraciones autonómicas debiendo



aportar, cada una de ellas, *el 50 % del coste adicional* que se deriven de la implantación de la Ley, una vez deducidas las aportaciones de los usuarios y el gasto actual para dicho fin. El trasfondo de esta cuestión es que tanto las aportaciones de la Administración Central como las de las Administraciones Autonómicas tienen la misma fuente de financiación, es decir, los impuestos generales y, por lo tanto, no hay corresponsabilidad financiera; en todo caso, habrá desglose presupuestario.

A pesar de que las Comunidades Autónomas deban hacer constar en sus presupuestos las cantidades destinadas a la protección social de atención a la dependencia de acuerdo con lo establecido en la Ley, ello no quiere decir que este gasto deba ser financiado con impuestos autonómicos, sino que deben ser financiados con las transferencias que las Comunidades Autónomas reciben del Estado de acuerdo con el sistema de financiación vigente y que, en definitiva, éstas proceden de los impuestos. Este comentario es para enfatizar que aunque haya corresponsabilidad entre los dos niveles de la Administración, esta corresponsabilidad es de gestión de las prestaciones, pero no de corresponsabilidad financiera.

Otro aspecto a considerar es la forma en que la Ley prevé la distribución de los recursos económicos a las CC. AA., la cual ha elegido el modelo de Plan Concertado. A este respecto cabe decir que el modelo de Plan Concertado no procede en ningún caso ya que lo que la Ley pretende financiar es el derecho subjetivo del ciudadano a recibir una determinada prestación cuando este tiene problemas derivados de una situación de dependencia. Por el contrario, un Plan Concertado es un convenio y, por lo tanto, tiene la característica de graciable, limitado a los techos presupuestarios y sujetos al alcance de acuerdos entre el Estado y cada una de las CC. AA. Sin ánimo de entrar en cuestiones jurídicas, si cabe recordar que un sistema a través de convenios es más propio de una política «asistencialista» que la de un sistema basado en el derecho subjetivo de los ciudadanos.

El anteproyecto menciona que cada Comunidad Autónoma deberá firmar un convenio con la Administración Central para recibir los recursos financieros que deban ser aplicados a las prestaciones de la dependencia. Pero, ¿qué puede ocurrir si una Comunidad Autónoma no firma el Convenio con la Administración Central? En este caso, dicha Comunidad Autónoma tendría menos recursos económicos para los ciudadanos dependientes, lo cual supondría que la CC. AA. debería afrontar una de las dos alternativas siguientes: a) reducir el presupuesto de otras Consejerías para dedicarlo a la dependencia o, b) reducir el presupuesto que había previsto para las necesidades de la dependencia. En última instancia es el usuario quien resultaría realmente perjudicado porque en el pri-



mer caso, sería difícil poder reducir presupuestos de otras Consejeras y, en el segundo caso, está claro que se trata de una disminución de presupuestos.

Además, cabe insistir que el derecho de recibir la prestación la tiene el individuo, con independencia de si hay entendimiento, o no, entre las Administraciones. El derecho subjetivo comporta que la Administración no puede negar el reconocimiento de la prestación que le corresponda a la persona cuando esta cumpla los requisitos establecidos por la Ley. Ello implica que las partidas presupuestarias asignadas a financiar las prestaciones de la dependencia deberían tener la consideración de «ampliables», ya que, como en el caso de las pensiones en las que el sujeto tiene el derecho subjetivo a recibirlas, la Administración no puede dejar de reconocer dicho derecho porque el presupuesto del año este agotado.

Es por ello que un sistema de Plan Concertado, el cual depende de acuerdos entre las Administraciones, no parece el más adecuado para financiar unos servicios que, en definitiva, son titularidad de los individuos y no pueden sueditarse al albur de lo que decidan las Administraciones.

La financiación del Sistema Nacional de la dependencia debería asimilarse al sistema de financiación de la Sanidad, en la que, también, son los individuos los que tienen el derecho subjetivo de recibir las prestaciones con independencia de los acuerdos que establezcan las Administraciones. La financiación a través transferencias a las CC. AA. de acuerdo con unos indicadores objetivos junto con algunos índices correctores específicos para aspectos puntuales, sería el sistema más propio para garantizar unas prestaciones mínimas e iguales para todos los individuos y respetar, al mismo tiempo, la autonomía en la gestión que tienen reconocidas las CC. AA. en su competencia s sobre los Servicios Sociales.

4 CONCLUSIONES

La suficiencia y la sostenibilidad del Sistema Nacional de la dependencia son dos principios básicos para asegurar la eficacia de la nueva Ley. Es, por ello, importante la visualización de todas las hipótesis de los costes para conocer el alcance real de la cobertura de la población, la intensidad asistencial de las prestaciones y los costes y calidad de los servicios. Asimismo, sería recomendable que se iniciara un debate sobre el sistema de financiación del gasto en protección social a la dependencia, el cual incluya la forma de transferir los recursos a las CC. AA. Solo así, será posible que la nueva Ley de la dependencia se constituya como «cuarto pilar» del Estado del Bienestar.



5 BIBLIOGRAFÍA

- ABELLÁN, A. *La situación de la dependencia y necesidades asistenciales de las personas mayores en España*. Fundación Pfizer, Madrid, 2002.
- ALBERDI, Inés. «Los cambios en la institución familiar» en *Panorama social*, n.º 1. Revista de Funcas, 2005.
- BAZO, M.^a Teresa. Consecuencias del envejecimiento en la sociedad española actual. En *Panorama Social*, n.º 1. Revista de Funcas, 2005.
- CASADO, D. *Los efectos del envejecimiento demográfico sobre el gasto sanitario: mitos y realidades*. Gac Sanit 2001; 15 (2) 154-163, 2001.
- COM (2001) 723: El futuro de la asistencia sanitaria y de la atención a las personas mayores: garantizar la accesibilidad, la calidad y la sostenibilidad financiera.
- COM (2002) 774: Asistencia sanitaria y atención a las personas mayores: apoyar las estrategias nacionales para garantizar un alto nivel de protección social.
- CASADO, D. (dir). *Respuestas a la dependencia*. Edit. CCS, Madrid, 2004.
- CUTLER, D. *Declining disability among the elderly*. Health Affairs, 95 (6), 2001.
- DEFENSOR DEL PUEBLO. La atención sociosanitaria en España: Perspectiva gerontológica y otros aspectos conexos. *Informes, estudios y documentos del Defensor del Pueblo*. Madrid, 2000.
- JIMENO, J. F. El sistema español de pensiones: previsiones de gasto y medidas de reforma. *Hacienda Pública Española*, vol. extraordinario XXX aniversario, pp. 21-34, 2000.
- *Demografía, empleo, salario y pensiones*. Fedea, 2002.
- MINISTERIO DE TRABAJO Y ASUNTOS SOCIALES. *Libro Blanco de Atención a las personas en situación de dependencia en España*. 2005.
- MONTSERRAT, J. El impacto de la vejez en el gasto social. *Revista de Presupuesto y Gasto Público*. Instituto de Estudios Fiscales del Ministerio de Hacienda, 33/ 2003: 123-142. 2003.
- Los costes de la protección social de la dependencia para la población mayor: Gasto razonable versus gasto actual. En D. Casado (dir.): *Respuestas a la dependencia*. CCS. 2003.
- «El reto de un sistema universal de protección a la dependencia: una estimación del coste del modelo», *Revista de Presupuesto y Gasto Público*. Instituto de Estudios Fiscales. 39/2005: 309-327. 2005.
- OBSERVATORIO DE PERSONAS MAYORES. Las personas mayores en España. *Informe 2003*. 2004.
- OCDE. *Estudios económicos de la OCDE 2000-2001*. España, 2001.

- *Estudios económicos de la OCDE 2003*. España, 2003.
- RODRÍGUEZ CABRERO, G. (coord.). *La protección social de la dependencia*. MTAS. Madrid, 1998.
- «La protección social de las personas dependientes como desarrollo del estado de bienestar en España». *Panorama Social* n.º 2. Revista de Funcas, 2006.
- RODRÍGUEZ CABRERO, G. y MONTSERRAT, J. *Los modelos de atención sociosanitaria: Una aproximación a los costes de la dependencia*. MTAS. Madrid, 2001.
- RODRÍGUEZ CABRERO, G. *Protección social de la dependencia en España*. Fundación Alternativas. Documento de trabajo 44/2004, 2004.
- SIIS Centro de documentación. *Estimación del coste del seguro de la dependencia en la CAPV*, 2003.
- SINGER, B. H. y MANTON, K. G. The effects of health changes on projections of health service needs for elderly population of the United States. *Proc Natl Acad Sci USA* 1998; 95: 15618-15622, 1998.
- ZUBIRI, I. *El futuro del sistema de pensiones en España*. Ministerio de Hacienda. Instituto de Fiscales. Madrid, 2003.
- WITTENBERG, R.; PICKARD, L.; COMAS-HERRERA, A., DAVIES, B. y DARTON, R. *Demand for long term care: Projections of long term care finance for elderly people*. PSRRU, University of Kent at Canterbury, 1998.

Las prestaciones sociales a la dependencia: situación y necesidades

Mayte Sancho Castiello

Vicepresidenta de la SEGG

Rosa Díaz Martín

Gerontóloga

Sumario

1. Evolución de los servicios para las personas mayores. 2. Recursos para la atención a la dependencia: situación actual. 3. Las prestaciones y servicios en el anteproyecto de Ley. 4. El estado de la cuestión. Conclusión. 5. Aportaciones para el debate del Anteproyecto de Ley en materia de prestaciones sociales.

RESUMEN

En los próximos días se va a desarrollar el debate parlamentario del Anteproyecto de Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Situaciones de Dependencia, recientemente presentado. Sin duda estamos ante un avance histórico en los derechos de los ciudadanos cuando necesitan ayuda importante para desarrollar una vida cotidiana en condiciones de dignidad. En esta colaboración se ofrece un breve análisis de la situación actual en materia de servicios sociales para personas mayores, una descripción del contenido del Anteproyecto de Ley con relación a las prestaciones sociales y, por último, algunas consideraciones y aportaciones al debate que ya se está generando en los ámbitos profesionales, científicos y asociativos. Todo ello con el objeto de contribuir al perfeccionamiento de un texto legislativo que afecta directamente a todos los ciudadanos españoles, a los que sufren situaciones de dependencia, a las personas que se ocupan de sus atenciones y cuidados y a todas aquellas que deseamos vivir en una sociedad más justa y solidaria.

ABSTRACT

In the coming days the draft law for the promotion of personal autonomy and care for dependent persons, recently unveiled, will enter its parliamentary debate phase. There is no doubt that the bill represents a milestone in the rights of all citizens in need of help in running their daily lives in dig-



nified conditions. This paper offers a brief analysis of the current situation in terms of social services for elderly people, an overview of the content of the draft law in regard to social benefits and, lastly, some considerations and contributions to the debate which is already being fuelled in professional, scientific and associated circles. All of this is aimed at helping to hone the legislative text which directly affects all Spanish citizens enduring situations of dependency, their carers and everyone who, like us, wishes to live in a fairer society where solidarity is a linchpin.

La reciente aprobación del Anteproyecto de Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia⁽¹⁾, va a suponer un cambio radical en los derechos de los ciudadanos a utilizar recursos sociales cuando necesitan ayuda. La universalización en el acceso a las prestaciones sociales que contemplará dicha ley debería llevar implícito un importante desarrollo de los recursos destinados a las personas dependientes que en la actualidad son escasos y en muchas ocasiones inadecuados para hacer frente a las necesidades que se están planteando.

Se ofrece a continuación un somero análisis de la situación actual de los servicios más significativos destinados al grupo de personas en situación de dependencia, mayores de 65 años. Los datos disponibles sobre servicios y programas de atención a las personas menores de esta edad, por su escasez, no nos permiten entrar en su análisis, que banalizaría en exceso un área de intervención compleja, como es ésta.

Asimismo, aunque sería coherente que esta colaboración se realizase desde una perspectiva social y sanitaria, ya que ambas son necesidades de las personas dependientes, siguiendo el espíritu de una ley de carácter «social» como ésta, no vamos a entrar en el ámbito de los servicios sanitarios que sin duda deberán afrontar muchas de las atenciones que requieren estas personas y que, hoy por hoy, no están suficientemente cubiertas por el sistema de salud. Garantizar la deseada continuidad en los cuidados impone una estrategia de atención a la dependencia en la que es indispensable la introducción de un modelo coordinado, cuando no integrado, para afrontar estas necesidades.

1 EVOLUCIÓN DE LOS SERVICIOS PARA LAS PERSONAS MAYORES

Una de las múltiples consecuencias negativas que nuestro larguísimo periodo de dictadura ha tenido para los españoles, ha sido el escaso y tardío desarrollo de un sistema público de servicios sociales del que sólo podemos hablar a partir

(1) MTAS. *Anteproyecto de Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia*. Madrid: (documento no editado), MTAS, 2006.

de mediados de la década de los setenta, en la que la Constitución Española encomienda al Estado el papel de garante del bienestar de los ciudadanos.

Sólo unos pocos años antes, comienzan a perfilarse iniciativas de atención especializada a las personas mayores, en un intento de romper con el carácter asilar que históricamente ha impregnado la atención a este grupo de población. Surge así en 1971 el primer Plan Nacional de la Seguridad Social de Asistencia a los Ancianos⁽²⁾, con planteamientos marcadamente sociosanitarios en un momento en el que no era previsible la evolución ocurrida en relación a las situaciones de dependencia. Sin embargo, después de muchos años todavía están por cumplir algunas de las previsiones de esta primera planificación gerontológica. De hecho, los recursos se destinaron fundamentalmente a la oferta de actividades de ocio para los jubilados, creando centenares de centros sociales (hogares, y clubs) y a subsanar los importantes problemas socioeconómicos y de vivienda que padecían estas generaciones, construyendo grandes residencias públicas desde una concepción estrictamente hotelera.

Habría que esperar algo más de una década para que los enfoques comunitaristas, ampliamente teorizados en Europa, empezaran a tomar fuerza en nuestro país. Desde esos planteamientos que defienden las ventajas de afrontar las necesidades allí donde se producen y desde la evidencia de evaluaciones demoledoras del modelo institucional que procedían de ámbitos psiquiátricos y asilares, empieza a elaborarse a finales de los ochenta el Plan Gerontológico⁽³⁾. Su difusión en 1993 supuso un cambio cualitativo en la concepción de la planificación y el abordaje de la atención a las personas mayores, convirtiéndose en referente de múltiples planificaciones posteriores y manteniendo aún su vigencia en gran parte de sus planteamientos. Pero, sobre todo, este Plan estableció las bases conceptuales del modelo público de servicios sociales adoptando a lo largo de todos sus contenidos el lema «envejecer en casa», que ya había sido difundido años antes por varios organismos internacionales⁽⁴⁾. En definitiva, conseguimos homogeneizar nuestro discurso sobre la vejez con los países más avanzados en políticas sociales. Pero nuestra distancia de más de veinte años con gran parte de Europa, no desapareció a la hora de poner en práctica este excelente diseño de planificación. De hecho, su grado de ejecución se ha valorado como bastante escaso, muy especialmente en cuanto al desarrollo de servicios domiciliarios, que dieran coherencia a los planteamientos conceptuales de esta planificación⁽⁵⁾. El he-

(2) Orden del Ministerio de Trabajo de 26 de febrero de 1971.

(3) INSERSO. *Plan Gerontológico*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. INSERSO, 1993.

(4) OCDE. *Protéger les personnes âgées dépendantes. Nouvelles orientations*. París: OCDE, 1994 b.

(5) IMSERSO. *Informe de Evaluación del Plan Gerontológico*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. IMSERSO. Col. Observatorio de personas mayores. n.º 1, 1999.

cho de que el Plan Gerontológico no llegara a tener valor normativo, su escasa dotación presupuestaria y su coincidencia en su periodo de desarrollo, con el proceso de descentralización de competencias en esta materia, sin duda han contribuido a que su aplicación no fuera la deseada. Tampoco, los que tuvimos la oportunidad de vivir aquellos interesantes momentos, podemos olvidar la poca credibilidad que en los ámbitos profesionales se daba todavía a los planteamientos comunitaristas. Todo esto se unió a una casi inexistente presión social de los ciudadanos que seguían atribuyendo la responsabilidad de los cuidados al ámbito de la intimidad familiar, es decir, a las mujeres.

En fin, que nuestra comentada distancia con Europa era y sigue siendo preocupante, a pesar de que la incidencia y el perfil de necesidades de las personas mayores sí es la misma (tabla 1).

Tabla 1. RATIOS DE COBERTURA EN RESIDENCIAS Y SAD EN ALGUNOS PAÍSES DE EUROPA

PAISES	PLAZAS INSTITUCIONALES	SERVICIOS DOMICILIARIOS
FRANCIA	7,9	11
HOLANDA	12,2	21
GRAN BRETAÑA	11	9
DINAMARCA	13	31
ESPAÑA	3,66	3,14

FUENTE: Elaboración propia sobre varios textos procedentes de UE y OCDE. Datos 1995-2003 según países.

En nuestro país es obvio que son las familias y en ellas sus mujeres, hijas y esposas, las que consiguen en solitario un aceptable bienestar en las personas que padecen dependencias.

No quisiéramos transmitir, sin embargo, una perspectiva catastrofista de esta década de los noventa en la que sin duda, se ha producido un rápido desarrollo de los servicios más importantes para personas mayores. El esfuerzo realizado desde todas las administraciones públicas y desde la iniciativa social, con y sin fin de lucro, ha sido realmente importante.



2 RECURSOS PARA LA ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA: SITUACIÓN ACTUAL

Sin pretender un análisis detallado, para el que remitimos al realizado en el Libro Blanco⁽⁶⁾, ofrecemos aquí unas breves notas sobre el desarrollo y actual situación de los principales recursos que intervienen en la atención a las personas mayores en situación de dependencia.

- Los **SAD** (servicios de atención domiciliaria) desde su comienzo, hace ya casi 30 años, han experimentado una importante transformación. Hemos pasado de los escasos centenares de usuarios de comienzos de los años 80 a 228.812 en enero 2004⁽⁷⁾. La estimación sobre la cobertura actual de este servicio, acercaría el número de usuarios a 290.000 en una progresión de aproximadamente 30.000 nuevas peticiones anuales atendidas. Sin embargo, no es el número de usuarios y su progresión cuantitativa lo que puede indicarnos qué tipo de servicio estamos dando; la intensidad horaria y otros parámetros cualitativos son determinantes en la esencia de la prestación de este recurso. Todavía a pesar del esfuerzo realizado, continuamos a la cola del resto de países europeos que en su conjunto, han realizado en este mismo periodo de tiempo un fuerte esfuerzo para afrontar los problemas derivados de la dependencia, mediante un gran desarrollo de los servicios de atención domiciliaria.

La realidad nos enfrenta a grandes desigualdades territoriales. Mientras en comunidades autónomas como Galicia se mantiene una media de atención mensual al usuario de 29 horas, en Andalucía y Navarra no se llega a las 9 horas. La media de intensidad horaria en el año 2004 en España ha sido de 16,43 horas al mes, lo que supone pocos minutos más de 4 horas a la semana. La insuficiencia de este servicio para la atención a personas dependientes y ayuda a sus cuidadores es evidente. Y también paradójica la clara incoherencia ante el discurso conceptual bajo el lema «envejecer en casa» y el esfuerzo real realizado para ofrecer una respuesta acorde con él.

Sin entrar a analizar en detalle las características del servicio y la naturaleza de las tareas de apoyo que se prestan, lamentablemente hay que decir que aún se dedica la mayor parte del tiempo a las tareas domésticas, mientras que bastante menos de la mitad de la intensidad horaria media es dedicada a cuidados personales: menos de 5 horas/mes, salvo en algunas comunidades autónomas como Ga-

(6) MTAS. *Libro Blanco. Atención a las personas en situación de dependencia en España*. Madrid: MTAS. Secretaría de Estado de Servicios Sociales, Familias y Discapacidad. IMSERSO, 2005.

(7) MTAS. *Informe 2004. Las Personas Mayores en España*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Secretaría de Estado de Servicios Sociales, Familias y Discapacidad. Instituto de Mayores y Servicios Sociales, 2005.

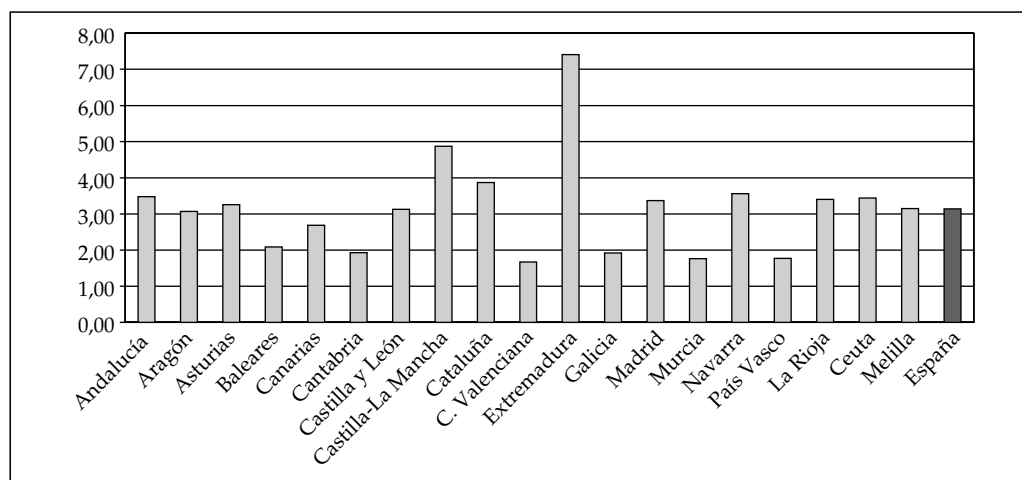
licia, Cataluña o País Vasco en las que los cuidados personales y de apoyo a las AVD⁽⁸⁾ son su actividad fundamental.

Por otro lado, la disparidad territorial existente en cuanto a los precios públicos/hora de los servicios domiciliarios aporta una idea bastante realista sobre la desigualdad en la atención dispensada. Mientras que en comunidades como Navarra pagan más de 20 € por hora de servicio, en otras como Extremadura no se llega a los 6 €. Esta diferencia de más de un 300 % en el precio hora, evidencia distinta concepción, naturaleza y tipología del servicio que, sin lugar a dudas, trasciende a las características socioeconómicas propias de cada Comunidad.

Los servicios domiciliarios que incluyen también comidas, lavandería, acompañamiento o apoyo psicosocial deben reorientarse como servicio de apoyo a las familias cuidadoras y de provisión sociosanitaria, integrada o coordinada con el Sistema Nacional de Salud, para la atención a la dependencia más grave.

Los SAD son innegablemente los servicios que mayor transformación y desarrollo deben experimentar para alcanzar el primer objetivo de este anteproyecto de Ley.

Gráfico 1. SERVICIO PÚBLICO DE AYUDA A DOMICILIO ÍNDICE DE COBERTURA. ENERO, 2004



FUENTE: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (2004). IMSERSO. *Las Personas Mayores en España. Informe 2004*. Madrid 2005.

(8) Actividades de la Vida Diaria.

Tabla 2. SAD EN ESPAÑA. INTENSIDAD HORARIA Y DISTRIBUCIÓN DE TAREAS. ENERO, 2004

Ámbito Territorial	Intensidad horaria ⁽¹⁾	% Tareas domésticas	% Cuidados
Andalucía	8,00	—	—
Aragón	10,00	80 %	30 %
Asturias	13,00	41 %	59 %
Baleares*	12,80	—	—
Canarias	10,00	80 %	20 %
Cantabria	20,53	—	—
Castilla y León	19,00	—	—
Castilla-La Mancha	19,24	—	—
Cataluña	14,00	24 %	76 %
C. Valenciana	10,82	—	—

FUENTE: MTAS. IMSERSO. Las Personas Mayores en España. Informe 2004. Madrid 2005 y Elaboración propia.

(1) Intensidad horaria: número de horas de atención, al mes, por usuario.

* Enero 2003. ** País Vasco: datos sobre Álava y Guipúzcoa.

Tabla 2 (Continuación). SAD EN ESPAÑA. INTENSIDAD HORARIA Y DISTRIBUCIÓN DE TAREAS. ENERO, 2004

Ámbito Territorial	Intensidad horaria ⁽¹⁾	% Tareas domésticas	% Cuidados
Extremadura	22,00	80 %	20 %
Galicia	29,00	60 %	40 %
Madrid	16,85	66 %	34 %
Murcia	17,00	75 %	25 %
Navarra	8,76	20 %	80 %
País Vasco**	25,00	31 %	69 %
La Rioja	13,00	46 %	54 %
Ceuta	22,00	67 %	33 %
Melilla	21,20	40 %	25 %
	16,43		

FUENTE: MTAS. IMSERSO. Las Personas Mayores en España. Informe 2004. Madrid 2005 y Elaboración propia.

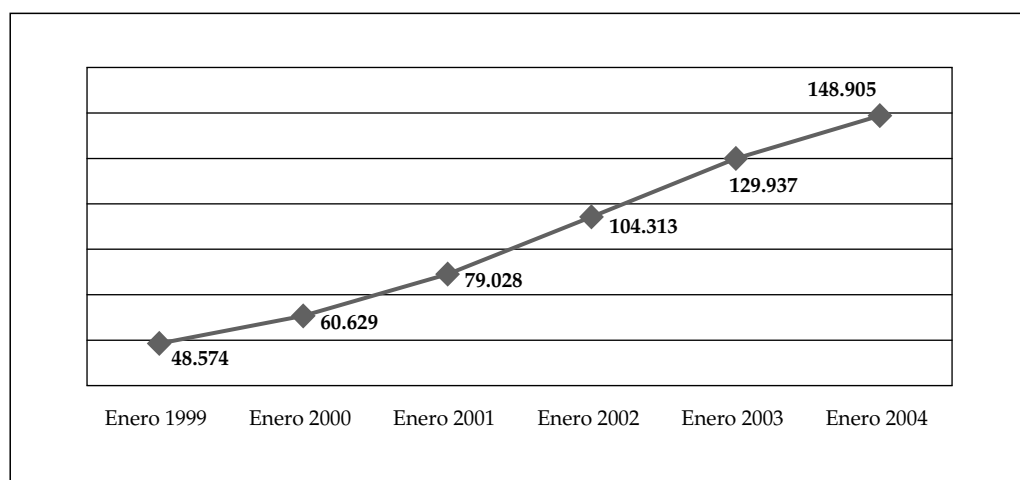
(1) Intensidad horaria: número de horas de atención, al mes, por usuario.

* Enero 2003. ** País Vasco: datos sobre Álava y Guipúzcoa.

- **Teleasistencia:** la evolución de este servicio ha sido exponencial desde hace una década, que se tienen los primeros datos sobre su cobertura. Se ha pasado de 7.070 usuarios en 1995⁽⁹⁾ a 148.905 en enero de 2004, lo que supone un índice de cobertura del 2,05 % sobre las personas mayores de 65 años y algo menos del 11 % sobre el total de personas mayores que viven solas. A pesar de este enorme desarrollo, se ha aprovechado poco este servicio para hacer una atención integral de las personas mayores con problemas de dependencia o soledad.

La Teleasistencia puede ser un elemento clave para la promoción de la autonomía personal y el apoyo en el mantenimiento de la persona dependiente en su entorno habitual, siempre que se contemple como un servicio complementario de la ayuda a domicilio.

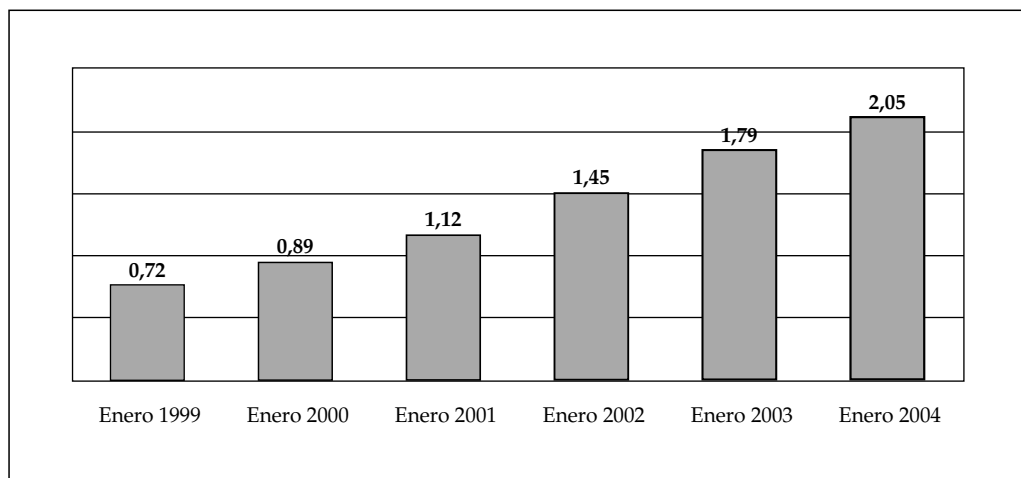
Gráfico 2. SERVICIO PÚBLICO DE TELEASISTENCIA. EVOLUCIÓN DEL NÚMERO DE USUARIOS. 1999-2004



FUENTE: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (2004). IMSERSO. *Las Personas Mayores en España. Informe 2004*. Madrid 2005.

(9) RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ, P. y FERREIRO GASTÓN, E. Evaluación del servicios de teleasistencia domiciliaria. Madrid: INSERSO, 1995.

Gráfico 3. SERVICIO PÚBLICO DE TELEASISTENCIA. EVOLUCIÓN DEL ÍNDICE DE COBERTURA*. 1999-2004



FUENTE: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (2004). IMSERSO. Las Personas Mayores en España. Informe 2004. Madrid 2005.

* Índice de Cobertura: $(N.º \text{ Usuarios} / \text{Pob} > 65) * 100$.

- Los **Centros de Día**, como servicios intermedios y de respiro familiar, son un recurso fundamental para el mantenimiento de la persona dependiente en su entorno habitual y desempeñan un papel esencial de apoyo a las familias cuidadoras.

Es un recurso relativamente reciente, existe desde hace poco más de una década, y quizá por ello persisten aún diferencias de conceptualización e importantes desigualdades territoriales bajo esta misma denominación. Tiene ya bastante demanda tanto por la función terapéutica que realiza con la persona dependiente, como por hacer posible la compatibilización de la vida familiar y laboral. Quizá se explique por ello el desarrollo exponencial del sector privado que gestiona ya un 63 % de las plazas, si bien la financiación predominante sigue siendo pública en un 56 %.

Actualmente existen 33.709 usuarios lo que supone un índice de cobertura del 0,46 %. Las estimaciones para el año 2006 supondrían un aumento de unas 6.000 plazas anuales.

Tabla 3. CENTROS DE DÍA PARA PERSONAS DEPENDIENTES EN ESPAÑA. N.º TOTAL DE CENTROS Y PLAZAS. ENERO, 2004

Ámbito Territorial	Población>65 01/01/2003	N.º de centros Total	N.º plazas Total	Índice de cobertura
Andalucía	1.128.535	149	3.721	0,33
Aragón	262.460	37	905	0,34
Asturias	238.075	35	884	0,37
Baleares*	133.383	22	322	0,24
Canarias	228.142	28	514	0,23
Cantabria	105.213	21	372	0,35
Castilla y León	569.834	284	1.978	0,35
Castilla-La Mancha	358.564	76	849	0,24
Cataluña	1.149.771	642	10.929	0,95
C. Valenciana	740.781	71	1.868	0,25
Extremadura	207.973	48	910	0,44
Galicia	585.977	29	1.036	0,18

FUENTE: MTAS. IMSERSO. *Las Personas Mayores en España. Informe 2004*. Madrid 2005 y Elaboración propia.

* Enero 2003.

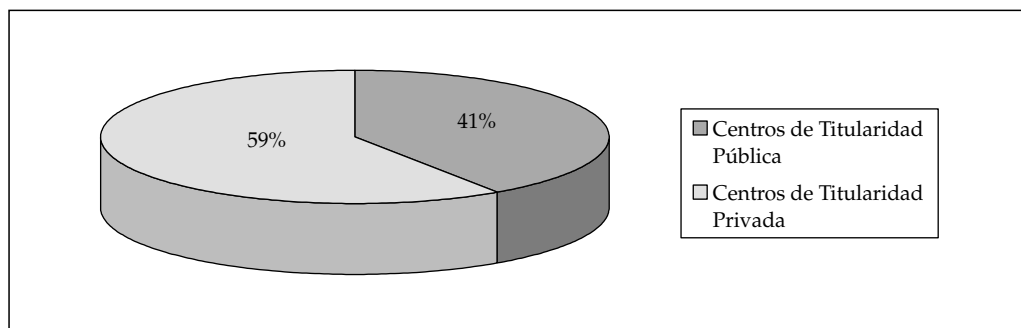
Tabla 3 (Continuación). CENTROS DE DÍA PARA PERSONAS DEPENDIENTES EN ESPAÑA. N.º TOTAL DE CENTROS Y PLAZAS. ENERO, 2004

Ámbito Territorial	Población>65 01/01/2003	N.º de centros Total	N.º plazas Total	Índice de cobertura
Madrid	830.839	160	5.842	0,70
Murcia	178.983	31	755	0,42
Navarra	103.200	18	392	0,38
País Vasco	383.761	91	2.113	0,55
La Rioja	55.578	12	269	0,48
Ceuta	8.222	1	25	0,30
Melilla	7.329	1	25	0,34
España	7.276.620	1.756	33.709	0,46

FUENTE: MTAS. IMSERSO. *Las Personas Mayores en España. Informe 2004*. Madrid 2005 y Elaboración propia.

* Enero 2003.

Gráfico 4. CENTROS DE DÍA PARA PERSONAS MAYORES DEPENDIENTES. DISTRIBUCIÓN DE CENTROS SEGÚN TITULARIDAD. ENERO, 2004



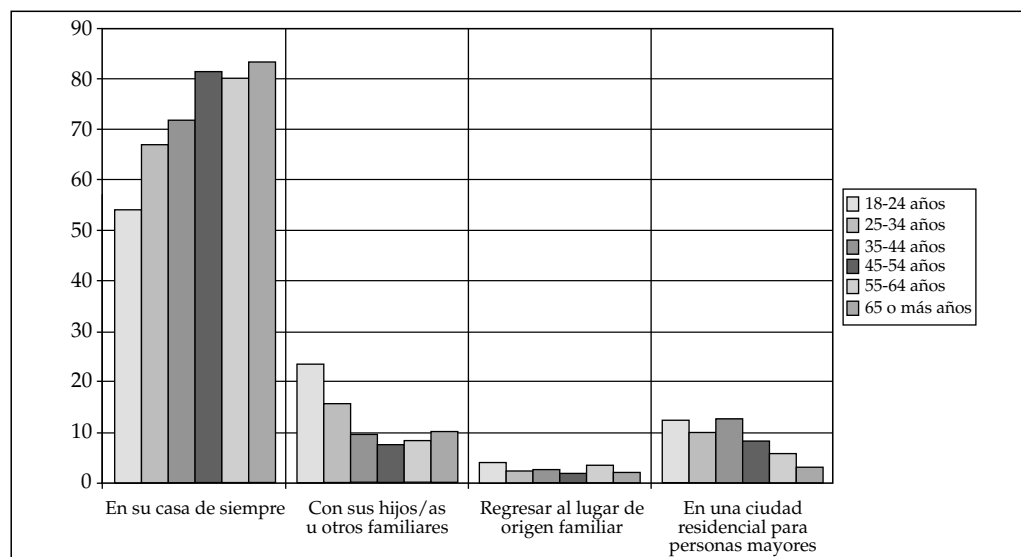
FUENTE: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (2004). IMSERSO. Las Personas Mayores en España. Informe 2004. Madrid 2005.

- **Residencias:** Es el servicio con más antigüedad y que mayor transformación ha experimentado en cuanto a las condiciones de vida y demás aspectos que configuran la calidad del servicio, pasando desde la concepción inicial plenamente asilar por una siguiente marcadamente hotelera hasta la actual, en la que mayoritariamente se oferta una imagen de cobertura sociosanitaria.

El número total de plazas residenciales a enero de 2004 es 266.392, públicas y privadas, de ellas todavía solo 138.354, el 59,99 % de las plazas residenciales, son para personas dependientes y están distribuidas en 4.888 centros de los que 3.886 pertenecen al sector privado.

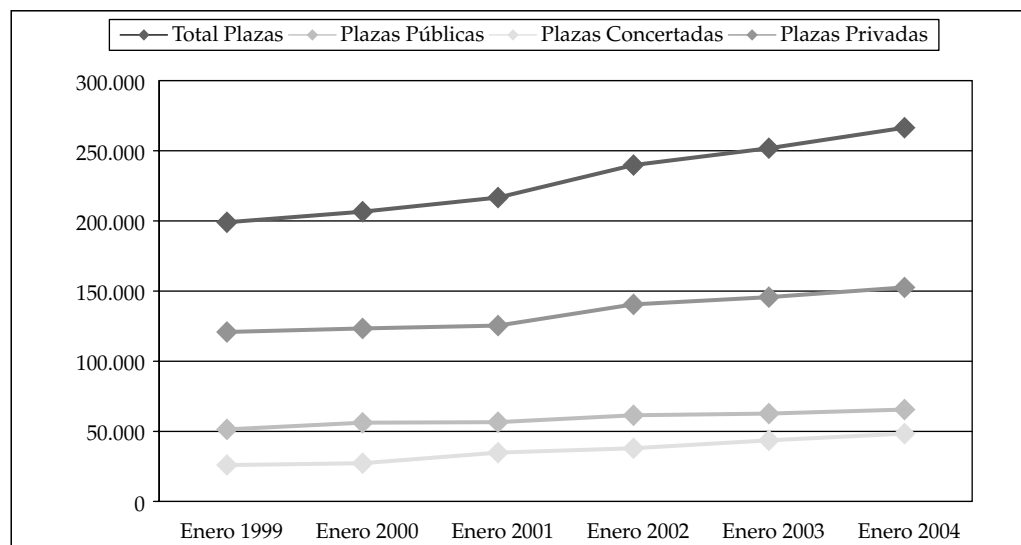
Este rápido desarrollo del sector no ha ido acompañado del correspondiente proceso de orientación y consenso que configurase un modelo coherente y acorde con las necesidades de atención, la voluntad y dignidad que requieren las personas mayores dependientes. Hasta el momento actual se ha aplicado una excesiva desatención respecto a numerosos parámetros que marcan la vida cotidiana en cualquier centro residencial, tan importantes como los programas de intervención, rehabilitación, horarios, instalaciones, respeto a la intimidad, tamaño de las residencias, facilidad en el control de entornos y espacios —esencial para la personalización—, etc. Todo ello junto a esta eclosión de la oferta privada hace temer que, en muchos casos, no se superaría un sistema de acreditación con exigencias básicas. Es necesario hacer un esfuerzo por incorporar las propias preferencias de las personas mayores (gráfico 5) junto a nuevas formas de convivencia que han demostrado buenos resultados en otros países europeos.

Gráfico 5. EXPECTATIVAS SOBRE LA FORMA DE RESIDENCIA DESEADA EN LA VEJEZ, SEGÚN LA EDAD DEL ENTREVISTADO. 2001



FUENTE: CIS, Estudio 2.439, noviembre, 2001.

Gráfico 6. CENTROS RESIDENCIALES. EVOLUCIÓN DEL NÚMERO DE PLAZAS. 1999-2004.



FUENTE: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (2004). IMSERSO. Las Personas Mayores en España. Informe 2004. Madrid, 2005.

1 LAS PRESTACIONES Y SERVICIOS EN EL ANTEPROYECTO DE LEY

Comentaremos brevemente, de forma descriptiva, los servicios y prestaciones contemplados el anteproyecto de Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia, que pretenden cubrir estos tres objetivos: 1) llevar una existencia autónoma todo el tiempo que se desee y sea posible en el medio habitual, 2) recibir un trato digno y 3) participación en las políticas que afecten al propio bienestar. Para ello el Anteproyecto articula los siguientes recursos (tabla 4): servicios de atención y cuidado, descritos en un Catálogo, prestaciones y ayudas económicas.

Tabla 4: RECURSOS SOCIALES CONTEMPLADOS EN EL ANTEPROYECTO DE LEY

Servicio de prevención	Servicios de cuidado	Prestaciones económicas	Ayudas económicas
Servicio de Teleasistencia	Servicio de Ayuda a Domicilio que atenderá: Necesidades del hogar. Cuidados personales.	Vinculada a la adquisición de un servicio no disponible en la red pública.	Financiación de necesidades específicas para facilitar la autonomía personal :
Se desarrollará un Plan de Prevención de las situaciones de dependencia.	Servicio de Centro de día y de noche que consistirá en: Centros de día para mayores. Centros de día para menores de 65 años. Centros de día de atención especializada. Centros de noche.	Cuidados en el medio familiar y apoyo a cuidadores no profesionales.	Ayudas técnicas. Adaptaciones de la vivienda.
	Servicio de Centro Residencial que consistirá en: Residencias para mayores dependientes. Centros de atención a dependientes con discapacidad psíquica. Centros de atención a dependientes con discapacidad física.	Asistencia personalizada.	

FUENTE: Anteproyecto de Ley de Promoción de la Autonomía Personal y atención a las personas en situación de dependencia. 2006. Elaboración propia.

Con relación a la importantísima necesidad de desarrollar de forma efectiva la prevención, el Anteproyecto contempla los llamados «Servicios de Pre-

vención», a los que se da desarrollo en el artículo 19, y prevé la elaboración de un Plan de Prevención de las Situaciones de Dependencia que será elaborado por las CC. AA. en colaboración con los servicios sanitarios. Menciona también, sin mayor concreción, la necesidad de algunas acciones coordinadas con los servicios de salud para la promoción de hábitos saludables y algún programa preventivo específico.

Los Servicios de atención y cuidado tendrán carácter prioritario y se prestarán a través de la oferta y financiación pública. Únicamente, en el caso de que no fuera posible el acceso a un servicio público o concertado, se prevé el reconocimiento de una prestación económica vinculada al servicio, de carácter periódico en función del grado y nivel de dependencia y de la capacidad económica del beneficiario, que iría destinada a la cobertura del gasto de estos servicios, debiendo ser prestados por entidades o centros acreditados para la atención a la dependencia, y siempre que estén previstos en el Programa Individual de Atención, que determinará las prestaciones reconocidas y articulará que se hagan efectivas.

La prestación económica para cuidados en el medio familiar y apoyo a cuidadores no profesionales se contempla con carácter excepcional e irá dirigida a la persona dependiente que sea atendida por cuidadores familiares, siempre que se den condiciones adecuadas en la convivencia y habitabilidad de la vivienda. La prestación para la asistencia personalizada, está dirigida a personas con gran dependencia menores de sesenta y cinco años, para contribuir a la contratación de una ayuda personal, durante un número de horas que facilite una vida más autónoma, el acceso al trabajo, la educación y el ejercicio de actividades básicas de la vida diaria.

Las ayudas económicas para facilitar la autonomía personal irán destinadas, con carácter de subvención, a apoyar a la persona con ayudas técnicas y a facilitar la eliminación de barreras arquitectónicas y adaptaciones de la vivienda.

En relación al Catálogo de Servicios previsto en el anteproyecto de Ley se recogen la mayor parte de los recursos ya existentes y que están descritos en el Libro Blanco. Sin embargo, tanto en su sistematización como en su desarrollo podemos observar numerosas variaciones entre ambos textos.

4 EL ESTADO DE LA CUESTIÓN. CONCLUSIONES

La inminente aprobación de esta Ley va a suponer un punto de inflexión definitivo en el papel de los recursos sociales destinados a las personas que



necesitan ayuda. La universalidad en el acceso y ese velado reconocimiento de estos derechos como de carácter subjetivo pleno, conferirán otra categoría a los servicios sociales, reconocida en parte por nuestra Constitución, pero en la práctica, sumida en la escasez y el subdesarrollo.

Por todo ello, y antes de entrar en algunas consideraciones sobre el contenido del Anteproyecto y su posible mejora de cara al futuro inmediato, realizamos los siguientes comentarios a modo de conclusión sobre el estado actual de los servicios para mayores en situación de dependencia:

- En un escaso periodo de tiempo, España ha realizado un importante esfuerzo para desarrollar servicios sociales destinados a la atención de las personas en situación de dependencia. Las Administraciones públicas han sido protagonistas de este proceso, pero también la iniciativa social con y sin fin de lucro. La generalización de los servicios básicos es un hecho y el acceso está prácticamente garantizado para aquellas personas con bajos recursos socioeconómicos y muy graves situaciones de dependencia.
- Sin embargo, nuestro sistema de servicios sociales es claramente insuficiente. La carga de cuidados asumida por las cuidadoras familiares, hijas y esposas en su mayoría, es difícilmente soportable. La esperanza de vida de las personas en situación de dependencia aumenta progresivamente y el potencial cuidador de las familias disminuye. Además, si comparamos la evolución de los servicios en la mayor parte de los países europeos, observamos que se mantiene la distancia histórica que nos sitúa bastantes años atrás en nuestros índices de cobertura de servicios.
- Siguen vigentes problemas de conceptualización de los servicios, agudizados por las grandes diferencias interautonómicas en el grado de implantación de los recursos y también en sus características. Bajo la misma denominación, observamos prácticas y atenciones difícilmente equiparables. En general, el grado de profesionalización de nuestros recursos, es bajo. La falta de equidad en el acceso, es un grave problema derivado de esta situación.
- Se mantiene el histórico desencuentro entre el sistema sanitario y social en la provisión de recursos. Las experiencias de coordinación sociosanitaria o de provisión integrada de servicios siguen siendo testimoniales desde hace más de una década. Ni siquiera ha sido posible que la sectorización en áreas sanitarias y sociales sea común y pueda facilitar las condiciones mínimas que garanticen intervenciones coordinadas sobre

las necesidades sociosanitarias de las personas dependientes. Circuitos de derivación, protocolos y sistemas de evaluación comunes u optimización de recursos sociales y sanitarios son prácticas poco frecuentes en muchas CC. AA.

- A pesar de que los servicios domiciliarios son los más demandados y que los ciudadanos españoles, como los de todos los países, optan por permanecer en su entorno habitual el mayor tiempo posible, las mayores carencias en nuestro sistema de servicios sociales las presentan los servicios domiciliarios. A la escasa oferta se une la inadecuación de las tareas que se realizan, fundamentalmente domésticas, y la baja intensidad horaria que se presta. En definitiva, es un servicio que precisa de una reestructuración en profundidad para poder dar respuesta a las necesidades que generan las situaciones de dependencia. La profesionalización del SAD y la diversificación y flexibilidad en la oferta de servicios serán condiciones indispensables en esta nueva fase de expansión.
- En cuanto a los centros de día, quizás uno de los recursos de más reciente implantación en nuestro país, destacamos su rápido desarrollo y su progresivo grado de aceptación entre la población dependiente. Una vez más, la desigualdad interautonómica y las grandes diferencias en su oferta de servicios nos llevan a concluir que estamos ante diferentes recursos bajo la misma denominación. El carácter marcadamente terapéutico de unos y de exclusiva descarga familiar de otros explica buena parte de las diferencias, que se manifiestan con claridad en la observación de una gran disparidad en el coste/plaza en unas y otras CC. AA.
- Por último, en cuanto a nuestro recurso por excelencia, las residencias, hay que señalar que los avances observados en los últimos años son generalizados en todo el Estado y han configurado una oferta mucho más atractiva y profesionalizada que genera una mayor aceptación entre la población de un servicio como éste, sistemáticamente rechazado y asociado a las instituciones de carácter asilar. La iniciativa privada ha contribuido de forma decisiva en este aparente cambio del modelo residencial. Sin embargo, la observación más profunda de sus características, pone de manifiesto carencias importantes asociadas a la conceptualización de la intervención y al diseño de programas de todo tipo que dignifiquen la vida residencial. Una vez más, la profesionalización es insuficiente, tanto en su vertiente cuantitativa como cualitativa. La adecuación de muchas plazas residenciales a las necesidades de atención que genera la dependencia exigirá la introducción de cambios importantes

en un buen número de ellas para poder superar un proceso de acreditación que certifique la calidad de estos alojamientos.

- Existen pocas experiencias de modelos de alojamientos alternativos a las grandes residencias, promovidos desde las administraciones públicas y las grandes empresas. Sin embargo, la observación de la evolución del modelo residencial en otros países europeos que alcanzan altas cotas de bienestar, y que han optado por sistemas de convivencia en grupos pequeños, cercanos a los modos de vida habitual, nos sugieren la conveniencia de experimentar nuevas formas de alojamiento mucho más acordes a nuestras características idiosincrásicas. Sería una pena que desaprovechésemos la riqueza de nuestras redes sociales y comunitarias que pueden facilitar definitivamente la expansión de este tipo de alojamientos: viviendas, unidades de convivencia, apartamentos, etc.

5

APORTACIONES PARA EL DEBATE DEL ANTEPROYECTO DE LEY EN MATERIA DE PRESTACIONES SOCIALES

Del análisis del contenido del Anteproyecto surgen algunas incógnitas que mucho convendría fueran despejadas en el proyecto definitivo. Numerosas organizaciones de mayores y discapacitados, centrales sindicales y grupos de expertos han emitido opiniones y dictámenes al respecto. Partiendo una vez más del reconocimiento de la trascendencia que esta Ley y su propuesta de catálogo de prestaciones y servicios va a tener para los ciudadanos españoles, a continuación realizamos algunos comentarios críticos y propuestas constructivas, con el deseo de que puedan contribuir al debate de este proyecto ante las numerosas dudas que este texto está generando en los sectores afectados.

- Asumimos la conclusión del dictamen 3/2006 del Consejo Económico y Social⁽¹⁰⁾ sobre el Anteproyecto de Ley de referencia, en la que se considera necesario *«destacar la necesidad de que el contenido mínimo de las prestaciones y servicios del sistema, garantizado por la Administración General del Estado, que debe precisarse en la Ley, responda a los criterios de suficiencia y adecuación a las necesidades de las personas en situación de dependencia, garantizando el principio de equidad territorial»*⁽¹¹⁾. Quizás sea éste el aspecto más importante que debería ser introducido en el texto definitivo. Su ausencia, hace que este histórico proyecto, adolezca de una falta de concreción preocupante.

(10) CES. *Dictamen 3/2006, sobre el Anteproyecto de ley de Promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia*. Madrid: Consejo Económico y Social. Sesión Ordinaria del Pleno, 20 de febrero de 2006. Documento no editado.

(11) *Ibid.*

- El Anteproyecto trasluce también incertidumbre en aspectos esenciales que van a configurar realmente la idoneidad del Sistema, como son: intensidad de la protección de los servicios, cuantía de las prestaciones o el porcentaje de copago con el que participará el usuario en el coste de los servicios. Es sobradamente conocida la experiencia acumulada sobre el funcionamiento de los consejos territoriales y sus escasos acuerdos logrados. Ojalá no suceda lo mismo en el Consejo Territorial del Sistema Nacional de Dependencia, contemplado en el art. 10, que, en definitiva, va a ser el órgano decisorio de casi todos los aspectos fundamentales de este proyecto.
- En lo que se refiere al contenido del previsto Catálogo de Servicios, su clasificación en «servicios para la promoción de la autonomía personal y servicios de atención y cuidado», puede resultar confusa o poco operativa:
 - Todos los servicios han de promover la autonomía personal, entendida como capacidad de autogobierno y definida así, en este mismo sentido, en el propio texto del Anteproyecto.
 - La prevención trasciende obviamente al concepto de «servicio» utilizado. Asumimos desde aquí la aportación realizada por el colectivo POLIBEA, que se manifiesta en estos términos: «... las acciones preventivas de carácter colectivo no parece que deban tratarse como un servicio más del sistema, sino que deben ser integradas en el mismo mediante fórmulas adecuadas a su alcance y de carácter técnico»⁽¹²⁾.
 - La delegación de todas las acciones preventivas a la elaboración de un Plan de Prevención de las situaciones de dependencia que se elaborará en el seno del Consejo Territorial del Sistema Nacional de Dependencia, genera la inquietud de lo que podría suponer una dilación *sine die* de estas importantes actuaciones.
 - En cuanto a los servicios de atención y cuidado que se desarrollan en los artículos 21, 22, y 23 del Anteproyecto, con independencia de que se desarrollen más ampliamente en un futuro próximo, se echan de menos algunas referencias básicas a: la inclusión de servicios específicos para personas con enfermedades mentales, la ampliación de las funciones de los servicios domiciliarios, la ausencia de sistemas alternativos de alojamientos como unidades de convi-

(12) SEMINARIO DE INTERVENCIÓN DE POLÍTICAS SOCIALES (Grupo de Estudio sobre Prevención y Atención a la Dependencia). *Informe sobre el Anteproyecto de ley de Promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia*. Madrid: SEMINARIO DE INTERVENCIÓN DE POLÍTICAS SOCIALES, 24 de febrero de 2006. Documento no editado.

vencia, viviendas con servicios etc., cuya calidad y conveniencia para determinadas situaciones de dependencia está suficientemente demostrada.

En cuanto a las prestaciones económicas en sus diferentes modalidades, entendemos que se hace necesario contemplar de forma expresa la suficiencia de estas, pero también la necesidad de limitar claramente su concesión a la falta de disponibilidad de servicios. Son sobradamente conocidos los inconvenientes que plantea esta modalidad económica. En particular, en el caso de las prestaciones económicas destinadas a los cuidadores no profesionales o familiares, aún reconociendo su eficacia para paliar los acuciantes problemas económicos que las familias suelen tener cuando han de afrontar el cuidado de la dependencia, es necesario señalar que:

- a) Las ayudas económicas familiares en algunos casos no garantizan la calidad de los cuidados, ni siquiera que se destinen a esta actividad y no sólo a engrosar el presupuesto familiar, situación beneficiosa en sí misma, pero lejana al objetivo de este tipo de medidas. La evaluación de las condiciones del entorno y familiares, y su seguimiento, debería ser obligatoria para su concesión y el mantenimiento de su aplicación.
- b) Las ayudas familiares generalmente irán destinadas a las mujeres cuidadoras, con lo que su posible acceso al mundo del trabajo se seguiría viendo seriamente dificultado. Parece un sistema muy asociado a familias con bajo poder adquisitivo, cuyas mujeres, una vez más, se verán abocadas a quedarse en su casa cumpliendo roles tradicionales de cuidado.

En relación con la participación financiera de los usuarios establecida en el artículo 32, resulta necesario aclarar qué tipo de servicios van a ser objeto de copago. Entendemos que, en ningún caso, puede existir participación financiera en los cuidados sanitarios domiciliarios, ambulatorios o residenciales, ni tampoco en la prestación de los cuidados personales, objeto central de esta Ley. Entendemos que sólo los servicios relacionados con las tareas domésticas y los de manutención y alojamiento deberían ser objeto de cofinanciación con la participación de los usuarios, según su nivel personal de renta (no el de sus familias).

Por último, y a pesar del reconocimiento de que este anteproyecto de ley está destinado al necesario desarrollo del sistema de servicios sociales, señalamos nuevamente la preocupante ausencia de contenidos sobre el papel, que en la atención a la dependencia desempeña el sistema sanitario. Su inhibición en la puesta en marcha de este proceso, pone en cuestión

la coherencia, calidad y sostenibilidad de esta iniciativa, generando presiones inadecuadas sobre los dos sistemas. Todos los países que han desarrollado iniciativas de protección a la dependencia incluyen en su legislación, una amplísima participación de los servicios de salud, responsables de múltiples e imprescindibles aspectos del proceso de atención a la dependencia.

Consideramos, por tanto, que, al menos de forma paralela a la redacción definitiva de esta Ley, debe desarrollarse urgentemente el artículo 14 de la Ley 63/2003, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, en el que se establecen las actuaciones que el sistema sanitario asume en el ámbito de las prestaciones sociosanitarias. Las actuaciones coordinadas de ambos sistemas son indispensables para garantizar la continuidad en los cuidados, inherente al proceso de atención a la dependencia.

6 BIBLIOGRAFÍA

- VIDAL HERNÁNDEZ, J. Plan Nacional de la Seguridad Social de Asistencia a ancianos. *GERONTOLOGÍA Y GERIATRÍA*. Madrid: Cruz Ruja Española, 1974.
- INSERSO. *Plan Gerontológico*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. INSERSO, 1993.
- OCDE. *Protéger les personnes âgées dépendantes. Nouvelles orientations*. París: OCDE, 1994 b.
- RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ, P. y FERREIRO GASTÓN, E. *Evaluación del servicios de teleasistencia domiciliaria*. Madrid: INSERSO, 1995.
- OCDE. *Protéger les personnes âgées dépendantes. Des politiques en mutation. ETUDES DE POLITIQUE SOCIALE*, París, 1996, n.º 19.
- IMSERSO. *Informe de Evaluación del Plan Gerontológico*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. IMSERSO. Col. Observatorio de personas mayores. n.º 1, 1999.
- INE. *Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud*, Madrid: INE, 1999.
- RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ, Pilar. La residencia. Concepto. Destinatarios y objetivos generales. En: SEGG. *Residencias para personas mayores. Manual de orientación*. Barcelona: SG., 1999.
- INFORME DEL DEFENSOR DEL PUEBLO. *La atención sociosanitaria en España: perspectiva gerontológica y otros aspectos anexos*. Madrid: Oficina del Defensor del Pueblo, 2000.
- MTAS. *Libro Blanco. Atención a las personas en situación de dependencia en España*. Madrid: MTAS. Secretaría de Estado de Servicios Sociales, Familias y Discapacidad. IMSERSO, 2005.



MTAS. *Informe 2004. Las Personas Mayores en España*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Secretaría de Estado de Servicios Sociales, Familias y Discapacidad. Instituto de Mayores y Servicios Sociales, 2005.

MTAS. *Anteproyecto de Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia*. Madrid: MTAS, 2006 (documento no editado).

CES. *Dictamen 3/2006, sobre el Anteproyecto de ley de Promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia*. Madrid: Consejo Económico y Social. Sesión Ordinaria del Pleno, 20 de febrero de 2006 (documento no editado).

SEMINARIO DE INTERVENCIÓN DE POLÍTICAS SOCIALES (Grupo de Estudio sobre Prevención y Atención a la Dependencia). *Informe sobre el Anteproyecto de ley de Promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia*. Madrid: SEMINARIO DE INTERVENCIÓN DE POLÍTICAS SOCIALES, 24 de febrero de 2006 (documento no editado).

La atención sanitaria a las situaciones de dependencia

Isidoro Ruipérez Cantera

Presidente de la Sociedad Española de Geriátría y Gerontología.
Jefe del servicio de geriatría del Hospital Central de la Cruz Roja de Madrid.

Sumario

1. Introducción.
2. Situación actual de la atención sanitaria a las personas mayores dependientes en España.
3. Propuestas de mejora de la atención sanitaria a las personas mayores dependientes.

RESUMEN

En primer lugar, se describen los recursos sanitarios existentes en España y sus competencias en la atención a las personas dependientes. Se comenta en cada caso sus características, fortalezas y debilidades, tanto de la atención primaria como de la especializada, y dentro de ésta se enfatiza en la atención geriátrica. También del componente sanitario de los recursos sociales.

En la segunda parte del capítulo se hacen propuestas de mejora en todos los ámbitos de la asistencia sanitaria a las personas mayores dependientes: domicilio, hospitales, residencias, etc., así como de su coordinación para una mayor eficiencia. Se insiste especialmente en la gran importancia de la prevención y limitación de la dependencia, objetivo posible con frecuencia y gran asignatura pendiente de la atención sanitaria a las personas mayores en España.

ABSTRACT

The paper starts by describing the existing health resources in Spain and their scope of competencies in regard to the care of dependent persons. In each case, the paper examines characteristics, strengths and weaknesses. The work looks at both primary healthcare and specialist care, and includes a special consideration of geriatric care. The health component of social resources is also discussed.



The second part of the work offers proposals in regard to improving all spheres of healthcare for dependent elderly persons: their own home, hospitals, care homes, etc., as well as coordination to boost efficiency. Emphasis is laid on the major importance of prevention and limitation of dependency, which is often possible and is the main challenge still facing healthcare for dependent elderly persons in Spain.

1 INTRODUCCIÓN

El tema de la dependencia y qué hacer con las personas que la padecen y sus familias está más abierto que nunca. Sin duda, esto debe de ser motivo de satisfacción para los propios interesados y también para los profesionales que tenemos alguna responsabilidad e inquietud en ello. Pero también tiene que ser causa de una responsable preocupación para que no sea una oportunidad perdida y, más grave aún, pueda llevar a caminos y objetivos que ya han demostrado su ineficiencia sobre lo que se pretende conseguir. En este sentido, hay algunas connotaciones en el debate abierto que deben ser motivo de reflexión. Por ejemplo:

- *Mostrar la dependencia como una consecuencia inevitable de la edad.* De esta forma el propio individuo sería «el culpable» de su dependencia, por haber tenido la «suerte» de vivir muchos años, y resultaría más fácil pedirle compromiso y responsabilidad en la atención a las consecuencias de esa dependencia.
- *Insistir mucho en la atención a la dependencia y poco en su prevención.* En la última parte de este capítulo se tratará de demostrar que, también en la dependencia, «es más importante prevenir que curar».
- *Creer que la atención a la dependencia puede ser un campo importante de negocio y riqueza.* Quizás en algunos casos pueda ser así, pero en otros muchos esos objetivos serán difícilmente compatibles con la pobreza, grandes necesidades y escasez de recursos que habitual e históricamente se dedican a estos colectivos.
- *Insistir en que la atención a la dependencia será uno de los mayores «yacimientos de empleo»,* pero sin añadir que, mientras la situación no cambie significativamente, con frecuencia es un empleo de «baja calidad» (en cuanto a condiciones laborales de salario y horas de trabajo), duro, difícil y para el que «no cualquiera puede valer», necesitando de una preparación adecuada.

En lo referente a la importancia de los aspectos sanitarios de las personas mayores dependientes, que con frecuencia de forma incomprensible se tratan de minimizar, resaltar que:



- Las enfermedades son, con gran diferencia, la causa principal de dependencia.
- En muchas ocasiones esas enfermedades y sus secuelas se han podido prevenir, es decir, esa dependencia se hubiera evitado.
- La mayoría de las enfermedades que ya están causando dependencia, requieren controles frecuentes para evitar sufrimiento y que esa dependencia progrese.
- Son frecuentes las descompensaciones de las patologías crónicas causantes de la dependencia, con frecuentes enfermedades sobreañadidas, polifarmacia, etc., lo que conlleva a una especial dificultad en el manejo asistencial (domicilio, residencia, hospital), y clínico de esos pacientes.
- Con frecuencia son los problemas sanitarios de las personas mayores dependientes los que desbordan las situaciones de asistencia domiciliaria o residencial.

La situación de partida en nuestro país para abordar el componente sanitario de la dependencia es buena: la Ley General de Sanidad de 1984 garantiza la atención sanitaria a todos los ciudadanos. Habrá que adaptar ese principio, esos recursos, a una población que ha envejecido desde entonces. No sería justo, ni ético, pedir a esa población envejecida que se adapte a una atención sanitaria diseñada hace más de 20 años.

2 SITUACIÓN ACTUAL DE LA ATENCIÓN SANITARIA A LAS PERSONAS MAYORES DEPENDIENTES EN ESPAÑA

2.1. La Atención Primaria de Salud (APS)

2.1.1. COBERTURA ASISTENCIAL

Incluye como estructura física el centro de salud, y como estructura funcional el equipo de atención primaria (EAP), formado por profesionales sanitarios y no sanitarios, que desarrollan de forma continuada y compartida las funciones y actividades de la APS en el seno de una comunidad determinada. Desde el año 2002 están totalmente transferidos a las CC. AA.

2.1.2. PROGRAMAS QUE AFECTAN AL ANCIANO EN APS

2.1.2.1. Programa del anciano sano

Dirigida especialmente a las personas mayores de 65 años y con autonomía funcional, es importante en la prevención primaria de la dependen-

cia. Se basa fundamentalmente en fomentar los hábitos de vida saludable: alimentación, ejercicio físico, evitar tóxicos, participación activa en la sociedad, etc.

2.1.2.2. Programa del anciano de riesgo

Dirigido a grupos frágiles, donde se ha demostrado que la prevención secundaria es muy eficiente. Aquí estarían las personas mayores de 80 años, los que viven solos, han sido ingresados recientemente en un hospital, han enviudado hace menos de un año, toman varios medicamentos, enfermedades que requieren controles frecuentes, los más pobres, con menor cultura, etc. El primer objetivo es su detección y localización, programando así un plan individualizado de actuación según sea la causa o causas de fragilidad: controles programados, visitas domiciliarias, cobertura social, etc.

2.1.2.3. Programa de atención domiciliaria a pacientes inmovilizados

La gran mayoría son personas ancianas con alto grado de dependencia. Sería la primera línea de actuación de la atención sanitaria al paciente dependiente en el domicilio. Se lleva a cabo mediante visitas programadas de los EAP al domicilio para prevenir y tratar problemas complejos (úlceras, nutrición, trastornos del comportamiento, etc.), que desbordan a los cuidados familiares o a los soportes sociales.

2.1.2.4. Programa de atención a pacientes terminales

La mayoría son pacientes ancianos, especialmente los no oncológicos, pero también los oncológicos. Especial complejidad suponen los primeros donde con frecuencia no es fácil diferenciar situaciones de terminalidad con otras de dependencia tratable o mejorable, y donde los errores, también frecuentes en el ámbito hospitalario, pueden llevar a la toma de decisiones erróneas y de difícil corrección. El objetivo de que el mejor lugar para morir es el propio domicilio no debe de ser una máxima, ni siquiera es así en muchos casos. La persona mayor dependiente y su familia deben poder elegir dónde y cómo poder ser asistido al final de su vida, garantizando siempre una calidad y no sobrecarga de la asistencia. El tener acceso desde la APS a la consulta de la Atención Geriátrica especializada (AG), es fundamental para que este programa tenga garantías de calidad.



En la Tabla n.º 1 se muestran algunos datos de cobertura asistencial de los programas citados.

Tabla N.º 1. COBERTURAS ESPECÍFICAS DE LAS PERSONAS MAYORES DE 65 AÑOS ALCANZADAS EN LA CARTERA DE SERVICIOS DE 2000

Coberturas alcanzadas Cartera de Servicios 2000 Servicios del adulto							
Código	Nombre del servicio	1999 personas incluidas	%	2000 personas incluidas	%	ΔV 00/99	ΔV % 00/99
301	Vacuna de la gripe >= 65a	1.560.513	55,7	1.656.193	59,1	95.679	3,4
313	Atención domiciliaria a pacientes inmovilizados	117.205	38	120.320	39	3.115	1,0
314	Atención a pacientes terminales	19.602	65,5	15.026	50,2	-4.576	-15,3
316	Prevención y detección de problemas en el anciano	479.575	38,1	498.509	39,6	18.934	1,5

INSALUD. Subdirección General de Atención Primaria. Oferta de Servicios, 2002.

2.2. Equipos específicos de asistencia en domicilio

2.2.1. PROGRAMAS DE ATENCIÓN DOMICILIARIA Y EQUIPOS DE SOPORTE (PADES)

Con experiencia en Cataluña desde el año 1986 y dirigidos a la atención de personas enfermas crónicas y terminales, muchas de ellas ancianas dependientes. Formados por médico, enfermero y trabajador social, comparten con los EAP las funciones asistenciales domiciliarias. En el año 2004 existían en Cataluña 68 PADES con cobertura a la totalidad de la población. En 2002 atendieron a 14.497 pacientes, siendo el 44 % oncológicos y el resto geriátricos. El 42 % fallecieron en el domicilio durante su seguimiento por el equipo PADES, pasando el resto a depender sólo de los EAP (la mayoría) o ingresar en diferentes centros (Salvà, 2004).

(Salvà-Casanovas A., Llevadot D., Miró M., Vilalta M. y Rovira J. C. La atención geriátrica. Uno de los grandes ejes de la atención sociosanitaria en Cataluña. Rev. Esp. Geriatr Gerontol 2004; 39:101-108.)

2.2.2. EQUIPOS DE SOPORTE Y ATENCIÓN DOMICILIARIA (ESAD)

Implantados por el INSALUD en el año 1999 en tres áreas sanitarias, llegando a 16 en el año 2000 y con escaso desarrollo desde entonces. Son equipos



interdisciplinarios donde se valora especialmente la formación en geriatría, cuidados paliativos y enfermedades crónicas. Su principal objetivo es potenciar la atención en domicilio desde la APS a la que pertenecen. La mayoría de su población atendida es anciana en importante grado de dependencia y complejidad.

2.2.3. EQUIPOS DE CUIDADOS PALIATIVOS

La mayoría dependientes de la Asociación Española contra el Cáncer, mediante conciertos con las Administraciones, y dirigidos al paciente oncológico terminal. Son equipos interdisciplinarios que trabajan en colaboración con la APS.

2.2.4. EQUIPOS DE ASISTENCIA GERIÁTRICA DOMICILIARIA (AGD)

Dependientes de los servicios de geriatría hospitalarios, son equipos interdisciplinarios que atienden a pacientes geriátricos complejos y dependientes en domicilio, la mayoría de las veces a requerimiento de la APS, siendo ésta la responsable del paciente. En otros casos se sigue al paciente desde el alta hospitalaria, especialmente si tiene riesgo de reingreso, siempre con conocimiento y acuerdo de la APS y, lógicamente, del paciente y la familia. Su eficiencia está demostrada y su mayor problema es la dificultad de implantación por la escasez de recursos geriátricos en los hospitales como después se verá.

2.2.5. HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA

Su fundamento teórico es el mantenimiento del paciente en el domicilio, como alternativa a la hospitalización y con iguales garantías de calidad y seguridad que ésta. Es precisamente con los pacientes geriátricos, dependientes y complejos, con los que más difícil es poder aplicarla, por sus frecuentes descompensaciones y demandas, lo que haría con frecuencia ineficiente la asistencia. Además no se apoyan en la APS. Con otros tipos de pacientes, más jóvenes, colaboradores, sin pluripatología, con problemas puntuales de salud, con más apoyo familiar, etc., su eficiencia es mayor.

Existen otras experiencias de atención domiciliaria (PALET, Enfermería de enlace, etc.), con resultados menos conocidos y contrastados.



2.3. Atención especializada

2.3.1. LA GERIATRÍA, EL PACIENTE GERIÁTRICO Y OTRAS ESPECIALIDADES MÉDICAS

La Ley General de Especialidades médicas de 1978 reconoce a la geriatría como una especialidad más en nuestro país, en igualdad de condiciones que cualquier otra. Su objetivo es «no sólo la prevención, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades en las personas mayores, sino también su recuperación de función y su reinserción en la sociedad» (Sociedad Británica de Geriatría).

Posteriormente, mediante el Real Decreto 1277/2003 de 10 de octubre, en la oferta de servicios autorizados en el Sistema Nacional de Salud, se define a la geriatría como «unidad asistencial en la que un médico especialista en Geriatría es responsable de realizar el estudio, diagnóstico y tratamiento de la patología de la edad avanzada».

Es importante acotar adecuadamente a la población diana de ser susceptible de AG especializada, para poder así optimizar la eficiencia. Hay dos formas principales para definirla. Una, a partir de una alta edad, sobre los 80 años, cuando la fragilidad ya es habitual y las actuaciones preventivas y asistenciales a la dependencia son más efectivas. La otra, cuando cualquier persona mayor tiene algún síndrome geriátrico como son: demencia, limitación de la movilidad, caídas, desnutrición, incontinencia, depresión, etc.

En nuestro país se llegó a un consenso (INSALUD, 1995), para definir como «paciente geriátrico», y por lo tanto susceptible de recibir AG especializada, al que cumple tres o más de los siguientes cinco criterios:

- Mayor de 75 años.
- Tener patología crónica o crónica reagudizada con tendencia incapacitante.
- Padecer pluripatología.
- Tener problemas psíquicos acompañantes o predominantes.
- Relación de su estado de salud con problemática social o familiar.

(INSALUD. Criterios de Ordenación de Servicios para la Atención Sanitaria a las Personas Mayores. 1995.)

2.3.2. LOS HOSPITALES GENERALES DE AGUDOS

A ellos debe ser derivado el paciente anciano cuando tiene una enfermedad aguda o crónica reagudizada, de suficiente gravedad e importancia que



no puede ser adecuadamente atendida en otros niveles asistenciales. Pacientes ancianos sin o con dependencia. En el primer caso, el riesgo de que se genere dependencia es alto, tanto por la enfermedad en sí misma, como por la posibilidad de una atención insuficiente. En el segundo caso, también se requiere una atención adaptada para evitar prácticas indebidas, tanto por exceso como por defecto, con lo que se puede generar más dependencia, sufrimiento e inadecuada utilización de recursos.

Son muchos los servicios hospitalarios que deben de tener en cuenta a esta población de gran riesgo y que va en aumento. Adaptando sus estructuras y a sus profesionales: servicios de urgencia, quirúrgicos, médicos... En casi todos ellos habrá pacientes ancianos dependientes o en alto riesgo de estarlo.

Los servicios o unidades geriátricas de agudos (UGA) deben de ser parte fundamental de esta asistencia. Atienden directamente a esa población diana definida anteriormente, los pacientes geriátricos, habiendo demostrado que a igual coste reducen significativamente la discapacidad y la dependencia (Landefeld, 1995). En la tabla n.º 2 se puede apreciar que sólo un 10 % de los hospitales generales españoles de más de 100 camas tienen este tipo de UGA, lo que llamamos en el trabajo citado «Asistencia Geriátrica más completa», con importantes diferencias autonómicas.

Cuando en la tabla 2 nos referimos a «Asistencia Geriátrica incompleta», quiere decir la opción de evaluar a los pacientes geriátricos, pero con posibilidades limitadas de seguimiento y tratamiento. Son los equipos llamados UFISS en Cataluña (Unidades funcionales interdisciplinares socio sanitarias) o Equipos de valoración y cuidados geriátricos en otras partes del Estado español. El 22 % de los hospitales generales los tienen.

(Landefeld C. S., Palmer R. M., Kresevic D. M., Fortinsky R. H., Kowal J. A randomized trial of care in a hospital medical unit especially designed to improve the functional outcomes of acutely ill older patients. *N Engl J Med* 1995; 332:1338-1344.)

**Tabla N.º 2. TIPOS DE ASISTENCIA GERIÁTRICA ESPECIALIZADA EN HOSPITALES GENERALES DE MÁS DE 100 CAMAS EN ESPAÑA, SEGÚN CC. AA.**

Lugar	N.º	Tipo de Asistencia Geriátrica		
		Más Completa	Incompleta	No existe
España	216	21 (10%)	49 (22%)	146 (68%)
Madrid	13	4 (31%)	3 (23%)	6 (46%)
Castilla-La Mancha	10	3 (30%)	2 (20%)	5 (50%)
Aragón	9	2 (22%)	1 (11%)	6 (67%)
Navarra	5	1 (20%)	0	4 (80%)
Galicia	12	2 (17%)	1 (8%)	9 (75%)
Cataluña	35	5 (14%)	22 (63%)	8 (23%)
Extremadura	9	1 (11%)	0	8 (89%)
Asturias	9	1 (11%)	0	8 (89%)
Castilla y León	15	1 (7%)	6 (40%)	8 (53%)
Andalucía	32	1 (3%)	2 (6%)	29 (91%)
La Rioja	1	0	1 (100%)	0
Canarias	8	0	3 (37%)	5 (63%)
Murcia	8	0	2 (25%)	6 (75%)
Comunidad Valenciana	23	0	5 (22%)	18 (78%)
Baleares	5	0	1 (20%)	4 (80%)
País Vasco	17	0	0	17 (100%)
Cantabria	3	0	0	3 (100%)
Melilla	1	0	0	1 (100%)
Ceuta	1	0	0	1 (100%)

(Ruipérez I., Midón J., Gómez-Pavón J., y col. Nivel de adecuación de los recursos geriátricos en los hospitales generales españoles. Rev. Esp. Geriatr Gerontol 2003; 38(4):281-287).

2.3.3. UNIDADES DE MEDIA ESTANCIA (UME) o CONVALECENCIA

Son camas de hospitalización cuyo objetivo principal es recuperar las secuelas y la dependencia que pueda haber aparecido durante la fase aguda de la enfermedad. Lo más deseable es que estén integradas o próximas al hospi-



tal general, debido a lo frecuentes que suelen ser los problemas intercurrentes de importancia.

Las causas más frecuentes de ingreso son tres: secuelas de ictus, fracturas de cadera operadas y secuelas por la inmovilidad por diferentes razones (cirugía, enfermedad grave, etc.).

Lo habitual es que al alta de la UME, tras unos 20 días de estancia media, las dependencias graves pasen a moderadas y estas a leves.

La incomprensible escasez de estas camas en España, quizás las más paradigmáticas en la limitación de la dependencia, sólo se explica y está en consonancia con la escasez del desarrollo de la geriatría hospitalaria, principal inductora para su desarrollo.

2.3.4. HOSPITALES GERIÁTRICOS DE DÍA

Para completar la recuperación funcional (fundamentalmente las actividades de la vida diaria) y estabilización de problemas clínicos de los pacientes geriátricos dados de alta de una UGA, UME u otro servicio o desde APS, y que pretenden seguir viviendo en su propio domicilio o con su familia. Suelen ser una parte más del servicio de geriatría hospitalario. Su escasez en nuestro país es también grande, por las mismas razones que las apuntadas anteriormente.

2.3.5. UNIDADES DE LARGA ESTANCIA (ULE)

Necesarias para personas con muy alto grado de dependencia que requieren además asistencia continuada y compleja (curas, sondas, toma de decisiones...). Sus mayores demandantes son también pacientes geriátricos con enfermedades avanzadas o graves secuelas de enfermedades agudas. Los objetivos son evitar el sufrimiento, control de síntomas y mantener unos cuidados de dignidad y respeto para el ya próximo fin del ciclo vital. No pueden ser camas de «bajo coste» o de «cuidados mínimos» como imprudentemente se las ha denominado en ocasiones. Por eso es bueno que dependan de los servicios sanitarios, con más medios que los departamentos sociales, pues esta asistencia de calidad no puede ser barata.

En España hay pocas camas públicas y sanitarias dedicadas a esta asistencia, por lo que gran parte de ella recae sobre los servicios sociales (residencias) y las familias.



2.4. Asistencia sanitaria en otros niveles asistenciales

2.4.1. CENTROS DE DÍA

Dependen de los recursos sociales, pero son utilizados por ancianos dependientes y, por lo tanto, con problemas importantes de salud. El objetivo fundamental es el mantenimiento de la autonomía residual (discapacitados físicos), o la progresión más lenta y control de síntomas (demencias). Son escasos y necesitan de mayor dotación cualificada y más coordinación con los servicios sanitarios.

2.4.2. RESIDENCIAS DE ANCIANOS

Su alta demanda se debe a la dependencia ya establecida, que imposibilita a la persona mayor que pueda vivir sola o con su familia. Lo demandan ancianos con diferentes grados de dependencia, de leve a grave, siendo en estos casos cuando con frecuencia hacen las funciones de las ULE. Es conocida la escasez de plazas públicas o concertadas que existe en la mayor parte del territorio español. En cambio, hay miles de plazas privadas sin ocupar. La explicación es sencilla: el alto coste. No puede ser de otra manera, pues las demandas asistenciales de la dependencia son «costosas». Si no lo son, probablemente no sean de calidad.

Cubrir adecuadamente las necesidades sanitarias en las residencias es lo más costoso y lo más mejorable. Es mucho lo que se puede hacer en este aspecto: prevención, rehabilitación, controles... Sus profesionales deben de estar suficientemente formados y con unas condiciones laborales acorde con su importante responsabilidad, lo cual con excesiva frecuencia se incumple en nuestro país. Su coordinación con la AG del área es básica para optimizar los resultados y los costes. La relación hospital-residencia asistida debería de ser una obligación gestora de los responsables sanitarios y sociales.

3 PROPUESTAS DE MEJORA DE LA ATENCIÓN SANITARIA A LAS PERSONAS MAYORES DEPENDIENTES

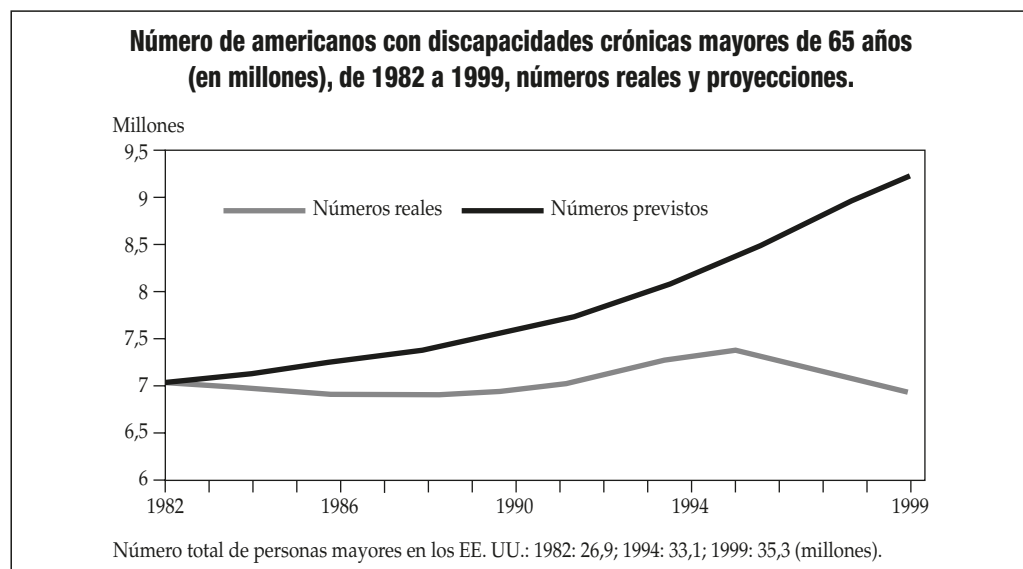
3.1. Prevención de la dependencia

En la figura 1 se puede apreciar la diferencia entre la discapacidad esperada según el envejecimiento previsto y la real, en Estados Unidos en un perio-

do de 20 años. Sin duda son datos que permiten el optimismo: la dependencia se puede prevenir en gran medida y no tiene por qué ser paralela al envejecimiento de la población. Cada vez hay más evidencias en este sentido en diferentes partes del mundo y según diferentes estrategias de actuación. En España no conocemos datos de reducción significativa de la dependencia, e incluso se siguen haciendo estimaciones donde las tasas aumentarían de forma paralela al envejecimiento poblacional. Pero ya se ha visto que los pronósticos, afortunadamente, no siempre se cumplen.

La principal causa de la dependencia en los ancianos son las enfermedades. Las reumáticas suponen un tercio de las discapacidades. Luego están los ictus, cardiopatías, alteraciones visuales, demencias, depresión y enfermedad de Parkinson. Otras enfermedades ya causan dependencia con menor frecuencia. El desuso, escasa movilidad y poca actividad física y/o intelectual, son el segundo grupo generador de dependencia. La edad por sí misma explicaría también cierto grado de dependencia en las personas muy ancianas (mayores de 85-90 años), y que no se justificaría por las enfermedades o el desuso. Es evidente que se pueden hacer actuaciones preventivas sobre estos dos últimos grupos, no sobre el avance de la edad.

Figura 1. REDUCCIÓN DE LAS TASAS DE DISCAPACIDAD EN ESTADOS UNIDOS



(Organización Mundial de la Salud. Envejecimiento Activo: un marco político. Rev. Esp. Geriatr. Gerontol. 2002;37(S2):66-72).



3.1.1. PREVENCIÓN PRIMARIA DE LA DEPENDENCIA

Se trata de evitar que aparezca la enfermedad o circunstancia que la genera. Es una labor de todos. En el campo sanitario de la APS principalmente. Se deberá priorizar en los siguientes aspectos:

- Ejercicio físico adaptado a cada persona. Es la medida preventiva más importante. Su no práctica se ha estimado que es un riesgo similar a ser fumador o tener una hipertensión arterial mal controlada.
- Mantener un peso apropiado, ni sobrepeso ni delgadez.
- Evitar fumar.
- Consumir solamente los medicamentos necesarios.
- Consumir muy moderadamente bebidas alcohólicas.
- Mantener una vida participativa y relaciones sociales adecuadas, según las preferencias y posibilidades de la persona.

3.1.2. PREVENCIÓN SECUNDARIA

Es la detección precoz de las enfermedades, mejor en fase asintomática, y actuando también sobre los grupos de más riesgo. La competencia corresponde a la APS y a la Atención especializada. Se incidirá especialmente sobre las siguientes situaciones de enfermedad:

- Hipertensión arterial.
- Hiperlipemias.
- Anticoagulación en la fibrilación auricular.
- Déficits sensoriales.
- Depresión.
- Osteoporosis.
- Osteoartrosis.
- Enfermedades respiratorias.
- Diabetes mellitus.

3.1.3. PREVENCIÓN TERCIARIA

Es la asistencia precoz, correcta y completa cuando la enfermedad se complica o descompensa, lo que suele ser su reagudización. Tanto desde el punto

de vista diagnóstico, terapéutico como rehabilitador. También aquí deberán estar implicados todos los estamentos sanitarios según sea la complejidad y la gravedad de la situación de enfermedad y la ubicación del anciano:

- A nivel ambulatorio o domiciliario, la APS o la Atención especializada si procede.
- En residencias de ancianos, por equipos y medios adecuados, evitando siempre sobrepasar su techo asistencial.
- En hospitales de agudos, por las diferentes especialidades médicas y quirúrgicas, incluidas las UGA como ya se mencionaron anteriormente.
- Otros niveles asistenciales geriátricos también señalados previamente, son altamente eficientes en la prevención terciaria de la dependencia: UME, Hospital de Día, equipos de AGD, etc.

3.2. Potenciar y apoyar a la APS

Ya se ha dicho que en la prevención y atención a la dependencia la APS tiene mucho que decir. Además, si la APS es «la puerta de entrada» al sistema sanitario, también lo debe de ser para los ancianos dependientes.

Además de profundizar en la formación de todos los aspectos relacionados con la prevención y atención a la dependencia, la APS necesita más tiempo para poder hacer las cosas bien con estos pacientes. Se reivindican 10 minutos en Atención Primaria por paciente. Quizás sea suficiente como media aritmética. Para conseguir los objetivos aquí apuntados con las personas ancianas dependientes, es un tiempo claramente insuficiente.

El que los profesionales de la APS puedan consultar a otro profesional o especialista cuando surjan las lógicas dudas, sería una forma importante de apoyar a la APS en este campo. Parece que se empieza a caminar en este sentido. En fechas muy recientes la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid preguntó en los centros de salud sobre las especialidades a consultar. Se han seleccionado 13, entre ellas la Geriátrica. Se promete la próxima puesta en marcha de lo que puede ser un paso importante: el especialista consultor (Diario Médico, 9-10 de febrero de 2006).

Potenciar las experiencias ya contrastados de dispositivos asistenciales que desde el hospital favorecen la permanencia en el domicilio del anciano dependiente, ya comentados previamente, es otra forma de apoyo a la APS en este tipo de atención. Las experiencias con los equipos de AGD quizás sean las más eficientes para este fin.



3.3. Mejoras en atención especializada

No existen razones convincentes para que todo hospital general en España no tenga alguna forma de AG especializada. Se está hurtando a la población susceptible de su atención el acceso a una forma de asistencia que previene y limita la dependencia. De alguna manera es un incumplimiento de las normativas existentes e incluso del Artículo 50 de la Constitución Española que habla de «...atenderá sus problemas específicos de salud». Se ha señalado desde ámbitos independientes que es una negligencia por «no estar haciendo lo que hay que hacer». Además, el resto de las especialidades hospitalarias se benefician de estos recursos geriátricos, a los que pueden consultar sobre problemas clínicos o de toma de decisiones, que facilitan su trabajo. También se termina produciendo una actitud más gerontofílica en el centro, en los servicios de urgencia, plantas médicas y quirúrgicas.

El desarrollo paulatino de UGA, UME, Hospitales de Día y Unidades de Larga Estancia, es una necesidad indudable para poder dar una respuesta sanitaria adecuada a la prevención y atención a la dependencia.

3.4. Mejoras de la atención sanitaria en los servicios sociales

Fundamentalmente en la Residencias Asistidas, pero también en Centros de Día, etc. Los ancianos dependientes que ahí se atienden son complejos, con importantes problemas de salud, subsidiarios de prevención terciaria, atención paliativa, etc. En cualquier caso, la toma de decisiones difíciles es frecuente. Es necesario que los recursos sanitarios sean adecuados, cualificados y suficientes. Con frecuencia deben de mejorar sus condiciones laborales. Que no se sientan solos ni aislados. La integración funcional, o al menos la coordinación, con los recursos sanitarios es importante. Para las personas dependientes más aún.



El apoyo informal como destinatario de los programas de intervención en situaciones de dependencia

Pilar Rodríguez Rodríguez

Sumario

1. Introducción. **2.** Conceptualización y características del apoyo informal. 2.1. El concepto de apoyo informal. 2.2. Perfiles del apoyo informal. 2.3. Costes monetarios y de oportunidad. 2.4. Las demandas de las familias cuidadoras. 2.5. Heterogeneidad del apoyo informal. 2.6. La crisis del apoyo informal. **3.** La atención a la dependencia, coadyuvante de las medidas a favor de la igualdad y de protección a la familia. 3.1. Medidas para la deconstrucción del sistema de género. 3.2. Los cuidadores y cuidadoras informales como destinatarios directos de programas y recursos de atención a la dependencia. **4.** Referencias bibliográficas.

RESUMEN

El trabajo aborda la dimensión social del cuidado informal en España en cuanto pieza estratégica del actual sistema de cuidados en transición. Se aborda el concepto de apoyo informal y sus categorías emocional, estratégica y material.

A continuación se realiza un análisis detallado de los perfiles de la atención informal en España basada en el trabajo no remunerado y no reconocido socialmente de la mujer, las tipologías de personas cuidadoras y los costes económicos y de oportunidad que supone.

Finalmente, el trabajo analiza la crisis del apoyo informal tradicional, propone la deconstrucción de la dimensión de género a favor de un cuidado informal compartido entre hombre y mujer y apoyado en un amplio y sólido sistema público de servicios sociales al servicio de la familia.

ABSTRACT

This work considers the social dimension of informal care in Spain as a strategic cornerstone of the current care system in transition. The work considers the concept of informal support and its emotional, strategic and material implications.



The paper then offers a detailed analysis of the profiles of informal care in Spain, based on the unremunerated and socially unrewarded work of women, as well as examining types of carer and the financial expenses and cost in terms of opportunity informal care involves.

Finally, the work analyses the crisis of traditional informal support, and proposes the deconstruction of the gender dimension in favour of informal care shared between men and women in a broad-reaching and solid public system of social services to the family.

1 INTRODUCCIÓN

La atención y cuidados que las personas necesitamos durante la infancia, en procesos de discapacidad, enfermedad crónica y durante la vejez, no han solido estar incluidos en los modelos de protección social existentes en el mundo —salvo excepciones como la de los Países Escandinavos o los Países Bajos— hasta muy recientemente.

La razón estriba en la diferente evolución que han tenido esos sistemas y también en el hecho de que continúan marcados por connotaciones ideológicas sustentadas en modelos familiares que no tienen en cuenta el profundo cambio social que significa la deconstrucción del sistema de género y la consiguiente simetría de roles que está en trance imparable de producirse. De esta manera, sigue reticentemente vigente el modelo basado en la antigua concepción social que se asienta en la división sexual del trabajo (varón sustentador, mujer encargada de las tareas reproductivas y asistenciales).

Sin embargo, España se encuentra ahora en un momento histórico de gran trascendencia para su modernización social y el avance de nuestro sistema de protección, al haberse unido a los países que han asumido que no resulta ya fácil continuar manteniendo una confianza casi ilimitada en la familia, en su solidaridad intergeneracional y en su estructura tradicional de género, como proveedora de trabajo y servicios asistenciales a las personas que precisan ayuda para desenvolverse en su vida diaria. De esta manera, lo mismo que en algunos de los países más avanzados se ha asumido que ha llegado la hora de traspasar al Estado funciones anteriormente desempeñadas por las familias y, consecuentemente, han incluido dentro de los sistemas de protección social el cuidado infantil y la atención a personas con dependencias, también en España nos encontramos en puertas de abordar una reforma que conformará nuevos derechos de ciudadanía, con lo que se dará un paso decisivo hacia el abandono del sistema familista vigente (Esping-Andersen *et al.*, 2002; Rodríguez Cabrero, 2004a).

Las expectativas abiertas ante la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención de las Personas en situación de Dependencia (LAPAPED), en trámite de elaboración y debate, están ahora en que las medidas que se adop-



ten respondan verdadera y adecuadamente a las necesidades tanto de las personas con problemas de dependencia como de quienes hasta ahora han venido ocupándose de ellas de manera altruista y con grandes sacrificios personales. En este sentido, y desde un enfoque de género, se ha defendido (Rodríguez Rodríguez, 2004; 2005a) que las prestaciones económicas dirigidas a retribuir a las personas cuidadoras debieran ser verdaderamente excepcionales, porque un uso generalizado de las mismas puede desincentivar el acceso y conservación del empleo de las mujeres al tiempo de contribuir a mantener vigente el estereotipo tradicional de asociar a los valores femeninos cuanto se relaciona con la ética de los cuidados (Gilligan, 1982). Por el contrario, se estima que la reforma que está en ciernes debiera centrarse en la configuración de un nuevo derecho social individual que garantice a las personas que tienen una situación de dependencia el acceso a diferentes prestaciones y servicios, eliminándose así la histórica restricción de los servicios sociales a quienes carecen de medios económicos y de apoyo familiar.

La generalización de recursos formales que va a propiciar la LAPAPED es lo que más apoyará a las familias al liberarlas de la carga de una atención que, hoy por hoy y como ha mostrado la investigación producida (OCDE, 2005; IM-SERSE, 2005a, b, c) y se verá en esta colaboración, está siendo asumida casi en exclusiva por ellas y, de manera abrumadora, por las mujeres. Además, esta extensión de servicios va a propiciar que se mejore la posición en que hoy se encuentran muchas de las personas adultas que precisan cuidados de larga duración con respecto a sus familias; de un lado, porque las liberará de un sentimiento de culpa motivado por la percepción de ser una carga excesiva para sus seres queridos y, de otro, porque romperá su subordinación con respecto a aquéllos de los que «dependen» absolutamente para realizar las actividades cotidianas esenciales, con grave perjuicio para su propia autoestima y dignidad. En definitiva, reconocer el derecho a los servicios sociales es la mejor manera de reforzar la autonomía de las personas que tienen una situación de dependencia («los derechos sociales pertenecen a los ciudadanos, no a sus familias» (Gil Calvo, 2002), al tiempo de apoyar, de manera indirecta pero muy eficazmente, a sus familias.

Sin perjuicio de lo anterior, y puesto que la atención formal no será posible que cubra en toda su intensidad la necesidad de cuidados que muchas personas precisaremos, habría que modificar definitivamente el enfoque tradicional de los servicios sociales y orientarlos hacia la convergencia y complementación con el apoyo informal, tal como se viene proponiendo desde hace ya tiempo (Rodríguez, 1992; 1995a; Sancho y Rodríguez, 2002).

En este artículo se recogen los aspectos más relevantes relacionados con el denominado «apoyo informal» con el objeto de que puedan ser de utilidad a

la hora de diseñar programas y actuaciones dirigidos a las personas cuidadoras desde los diferentes sectores y recursos de la atención social y sanitaria.

2 CONCEPTUALIZACIÓN Y CARACTERÍSTICAS DEL APOYO INFORMAL

2.1 El concepto de apoyo informal

Como se ha puesto de relieve por la doctrina (Carstensen, 1986; Díaz Veiga, 1987; Fernández-Ballesteros et al, 1992; Rodríguez Rodríguez, 1995b), se ha detectado bastante confusión terminológica en relación con los recursos provenientes de las relaciones sociales. En este sentido, conviene, en primer lugar, establecer las diferenciaciones oportunas entre actividad social, redes sociales y apoyo social.

La «actividad social» hace referencia a la frecuencia de contactos sociales mientras que las «redes sociales» indican las características estructurales de las relaciones mantenidas por una persona (tamaño o densidad de las mismas, número de relaciones, frecuencia de contactos, proximidad física, etc.). Finalmente, el «apoyo social» constituye la forma de ayuda que una persona puede recibir proveniente de sus redes sociales.

Existe relativa independencia entre el mantenimiento de relaciones sociales y la provisión de apoyo, sin que tampoco contemos con evidencia empírica que explique adecuadamente las relaciones entre las características estructurales de las redes sociales (tamaño, grado de cohesión) y las funcionales (prestación de apoyo). Esto quiere decir que el hecho de tener una amplia red social (familia, amistades, etc.) no garantiza por sí mismo que se va a contar con apoyo suficiente cuando sobreviene una necesidad de ayuda de carácter prolongado o permanente.

Entrando ahora en el análisis del apoyo social, el mismo ha sido clasificado en tres categorías:

- La primera consiste en la provisión de ayuda emocional, es decir, sentirnos queridos/as por las personas allegadas, relacionarnos con ellas, expresarles opiniones, sentimientos, intercambiar expresiones de afecto. Este tipo de apoyo, importantísimo para las personas en situación de dependencia, refuerza el sentido de pertenencia y la autoestima.
- Una segunda forma de apoyo es el denominado informativo y estratégico, que consiste en la ayuda que se recibe para la resolución de problemas concretos y afrontamiento de situaciones difíciles. Saber que podremos contar con personas que nos ayudarán con sus orientaciones y



puntos de vista a resolver alguna cuestión que no se sabe cómo encarar es un tipo de apoyo nada desdeñable.

- Por fin, el apoyo material o instrumental consiste en la prestación de ayuda y/o servicios en situaciones problemáticas que no pueden resolverse por uno mismo. Un préstamo de dinero para hacer frente a una deuda es un ejemplo muy típico de apoyo material entre parientes. La recepción de cuidados y ayuda en el caso de las personas con discapacidad y en situación de dependencia es otro ejemplo y éste en concreto es el que se conoce internacionalmente como «apoyo informal».

El cuidado informal es, en su nivel más general, el que se presta por parientes, amigos o vecinos. Este conjunto difuso de redes suele caracterizarse por su reducido tamaño, por existir afectividad en la relación, y por realizar el cuidado no de manera ocasional, sino mediante un compromiso de cierta permanencia o duración. Sin embargo, por extensión, el término se aplica también a otros agentes de intervención, como pueden ser las asociaciones de ayuda mutua y el voluntariado.

Una distinción importante de cualquier cuidador/a informal es la de que se trate de una prestación altruista, aunque en ocasiones puede resultar difícil precisar si se cumple el requisito de que los cuidados se hayan llevado a cabo *gratis et amore*, como cuando existen gratificaciones o compensaciones por la labor realizada.

En el contexto de la atención a la dependencia, se define el apoyo informal de la manera siguiente:

Consiste en el cuidado y atención que se dispensa de manera altruista a las personas que presentan algún grado de discapacidad o dependencia, fundamentalmente por sus familiares y allegados, pero también por otros agentes y redes distintos de los servicios formalizados de atención.

Se consideran, pues, incluidos dentro del concepto «apoyo informal» todos los cuidados y atenciones que no son dispensados por profesionales de los servicios sociales o sanitarios ni tampoco los provenientes del mercado. Es decir, los que altruista y generosamente prestan con predominio los allegados de la persona necesitada de cuidados y, dentro de éstos, en primer lugar la familia, pero también quienes lo proveen sin otro lazo de unión ni de obligación con la persona que no sea el de la amistad o el de la buena vecindad. Asimismo, quedan incluidos en el concepto los apoyos y atenciones desinteresados prestados por el voluntariado. Por el contrario, no se considera apoyo informal el trabajo desarrollado por personas contratadas por las familias como cuidadoras, entre las que tiene una importancia creciente la población inmigrante (Berjano, 2005).

2.2. Perfiles del apoyo informal

Las investigaciones del IMSERSO sobre apoyo informal —realizadas en 1994 y 2004— (Colectivo IOÉ/IMSERSO/CIS, 1995; IMSERSO, 2005b) han puesto de relieve que la inmensa mayoría de los cuidados que precisan las personas mayores dependientes que no están en residencias son asumidos por familiares y allegados (el 83,5 % del total que reciben), es decir, que los realiza el llamado apoyo informal, con un predominio absoluto de la familia y una representación ínfima de personas voluntarias. Por su parte, la encuesta sobre discapacidades, deficiencias y estado de salud (INE, 2001), corroboró este predominio de la familia en el cuidado de las personas con discapacidad de todas las edades.

La feminización de la figura del denominado «cuidador principal familiar» es abrumadora en nuestro país, según muestran los resultados de la investigación mencionada y los análisis comparativos realizados al respecto (OCDE, 2005; Rodríguez Cabrero, 2004b; Rodríguez Rodríguez, 2004, 2005a). De los resultados que arrojan las encuestas del IMSERSO, cabe destacar que si en 1994 el 83 % del total de cuidadoras/es eran mujeres, diez años después ese porcentaje, por más que pueda resultar sorprendente, no se ha modificado con el paso del tiempo, sino que, incluso, parece apuntarse una tendencia al alza en este indicador.

El 85 % del total de personas entrevistadas en la última encuesta respondió, en cuanto a su frecuencia, que los cuidados que suministran son diarios. Con respecto al tiempo que llevan cuidando, un 28 % declararon llevar más de diez años realizando esta tarea. ¿Qué decir de la duración del cuidado en los casos de personas que presentan graves discapacidades desde el nacimiento o adquiridas a edades tempranas? Una de las conclusiones de otra investigación reciente sobre el apoyo informal a personas con enfermedad crónica es que las familias cuidadoras no tienen las mismas posibilidades para su desarrollo humano que el resto de la población. Además, en ella se confirma también que «las familias no se niegan a cuidar con mucho cariño a sus enfermos, pero manifiestan haber llegado al límite de sus fuerzas por abandono social y político» (Martínez, 2002; 2005).

Otras notas complementarias del perfil de las cuidadoras y cuidadores informales de personas mayores son las siguientes:

- el alto porcentaje de mujeres existente (el 84 %) está constituido fundamentalmente por hijas, seguidas de las esposas y nueras, mientras que ha disminuido sensiblemente desde el año 1994 la figura de las nietas,

- se ha reducido el número de personas que son cuidadoras únicas (55 % en 1994; 47 % en 2004), lo que sugiere que la atención se comparte ahora en mayor medida con otros miembros de la familia y con cuidadores/as reribuidos,
- la edad media de la población cuidadora es de 53 años,
- la mayoría de nuestra muestra está casada y tiene aún hijos a su cargo,
- el 73 % de los/as cuidadores/as no tienen relación con la actividad laboral retribuida y el 60 % no ha superado el nivel primario de estudios.

2.3 Costes monetarios y de oportunidad

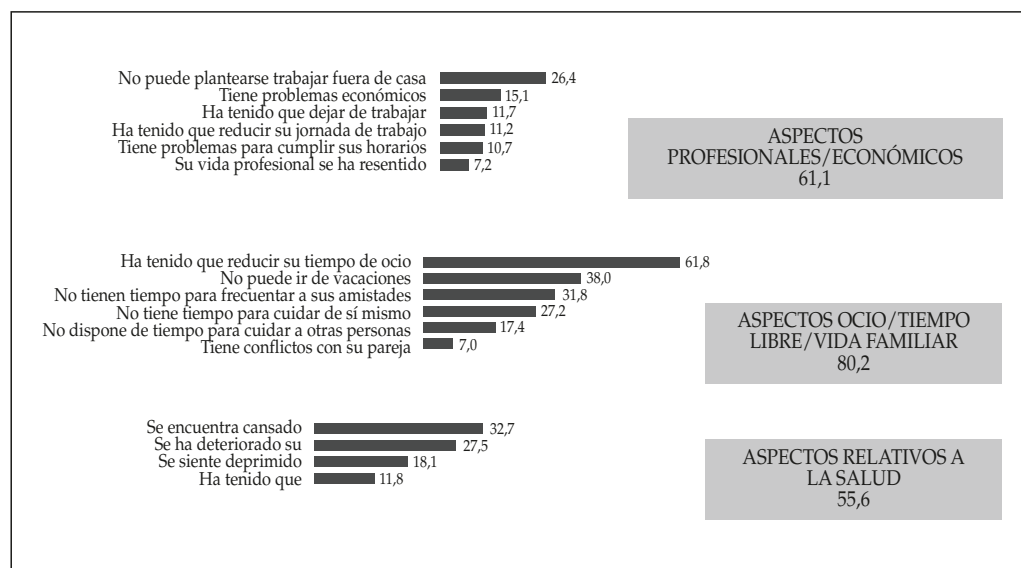
La ayuda que prestan cuidadoras y cuidadores de la red informal a las personas mayores en situación de dependencia es muy intensa: más de 10 horas diarias de media en 2004. Se trata de un tipo de trabajo que todavía es poco conocido y reconocido, aunque haya comenzado a existir investigación dirigida a sacarlo de la invisibilidad (Durán, 1999, 2005). En una estimación realizada para «valorar» de forma monetaria esta dedicación (Rodríguez Cabrero, 1999) se calculó que la aportación anual de las familias cuidadoras era de 2.968 millones de pesetas (más de dos millones y medio de pesetas por persona dependiente y año). Para realizarlo se tomó en consideración el precio medio de la ayuda a domicilio en aquellas fechas (1.317 pesetas la hora). Si hacemos un cálculo similar para monetarizar el apoyo informal a las personas mayores en 2004, basándolo en la retribución de un cuidador asalariado poco cualificado (a razón de 9 euros la hora), se podría estimar que la aportación de las familias cuidadoras ha sido durante ese año, como media, de 32.400 euros por persona en situación de dependencia.

Pero, con ser muy considerables estas cifras, es de advertir que tales estimaciones se han realizado tomando en consideración solamente el tiempo de trabajo invertido en los cuidados. No se han tenido en cuenta los denominados «costes de oportunidad» que experimentan las personas cuidadoras que, aunque son difícilmente cuantificables, tienen un enorme peso a la hora de configurar la denominada «carga» de los cuidados, entendida ésta como «el conjunto de problemas tanto físicos como psicológicos o emocionales, sociales y financieros que pueden experimentar los miembros de la familia que cuidan de adultos dependientes» (George y Gwyther, 1986).

Las incidencias negativas que experimentan las cuidadoras y cuidadores españoles pueden clasificarse en tres grupos: las referidas a los aspectos económicos y laborales, las que tienen que ver con el tiempo de ocio y la vida

afectiva y relacional y las que atañen a la propia salud de la persona cuidadora. Véase en el gráfico siguiente la significación de este triple conjunto de repercusiones negativas y su desagregación por las diferentes categorías.

INCIDENCIAS EN EL DESARROLLO DE LA VIDA NORMAL DEL CUIDADOR/A (costes de oportunidad)



FUENTE: Encuesta sobre apoyo informal del IMSERSO. 2004

Siendo muy importantes todas las dimensiones consideradas, es de destacar un mayor deterioro de la salud detectado en la última investigación: en 2004 el 45 % de las cuidadoras y cuidadores informan tener diagnosticada alguna enfermedad crónica, frente al 39 % de hace una década. La conocida expresión «cuidar de quien cuida» obtiene así una clara y actualizada relevancia.

2.4. Las demandas de las familias cuidadoras

En las investigaciones que se están analizando se incluyeron preguntas relacionadas con las demandas que la población cuidadora realiza a las Administraciones Públicas. En este sentido, al analizar la evolución de las preferencias de las familias por tipo de ayuda formal que les gustaría recibir para colaborar en la tarea que de manera altruista están realizando, se ha producido



un vuelco considerable a lo largo del periodo 1994-2004. Si en la primera encuesta el 62 % de la población cuidadora pedía apoyo económico en forma de salario mensual, la primera opción que se hace en 2004 corresponde a la atención domiciliaria. Si a ella se suman las preferencias por centros de día, teleasistencia u otros servicios de apoyo, es muy significativa la mayoría que se decanta ahora por recibir servicios formales de apoyo en lugar de prestaciones económicas (60 % vs. 32 %).

Con respecto a la importante cuestión de si hace falta o no preparación para cuidar a una persona en situación de dependencia, la opinión de la población cuidadora también se ha modificado sensiblemente a lo largo de la década. Mientras que en 1994 el 73 % manifestaba que cualquiera podía hacer bien este trabajo sin necesidad de formación, quien opina así en 2004 es solamente el 35 %.

Es importante retener esta doble demanda de apoyo que hace la población cuidadora: por una parte, piden servicios profesionales de atención para compartir con las familias los cuidados; por otra, participar en actividades formativas para cuidar y cuidarse mejor. Estas demandas resultan congruentes con la evidencia científica, que ratifica que la atención a quienes se encuentran en situación de dependencia, sobre todo si tienen enfermedades o trastornos cuya atención es compleja (demencias, por ejemplo), exige, de una parte, la intervención inexcusable de profesionales formados y, de otra, que la familia cuente con conocimientos y estrategias adecuados para complementarse con la atención formal de manera correcta. Este doble apoyo redunda en un incremento de la calidad de vida tanto de las personas en situación de dependencia como de sus cuidadores/as.

2.5. Heterogeneidad del apoyo informal

Pero conocer los perfiles, las características y las demandas generales de las personas que prestan cuidados y de quienes los reciben en el seno de la familia, no basta, obviamente, para comprender la complejidad de un fenómeno como el de la atención a las personas en situación de dependencia en el que se establece una relación de ayuda íntima, intensa y duradera, que a menudo trastoca las reglas del juego de la relación anterior, y que se produce en la opaca privacidad del hogar. En ella median múltiples dimensiones que, al interconectarse, ofrecen un calidoscopio de situaciones que van desde el bienestar recíproco entre la persona que presta los cuidados y la que los recibe hasta importantes grados de estrés, malestar mutuo e incluso violencia, pasando por historias de cuidado en las que se trufan jornadas de satisfacción con momen-



tos de agotamiento y trato inadecuado. La ambigüedad es una característica típica del cuidado informal, tal como se puso de relieve en la parte cualitativa de la investigación realizada en 1994 (Colectivo IOÉ/IMSERSO, 1995).

Para poder ofrecer una aproximación de este tipo del estudio realizado en 2004, que sólo se realizó mediante la aplicación de encuesta, se llevó a cabo un análisis cluster de la misma, obteniéndose unos resultados que vuelven a ratificar, como en 1994, la gran heterogeneidad de las situaciones de apoyo informal que se produce en los hogares españoles (Rodríguez, 2005a). En concreto, se ha podido establecer una cuádruple tipología entre las personas cuidadoras, que hemos denominado como «agobiadas», «satisfechas», «temporeras sin apego» y «de compañerismo tradicional». A continuación se realiza una sinopsis de las mismas:

- a) Las **agobiadas** (19,5 % de la muestra): Se sienten atrapadas, en «un callejón sin salida», consideran que el cuidado es una carga excesiva, que no valen para realizarlo y, además, juzgan que la persona mayor no está recibiendo una atención suficiente y correcta. Este tipo lo forman las personas cuidadoras de mayor edad, que viven en grandes ciudades, tienen peor estado de salud que el resto y son cuidadoras/es únicas/os con mucho tiempo de cuidado (6,3 años de media). Atienden a personas muy mayores y muy dependientes, pues necesitan ayuda para 15,2 Actividades de la vida diaria (AVDs) de media. En cuanto a la percepción de la calidad de la relación entre la persona cuidadora y la que recibe la atención, estiman que ha empeorado desde que comenzó la situación de dependencia. Respecto a su relación con la Administración, desconocen dónde acudir para recibir apoyo u orientación y son quienes más demandan servicios a los poderes públicos, a los que sitúan como principales responsables de la atención. Este grupo ve en las residencias el entorno donde las personas mayores estarían mejor atendidas.
- b) Las **satisfechas**, que constituyen el 30 % de la muestra. El cuidado es para este tipo una decisión personal meditada, no una obligación. Consideran que el tiempo de dedicación a los cuidados que realizan no es gravoso, no lo perciben como una carga, sino que, por el contrario, les genera satisfacción. Su edad media se sitúa en los 50 años, cuentan por encima de la media con estudios universitarios y con una mayor tasa de ocupación. La ayuda que prestan la comparten con empleada de hogar y otros miembros de la familia y es el grupo en el que se produce una mayor involucración de los nietos y nietas (viven en hogares con hijos/as de 19-24 años). Atienden a personas mayores con menos dependencia que la media (12 AVDs) que viven en su propia casa pero cerca del cuidador o cuidadora. En este grupo se encuentran mayoritaria-



mente quienes dicen no haber experimentado efectos negativos sobre su salud derivados del cuidado que prestan. En cuanto a la relación entre la persona cuidadora y la cuidada era antes y es ahora de gran afectividad. Sus demandas hacia la Administración consisten en recibir programas de orientación y formación y más servicios de proximidad, sobre todo atención domiciliaria. Entre las expectativas propias que mantiene este grupo sobre la atención a la que aspiran si durante su vejez la llegaran a necesitar, existe en mayor grado que la media la de vivir en una vivienda dotada de servicios o en una mini residencia cercana a su entorno.

- c) Las **temporeras sin apego**, tipo en que se agrupa el 20 % de las personas cuidadoras. Son más jóvenes que la media (40-49 años) e incluye a quienes realizan el cuidado por temporadas, de manera rotativa, en la propia casa de la persona cuidadora. Atienden a personas con alto grado de dependencia (15 AVDs) y son quienes en mayor medida reconocen que cuidan porque no pueden pagar servicios de apoyo y que no lo hacen por elección, sino por decisión familiar. Destaca de este grupo que, pese a estar constituido por las personas más jóvenes y por quienes no realizan el cuidado de manera permanente, declaran peor estado de salud subjetiva que el resto de cuidadoras y cuidadores y más repercusiones negativas en otros aspectos de su vida. En consecuencia, la relación de ayuda no les genera satisfacción, como a los tipos b) y d). Declaran que sus relaciones anteriores con la persona mayor eran «normales» y que éstas han empeorado desde que comenzó la situación de dependencia. Piden a la Administración, a la que consideran responsable de la provisión de cuidados de larga duración, más plazas de residencias y más estancias temporales entre otros recursos de apoyo.
- d) Las de **compañerismo tradicional**. Para este grupo de cuidadoras y cuidadores (el 30,5 %) constituye una clara obligación moral cuidar a la persona de la que se ocupan y eso les genera satisfacción y les gratifica, aunque también manifiesten no poder plantearse otra alternativa por cuestiones económicas. En este tipo se agrupa mayoritariamente la población cuidadora de menor nivel de estudios, que no tienen relación con la actividad laboral retribuida, que viven en hábitats rurales o en ciudades de pequeño tamaño. Predominantemente se trata de esposas/os y, por tanto, convivían antes y ahora en la misma casa de la persona a la que atienden. Son en mayor medida que el resto cuidadoras/es únicas/os y, pese a ello, consideran por debajo de la media que el cuidado sea una carga excesiva. Por lo que atañe a la calidad percibida de su relación, manifiestan que anteriormente era de gran intimidad



y afecto, que se mantiene desde que comenzó la situación de dependencia. Creen por encima de la media que no es necesario recibir formación para el cuidado y a la Administración le piden recursos de apoyo y, en mayor medida que la media, «salario mensual» y atención a domicilio. Igualmente, es el grupo que mantiene aún las expectativas más tradicionales con respecto a su propia vejez futura: vivir en su propia casa y que le cuiden sus hijas e hijos.

En el ámbito de la intervención, dimensiones como las enunciadas, que se relacionan con la «carga» del cuidador o cuidadora principal y que configuran las características de la relación de ayuda, deben evaluarse individualizadamente en cada caso, tal como se recomienda por los expertos (Díaz Veiga, 1987; Parris et al, 1988; Pearlin, 1994; Montorio *et al*, 1995; Zarit, 1996; Rodríguez, 1996) y raramente se realiza en los diferentes contextos, sociales o sanitarios. Porque si es cierto que las relaciones familiares a menudo son fuente gratificante de los diferentes tipos de apoyo mencionados y que todos necesitamos a lo largo de nuestra vida (emocional, informativo, material), también es verdad que, en ocasiones, son el origen de conflictos muy profundos que quedan marcados para siempre en las biografías de quienes los sufren. Al evaluar un caso de dependencia, pues, ha de ser analizada esta dimensión y evitar dar por sentado que la existencia de apoyo familiar es un indicador de bienestar recíproco, pues ello significaría ignorar que a veces las relaciones parentales distan mucho de ser armónicas (tipo 3), que, en otras ocasiones, el cuidado provoca una gran sobrecarga que llega a originar graves perjuicios tanto a la persona cuidadora como a quien recibe los cuidados (tipo 1), y que, incluso, existen situaciones límite que llegan a desembocar en violencia y malos tratos (Steinmetz, 1988; Bazo, 2001; SEGG, 2004).

Destaca como situación más satisfactoria entre la tipología presentada el tipo 2, formado por aquellas personas que no sólo no se sienten sobrecargadas con los cuidados que prestan, sino que viven esta experiencia de manera gratificante. Algunas de las razones que se apuntan para esta positiva manera de afrontar los cuidados son: no les exige renuncias excesivas en el desarrollo de su vida; comparten con otros miembros de la familia (y con cuidadoras/es pagadas) la atención de la persona; mantienen su independencia al no verse «obligados» a convivir con la persona atendida... Es verdad que buena parte de quienes conforman este grupo cuentan con mayores recursos (culturales, económicos, sociales) que el resto de la muestra y también que, en general, atienden a personas que no tienen el mayor grado de dependencia; es decir, se encuentran en mejores condiciones que el resto para desarrollar estrategias de afrontamiento adecuado y poder, así, dar apoyo a su familiar al tiempo de conservar su propia autonomía. Este tipo de relación de ayuda satisfactoria

podría constituirse en modelo de apoyo informal hacia el que tender, lo cual debe ser tenido en cuenta en las intervenciones que se realicen desde los diferentes recursos con el fin de que desde los mismos, además de ofrecer servicios de soporte, se dote a las familias cuidadoras de estrategias de afrontamiento adecuadas.

2.6. La crisis del apoyo informal

La generosidad y resistencia de nuestro apoyo informal, que suscita admiración en otros lugares del norte de Europa, se sigue produciendo todavía en los albores del siglo XXI, pese a que desde hace años se vienen anunciado las tendencias que vaticinan la debilidad y agotamiento progresivo de la tradicional red informal de apoyo aportada por la familia en general y las mujeres de manera muy particular. (Jani-Le Bris, 1993; Jamieson, 1993; Twigg y Atkin, 1994; European Foundation for the improvement of living and working conditions, 1995; OCDE, 2005; EUROSTAT, 2005).

Comenzando por datos puramente objetivos derivados de la evolución demográfica que se está experimentando en España, considérese la radical transformación de la estructura por edades de la población española que se está produciendo, según muestra la tabla siguiente, que es fruto del incremento constante de la esperanza de vida y de la caída de la fecundidad producida sin solución de continuidad desde el inicio de nuestra transición a la democracia.

ESTRUCTURA DE LA POBLACIÓN ESPAÑOLA POR GRANDES GRUPOS DE EDAD EN NÚMEROS ABSOLUTOS (MILES) Y RELATIVOS (%) (1970-2001)

Año	0-14	15-64	65 y más	Total
1970	9.460 (27,8%)	21.290 (62,5%)	3.291 (9,7%)	34.041
1981	9.686 (25,7%)	23.761 (63%)	4.237 (11,2%)	37.683
1991	7.528 (19,4%)	25.847 (66,7%)	5.352 (13,8%)	38.727
2001	6.267 (15,7%)	26.972 (67,5%)	6.690 (16,7%)	

FUENTE: J. Pérez Díaz: La madurez de masas. IMSERSO, 2003.

En consonancia con lo anterior, se está produciendo una disminución del denominado «potencial de cuidados familiares», al crecer el número de personas de avanzada edad y disminuir el de las jóvenes generaciones.



Otras tendencias que influirán considerablemente en la provisión futura de cuidados a las personas en situación de dependencia son: la generalización entre toda la población, incluidas las personas mayores, de nuevas pautas culturales entre las que destaca, como un valor, la independencia en los modos de vida; las grandes transformaciones ocurridas en los modelos de familia; el tamaño más reducido de las viviendas; y, de manera muy destacada, la transformación profunda de la posición social de las mujeres y, por ende, de su rol dentro y fuera de la familia, que no está siendo correspondida con un equitativo reparto entre hombres y mujeres de las tareas del hogar y de los cuidados a las personas de la familia que los requieren.

Algunas de las consecuencias de la evolución que se anuncia de cara al futuro se concretarán, en consecuencia, en que muchas de las personas mayores no tendrán ninguna posibilidad de ser atendidas por una hija o un hijo: unas porque, sencillamente, no los han tenido y, otras, porque el único o los dos que tienen vivirán en otra ciudad, cuando no en otro país. Por otra parte, aun considerando los casos de situaciones familiares en las que las diferentes generaciones convivan en el mismo lugar, a medida que las jóvenes cohortes de mujeres, totalmente integradas en el mundo laboral, lleguen a la mediana edad y se encuentren ante una demanda de cuidados en su familia, objetivamente no tendrán tiempo para dedicarlo (al menos con la intensidad requerida) a la atención. Otra circunstancia a tener en cuenta es que cada vez habrá más personas mayores que vivan solas (en la actualidad el 20 %, lejos del 50 % de algunos países del Norte), unas por elección personal y otras porque no tendrán otra alternativa.

Como conclusión de este apartado, resulta fácil colegir la dificultad, cuando no la imposibilidad real, que van a tener las familias para mantener en el futuro su apoyo a las personas con dependencias, al menos en cuanto atañe a la intensidad de la atención que prestan en la actualidad.

3 LA ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA, COADYUVANTE DE LAS MEDIDAS A FAVOR DE LA IGUALDAD Y DE PROTECCIÓN A LA FAMILIA

El enorme peso de los cuidados que recae sobre las familias tiene una expresión bien clara en uno de los resultados que arroja la última encuesta aplicada: solamente el 6 % de las personas que están cuidando en su hogar a una persona mayor informa recibir el apoyo de los servicios sociales públicos para compartirlos. Por otra parte, la envergadura de la dedicación que sucintamente se ha descrito, en ausencia de suficientes recursos formales, sólo puede ser asumida por quienes carecen de (o renuncian a) obligaciones sociolaborales,



muy relacionadas con el desarrollo y la autorrealización personal, lo que explica que el perfil de las personas cuidadoras se concentre aún en mujeres que en su mayoría no tienen relación con el mundo laboral y que también presentan un bajo nivel de estudios.

Precisamente porque ha llegado el momento de llevar a cabo en España una iniciativa política que perfeccionará nuestro sistema de protección social mediante la ampliación y la accesibilidad de los servicios sociales a cuantos se encuentran en situación importante de dependencia es cuando acucia la necesidad urgente de plantearse el análisis y la reflexión, no sólo sobre los factores relacionados con la escasez de recursos, ya suficientemente investigados, sino sobre los paradigmas de la intervención y el sistema organizativo vigente. En este sentido, y conforme se recomendaba en un trabajo reciente (Rodríguez, 2005b), resulta necesario adecuar al conocimiento científico producido tanto los dispositivos de los sistemas de atención social que se ofrecen a las personas que tienen una situación de dependencia, como las intervenciones que se realizan desde ellos, que deben considerar también a la familia cuidadora como destinataria de servicios y programas. Las medidas de apoyo que se realicen con este doble objetivo coadyuvarán por otra parte al mejor desarrollo de tanto de las políticas en materia de igualdad entre mujeres y hombres como en las de apoyo familiar.

3.1. Medidas para la deconstrucción del sistema de género

En efecto, porque con la reforma que promoverá la LAPAPED el reparto de bienestar entre familia y Estado comenzará a adaptarse a la sociedad del siglo XXI y dejará de realizarse la atribución excesiva que desde siempre y todavía hoy se hace a las familias (a las mujeres) en la producción de bienestar. Esta pervivencia del «modelo de protección social invisible» castiga de manera muy especial a las mujeres en diferentes dimensiones que afectan de manera adversa a su completo desarrollo y bienestar: al dedicarse a cuidar a cuantos miembros familiares lo precisan, desde la cuna a la tumba, sacrifican a menudo el desarrollo de una vida laboral plena (renuncian a la búsqueda de empleo o lo abandonan, reducen jornadas, rechazan oportunidades de promoción...) y, a lo largo del desarrollo de su vida y, sobre todo, al final de ella, se encuentran con escasos recursos y sin prestaciones sociales suficientes para vivir su propia vejez con calidad de vida (Rodríguez Rodríguez, 2002).

Es precisamente la resistencia que se ha observado en la modificación del reparto de papeles entre los géneros en las labores de cuidado (Rodríguez Rodríguez, 2004; Durán y Rogero, 2004; Martínez, 2005), lo que obliga a ser



cuidadosos en las prestaciones que se provean de «apoyo a las familias», porque algunas de ellas pueden tener el perverso efecto de condenar a las mujeres a seguir asumiendo en solitario un rol que las excluye socialmente. Ello ocurriría con la puesta en marcha de prestaciones económicas generalizadas dirigidas a las familias sin una evaluación individualizada de cada caso que garantice la excepcionalidad de las mismas (imposibilidad real de incorporación al trabajo de la mujer cuidadora, por ej.) y, sobre todo, sin combinarlas con un amplio desarrollo de servicios sociales y sanitarios. Porque sólo si se ofrece a las personas cuidadoras la posibilidad real de utilizar éstos puede garantizarse que quienes optan por cuidar con exclusividad, renunciando a muchos aspectos de su vida sociolaboral, lo hacen realmente por elección.

A estas alturas de la historia hemos de defender el derecho de todos, varones y mujeres, a cuidar de nuestros hijos e hijas o a nuestros padres y madres, pero también hay que defender el derecho a conciliar la prestación de ese apoyo con la realización personal y profesional. Conciliación que sólo es posible si existen servicios disponibles y accesibles que puedan complementarse y converger con la atención familiar.

Se entiende que algunas de las respuestas que se han venido proponiendo en los últimos años frente al incremento de la demanda de cuidados, como es el pago directo a las familias u otras prestaciones económicas indirectas, permanecen ancladas en valores de un modelo de sociedad patriarcal totalmente superado que es atentatorio contra los principios de igualdad entre los sexos. Algunos de los efectos adversos que pueden originar ese tipo de propuestas tanto a la persona adulta en situación de dependencia como a su cuidador/a familiar son los siguientes:

- El pago directo a «cuidadores» condena a la mujer a su rol tradicional al impedírsele de manera implícita (si se ve «obligada» a seguir asumiendo todo el cuidado) que se incorpore al mercado de trabajo. Es un argumento retórico defender que acogerse a este tipo de ayudas pueden hacerlo igual varones y mujeres.
- Mientras persista la escasez de ofertas formales públicas alternativas (servicios y recursos de los servicios sociales) se imposibilita *de facto* la oportunidad real de elección y, por tanto, se «empuja» a la familia (mujeres, por el mandato aún vigente del rol) a asumir el cuidado totalmente a sus expensas.
- No se garantiza que el dinero se emplee realmente en la prestación de cuidados personales de calidad a la persona que los necesita.



- Se priva a la persona en situación de dependencia del beneficio de intervenciones profesionales especializadas.
- No crea puestos de trabajo ni genera dinamismo en el sistema económico.
- No se trata con la dignidad debida a las personas adultas en situación de dependencia porque, siendo ellas quienes tienen el «problema», los beneficiarios de las ayudas son sus familiares, lo que lesiona gravemente los derechos de aquéllas.

Por el contrario, teniendo en cuenta que la extensión generalizada de los servicios de cuidado a las personas que favorecerá la nueva Ley constituirá un gran yacimiento de ocupación, debe propiciarse que las mujeres de mediana edad que, como se ha podido observar, son las que acumulan una gran experiencia en la tarea de atender a personas en situación de dependencia encuentren oportunidades de empleo en este ámbito, acaso la única que podrán tener ya. Para ello sería recomendable que los poderes públicos abrieran vías para que pueda convalidarse su experiencia por formación, tal como se ha hecho en otros países que han puesto en marcha sistemas de protección social de la dependencia, y para que estas mujeres puedan participar en planes formativos y en programas de apoyo a la creación de cooperativas o empresas de economía social que se dediquen a la prestación formal de cuidados.

Además del mencionado reparto de bienestar entre Estado y familia que la LAPAPED va a facilitar, habría que avanzar también en otras medidas que impulsen un equitativo reparto entre hombres y mujeres en las labores de cuidado con el fin de conseguir el bien social pretendido que no debe ser otro que el de dar una solución digna y adecuada a cuantas personas se encuentran en situación de dependencia y que ello deje de ser a costa del sacrificio personal, la renuncia sociolaboral y la pérdida de la salud de una parte de nuestra sociedad: las mujeres.

3.2. Los cuidadores y cuidadoras informales como destinatarios directos de programas y recursos de atención a la dependencia

Como se ha mencionado ya, existe coincidencia entre las demandas expresadas por las familias cuidadoras, las personas que son potenciales receptoras de la atención y las recomendaciones de los expertos en cuanto a la necesidad de ampliar los servicios formales de atención y, al tiempo, incluir en su diseño y en la intervenciones correspondientes los principios de complementariedad y convergencia con el apoyo informal. Ello quiere decir que, para satisfacer de

forma efectiva las necesidades y demandas de cuantas personas se encuentran en situación de dependencia o fragilidad, todos los servicios y programas de la red formal de los servicios sociales y sanitarios relacionados con la prevención o la atención a la dependencia deben tener en cuenta (y cuidar) la atención insustituible que prestan las personas allegadas en todas las variantes de apoyo social a las que se ha aludido anteriormente.

En este sentido, tanto la persona en situación de dependencia como aquella identificada como cuidadora principal han de participar activamente en los apoyos formales que vayan produciéndose a lo largo de todo el proceso de dependencia, comenzando por la propia elaboración del programa individualizado de atención. Igualmente, desde los servicios formales deben evaluarse las necesidades de los/as cuidadores/as informales para diseñar y ejecutar diferentes programas de apoyo dirigidos específicamente a los mismos.

Desde esta perspectiva, además de los recursos más desarrollados (Servicios de Ayuda a Domicilio —SAD—, alojamientos o residencias), debieran incluirse en la cartera de servicios, tanto los que permiten compatibilizar de manera específica el descanso familiar y el cuidado de la persona en situación de dependencia (recursos intermedios), como los programas de intervención dirigidos a las personas cuidadoras de la red informal (formación, grupos psicoeducativos, grupos de autoayuda, etc.), tal como demanda claramente este grupo de población y recomienda la literatura especializada.

En definitiva, y para concluir, se estima que la instauración de los nuevos derechos sociales de atención a la dependencia no debe significar en absoluto que se produzca una inversión radical de la situación actual y pedir que la Administración se responsabilice en solitario de la atención a las personas más frágiles de nuestra sociedad, favoreciendo con ello la retirada de la familia y otras personas allegadas. Ni eso es lo que piden las personas cuidadoras de la red informal y el conjunto de la ciudadanía ni tampoco sería lo deseable para el bienestar de las personas en situación de dependencia, que precisan, además de cuidados e intervenciones profesionales, todas las otras formas de apoyo que nadie como la propia red social de cada uno puede ofrecerles.

4 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BAZO, M. T. (2001). «Negligencia y maltrato a las personas ancianas en España», *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, (36), 1: 8-14.
- BERJANO, E.; SIMÓ, C. y ARIÑO, A. (coord, 2005). *Cuidado a la dependencia e Inmigración*. Madrid: IMSERSO.



- CARSTENSEN, L. L. (1986). *Social support among the elderly: limitations of behavioral interventions*, Behavior Therapist, 6.
- Colectivo Ioé/INSERSO/CIS (1995). *Cuidados en la vejez. El apoyo informal*. Madrid: INSERSO.
- DÍAZ VEIGA, P. (1987). «Evaluación del apoyo social», en Fernández-Ballesteros (ed): *El ambiente. Análisis psicológico*. Madrid: Pirámide.
- DURÁN, M. A. (1999). *Los costes invisibles de la enfermedad*. Madrid: Fundación BBVA.
- (2005). *Presente y futuro del cuidado de dependientes en España y Alemania*. Madrid: Boletín sobre envejecimiento, 16. Observatorio de Mayores. Madrid: IMSERSO.
- DURÁN, M. A. y ROGERO J. (2004). *Nuevas parejas para viejas desigualdades*. Madrid: INJUVE.
- ESPING-ANDERSEN, G; DUNCAN, G.; HEMERICK, A. y MILLES, J. (2002). *Why we need a new Welfare State*. Oxford: Oxford University Press.
- European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions (1995). *Who will care? Future prospects for family care of older people in the European Union*, Dublin: Shankill, Co.
- EUROSTAT (2005). *Conciliation entre vie professionnelle et vie familiale: Des écarts entre les femmes et les hommes*. Luxemburgo: European Communities.
- FERNÁNDEZ-BALLESTEROS, R. et al (1992). *Evaluación e intervención psicológica en la vejez*, Barcelona: Martínez Roca.
- GEORGE, L. y GWYTHYER, P. (1986). «Caregiver well-being: A multidimensional examination of family caregivers of demented adults», en *The Gerontologist*, 26, 253-259.
- GIL CALVO, E. (2002). «Familismo», *El País*, 25-11.
- GILLIGAN, C. (1982). *In a different voice*. Cambridge: Harvard University Press.
- IMSERSO (2005a). *La atención a las personas en situación de dependencia en España. Libro Blanco*. Madrid: IMSERSO.
- IMSERSO (2005b). *Cuidados a las personas mayores en los hogares españoles. El entorno familiar*. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Madrid: IMSERSO.
- IMSERSO (2005c). *Las personas mayores en España. Informe 2004*. Madrid: IMSERSO.
- INE (2001). *Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud, 1999*. Madrid: INE.
- JAMIESON, A. (1993). *El apoyo informal en Europa*. En *Comparación de políticas de atención a las personas mayores*. Barcelona: Ed. SG.
- JANI-LE BRIS, H. (1993). *Prise en charge familiale des dépendants âgés dans les pays del Communautés Européennes*. Dublin: Fondation Européenne pour l'amélioration des conditions de vie et de travail.

- MARTÍNEZ, M. A. (2002). «Las familias ya no podemos más: Riesgos de exclusión social de las familias que cuidan a enfermos crónicos», en *Revista del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales*: 35: 145-165.
- (2005): Reflexiones sobre las políticas públicas: Promoviendo la aplicación de la igualdad de oportunidades a las familias con personas en situación de dependencia. En Guillén, E. (comp): *Sobre problemas y respuestas sociales*. Barcelona: Ed. Hacer.
- MONTORIO, I.; DÍAZ VEIGA, P.; IZAL, M. (1995). «Programas y servicios de apoyo a familiares cuidadores de ancianos dependientes», *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 30 (3): 157-168.
- OCDE (2005). *Long-tern Care for older people*. París: OCDE.
- PARRIS, M.; NORRIS, V.; KINNEY, J. et al (1988). «Stressful situations in caregiving: Relations between caregiver coping and well-being». *Psychology and Aging*, 3 (2).
- PEARLIN, L. I. (1994). Conceptual strategies for the study of caregiver stress. En Light, E.; Niedereche, C. y Lebowitz, B. D. (ed): *Stress effects on family caregivers of Alzheimer's patients*. New York: Springer.
- RODRÍGUEZ CABRERO, G. (1999). *La protección social de la dependencia*. Madrid: IMSERSO.
- (2004a). *El Estado de Bienestar en España: debates, desarrollos y retos*. Madrid: Ed. Fundamentos. 2004.
- (2004b). La población dependiente española y sus cuidadores. En Casado, D. (dir): *Respuestas a la dependencia*. Ed. CCS. Madrid.
- RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ, P. (1992). El Plan Gerontológico y el esfuerzo compartido en acciones para la vejez. En *Documentación Social*, 86. Madrid.
- (1995a). Cuidados en la vejez. La necesaria convergencia entre los recursos formales y el apoyo informal. En VV. AA.: *Jornadas por una vejez activa*. Madrid: Fundación Caja Madrid.
- (1995b). «El apoyo informal a las personas mayores», en Baura, J. C. et al. (coord): *Las personas mayores dependientes y el apoyo informal*, Baeza: Universidad Internacional de Andalucía «Antonio Machado».
- (1996). Los centros de día: un servicio de respiro para la familia cuidadora. En Gil M (coord): *Centros de día para personas mayores dependientes. Guía práctica*. Madrid: IMSERSO.
- (2002). Mujeres mayores y sistema de género. En Maquieira, V. (comp.): *Mujeres mayores en el siglo XXI*. Madrid: IMSERSO.
- (2004). El apoyo informal en la provisión de cuidados a las personas con dependencia. Una visión desde el análisis de género. En *Ley de Dependencia y Educación*



Infantil como medidas de conciliación entre la vida laboral y familiar. Madrid: Fórum de Política Feminista.

- (2005a). El apoyo informal en España y la protección social a la dependencia. Del familismo a los derechos de ciudadanía. En *Rev. Española de Geriátría y Gerontología*; 40 (supl.3): 5-15.
- (2005b). La intervención con las personas en situación de dependencia desde la evidencia científica y los consensos internacionales. En Casado, D. (dir.): *Avances en bienestar basados en el conocimiento*. Madrid: CCS.

SANCHO, T. y RODRÍGUEZ, P. (2002). «Envejecimiento y protección social de la dependencia en España. Veinte años de historia y una mirada hacia el futuro», *Revista de Intervención Psicosocial*. (10), 3:259-275.

SEGG (Sociedad Española de Geriátría y Gerontología, 2004). *Vejez, Negligencia, Abuso y Maltrato*. Madrid: IMSERSO.

STEINMETZ, S. K. (1988). *Duty bound: Elder abuse and family care*, Newbury Park, C. A. Sage.

TWIGG, J. y ATKIN, K. (1994). *Carers perceived: Policy and practice in informal care*, Open University Press. Buckingham.

ZARIT, S. H. (1996). Intervention with family caregivers. En Zarit, S. H. y Knight, B. G. (eds): *A guide to psychotherapy and aging*. Washington: APA.



Tercer Sector y Dependencia

Vicente Marbán Gallego

Profesor Contratado Doctor. Universidad de Alcalá

Sumario

1. Introducción.
2. Tercer Sector y Dependencia: acotando conceptos.
3. El Tercer Sector en el Anteproyecto de Ley de Dependencia.
4. Prácticas del Tercer Sector de Acción Social en la atención a las personas dependientes.
5. Bibliografía.

RESUMEN

En este artículo se pretende ofrecer una aproximación al papel del Tercer Sector tanto en la atención a las personas dependientes como en el Anteproyecto de Ley de Dependencia. Dado el amplio espectro de entidades que conforman el Tercer Sector, se empieza acotándolo a fin de precisar qué ámbito del mismo es el más susceptible de poder contribuir a paliar los actuales déficits de atención a las personas dependientes. También se exponen algunas experiencias prácticas de atención a la dependencia por parte de las entidades de acción social a raíz de los programas desarrollados al amparo del tramo social del IRPF.

ABSTRACT

This paper aims to offer an overview of the role of the Third Sector in both caring for dependent persons and inputting in preparation of the draft law on dependency. In view of the broad spectrum of institutions in the Third Sector, the work begins by establishing the limits of the segment therein that is most able to contribute to mitigating the current deficit in care for dependent persons. The paper also outlines some practical cases of care for dependents by social intervention institutions based on the programmes developed pursuant to the social tranche of Spanish personal income tax.

1 INTRODUCCIÓN

Los profundos cambios que está experimentando la estructura sociodemográfica española en los últimos años parecen converger hacia un colectivo como el de las personas dependientes cuyas necesidades de atención son y serán objeto de especial preocupación en un futuro muy próximo. Cambios que afectan a la dinámica y roles familiares como el menor tamaño de las familias, la creciente participación de la mujer en el mercado laboral y, por extensión, la transición de mujer cuidadora a mujer trabajadora están afectando a su vez a la tradicional red de cuidados de los que disponían las personas dependientes en décadas anteriores. Cambios que afectan especialmente a nuestro modelo «familiar» de atención donde, como refleja el Panel de Hogares de la Unión Europea —PHOGUE (1999)—, el 75 % son cuidadoras frente al modelo de «solidaridad a distancia» de los países nórdicos y anglosajones donde las mujeres cuidadoras representan el 59 %. Este retroceso en la oferta de cuidados familiares junto al ensanchamiento de la cúspide de la pirámide de población, los avances de la medicina y el aumento en ciertas causas sobrevenidas fruto de una calidad de vida en la que se asumen mayores riesgos (accidentes de tráfico, accidentes laborales...) apuntan claramente a la fragilidad e insuficiencia de nuestro actual modelo de atención a la dependencia.

Tales cambios sociodemográficos ya han sido experimentados por un buen número de economías europeas cuyas altas tasas de prevalencia de la dependencia les ha llevado a implementar planes y políticas de atención de dicha contingencia con un resultado de tasas de cobertura, con la excepción de Grecia y Portugal, claramente superiores a la española (Rostgaard, 2002).

Un modelo que es necesario desarrollar si atendemos a la prioridad que la propia ciudadanía parece atribuir a este fenómeno en España tal y como pone de manifiesto el barómetro del CIS de noviembre de 2004 en el que el 76,1 % de los encuestados considera una prioridad inmediata la atención a las personas dependientes para aliviar la sobrecarga que sus cuidados suponen para las familias. Porque, no lo olvidemos, esta emergencia de la dependencia como «nuevo riesgo social» afecta especialmente a las familias en las cuales los tradicionales oferentes de cuidados de niños y personas mayores, es decir, las



mujeres y las hijas, tienden a verse superados por los demandantes de sus cuidados. Incluso, en casos extremos, el retraso en la edad de maternidad puede hacer coincidir en el tiempo los cuidados de los padres dependientes con los de los recién nacidos.

Para responder con ciertas garantías a este riesgo social es necesario reorientar las políticas de atención, redefinir las prioridades así como reasignar los recursos actualmente existentes entre los cuales se encuentran los del Tercer Sector (TS).

A este respecto, en los últimos años las políticas públicas se vienen centrando cada vez más en una corresponsabilidad de tres sectores, el sector público, el sector privado y el Tercer Sector. Este último ha ido adquiriendo un creciente protagonismo en dichas políticas debido, entre otras razones, a su progresiva institucionalización en las últimas tres décadas como un sector relativamente cohesionado favorecido a su vez por un contexto de redimensionamiento del Estado de Bienestar y de los servicios sociales, por la revitalización de la sociedad civil y el creciente peso del voluntariado, y por el reconocimiento de su papel en la provisión de bienestar social en las sucesivas legislaciones estatales, autonómicas y municipales.

En este sentido, el trayecto que vienen recorriendo las entidades de acción social en la atención a la dependencia es más largo de lo que a veces suponemos. Unas veces estas entidades han colaborado con las Administraciones Públicas en la provisión de cuidados a familiares dependientes, pero en otras ocasiones han supuesto el único apoyo para las familias en la asunción de los costes económicos y psicológicos derivados de la dependencia actuando, incluso, como garantes del sostenimiento de los vínculos familiares y laborales y paliando la desigualdad de género en la medida en la que suponen un respiro para las cuidadoras.

En estas páginas se analizará el papel que el Tercer Sector está desempeñando en la atención a la dependencia, no tanto en su vertiente representativa y reivindicativa de un modelo de atención a la dependencia, que no obviaremos, como en su vertiente operativa. Dado el vasto espectro de entidades que conforman el Tercer Sector se comenzará acotando tanto el campo de acción del TS como el concepto de dependencia al que nos referiremos en adelante. Posteriormente analizaremos cómo se han conjugado las propuestas de las entidades de acción social con el Anteproyecto de Ley. Finalizaremos con un análisis de experiencias concretas del Tercer Sector de acción social en el ámbito de la atención a la dependencia tomando como referencia los programas desarrollados por estas entidades en el marco del 0,52 del IRPF.



2 TERCER SECTOR Y DEPENDENCIA: ACOTANDO CONCEPTOS

La propia denominación residual de Tercer Sector es una buena carta de presentación para definir a un sector altamente entrópico conceptual y organizativamente. El Tercer Sector es un concepto nuclearmente nítido y periféricamente confuso, ya que, si bien existe un amplio acuerdo sobre la inclusión dentro del mismo de las asociaciones y fundaciones como formas jurídicas sin afán de lucro que persiguen fines de interés general (educativos, sociales, culturales, deportivos, ambientales, etc.), de las denominadas como «Entidades Singulares» (Cruz Roja, Cáritas, ONCE) (Rodríguez Cabrero y Montserrat, 1996), o de las Cooperativas, Mutualidades y Sociedades Laborales, no ocurre lo mismo con otro tipo de entidades que suelen incluirse, no con pocas reticencias, como son las Fundaciones vinculadas a Bancos o Cajas de Ahorro. El caso de la Obra Social de las Cajas de ahorro es igualmente paradigmático. Aunque por lo general suele incluirse dentro del Tercer Sector, no son pocas las dudas que suscita. Un buen ejemplo lo encontramos en la investigación dirigida por García Delgado (2004) donde se las incluye en el Tercer Sector, pero ofreciendo sus cifras aparte para *«no distorsionar la imagen del conjunto con un tipo de entidades con tan peculiar carácter como son las Cajas de Ahorro»*, pág. 29). En cualquier caso, las incluyamos en el núcleo o en la periferia del Tercer Sector, en lo que respecta a los colectivos de mayor riesgo de dependencia (mayores y discapacitados) la Obra Social de las Cajas de Ahorro no son un agente menor dentro de la acción social: según su memoria 2004 el volumen de gasto destinado a programas de asistencia a discapacitados fue de 54 millones de euros mientras que el número de centros para personas mayores y discapacitados (residencias y centros de día) ascendió a 325 y a 41 unidades asistenciales con un volumen de gasto de 46 millones de euros (www.ceca.es).

Al margen de esta consideración y a efectos de nuestro análisis, de todas las formas organizativas mencionadas, sin menoscabo de las actividades realizadas por asociaciones y fundaciones de otros ámbitos como el cultural o el educativo, nos centraremos principalmente en la atención a personas dependientes procedente de las consideradas como de acción social.

En lo que respecta al concepto de dependencia, también conviene recordar algunos aspectos de manera muy breve. La definición propuesta por el Consejo de Europa, y que ha sido tomada como referente en el Libro Blanco de la Dependencia es «aquel estado en el que se encuentran las personas que, por razones ligadas a la falta o pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual, tienen necesidad de asistencia y/o ayudas importantes para realizar los actos corrientes de la vida diaria». A este respecto, aunque no descubramos nada nuevo, es importante advertir que, si bien es cierto que entre las personas ma-



yores y discapacitados tanto los riesgos como los índices de prevalencia son mayores, lo que se traduce en la práctica en una especial atención y prevención hacia estos colectivos, no necesariamente implica que discapacidad y vejez sean sinónimos de dependencia. Tal es así que incluso podemos hablar de experiencias como la atención domiciliaria a personas con discapacidad severa por medio de discapacitados leves aptos para tareas de atención a domicilio donde son los propios discapacitados los que se convierten en cuidadores, o como a veces es el propio diseño arquitectónico de las ciudades, la falta de comunicación y el aislamiento hacia nuestros mayores lo que convierte en dependientes a quienes realmente no tendrían por qué serlo.

También conviene recordar que en esta definición no se consideran necesariamente todas las discapacidades, sino las que afectan a las «actividades de la vida diaria». La cuestión es como definir los actos corrientes de la vida diaria para lo cual puede resultarnos de gran utilidad remitirnos, al igual que hace el Libro Blanco, a la Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud, (INE, 2001) donde se enumeran estas actividades en los siguientes ítems:

1. Actividades relativas al cuidado personal, que incluye las discapacidades para el control de las necesidades, asearse y utilizar el servicio solo, vestirse, desvestirse, arreglarse, y comer y beber.
2. Movilidad en el hogar: falta de capacidad para realizar cambios y mantenimiento de las diversas posiciones del cuerpo, levantarse, acostarse, permanecer de pie o sentado y desplazarse dentro del hogar.
3. Tareas domésticas, que comprende las discapacidades para ocuparse de las compras y del control de los suministros y servicios, de las comidas, de la limpieza y del planchado de la ropa, cuidar de la limpieza y el mantenimiento de la casa y del bienestar de los demás miembros de la familia.
4. Movilidad extradoméstica, en donde se incluye la discapacidad para deambular sin medio de transporte.
5. Discapacidades cognitivas, en concreto la discapacidad para entender y ejecutar órdenes y/o tareas sencillas.

3 EL TERCER SECTOR EN EL ANTEPROYECTO DE LEY DE DEPENDENCIA

El TS de acción social ha contribuido a hacer más visibles las necesidades sociales latentes de las personas dependientes actuando unas veces como pio-



neras, desarrollando innovadores programas para satisfacer nuevas necesidades relacionadas con la dependencia, actuando otras veces como sensores de detección de determinadas necesidades básicas, y otras como complemento de unos servicios públicos insuficientes con los que en muchos casos tiende a coordinarse.

La contribución de las entidades del Tercer Sector de Acción Social (TSAS en adelante) a la definición del futuro modelo de dependencia en España no es una cuestión baladí. Esta contribución viene avalada, entre otros, por varios factores: por un lado, buena parte de las entidades del TSAS parecen haber alcanzado una cierta madurez, así como una significativa y creciente presencia como agentes prestadores de servicios sociales de calidad en la atención a personas mayores y discapacitados tal y como veremos en el siguiente apartado con el análisis de algunas experiencias concretas. Una presencia que es cada vez más reconocida por parte de las Administraciones Públicas y en concreto por algunas leyes autonómicas de servicios sociales como las de Madrid o Asturias.

Por otro lado, y sin obviar el trascendente papel de los sindicatos, los movimientos asociativos de personas mayores y de discapacitados, tradicionalmente muy potentes y organizados, han ejercido de potente *lobby* reivindicando tanto la universalización de la atención a la dependencia como un creciente papel del TS en la provisión de servicios relacionados con esta contingencia.

Esta presencia del TS tanto en la provisión como en la reivindicación de un modelo de amplio espectro de atención a las personas dependientes, ha sido reconocida tanto en el Libro Blanco de la Dependencia como en el Anteproyecto de Ley de Promoción de Autonomía personal y Atención a las Personas Dependientes. En concreto, y a la espera de la inminente presentación del Proyecto de Ley, el Tercer Sector es reconocido en el Anteproyecto tanto como un agente a «tener en cuenta de manera especial» en la red de servicios del Sistema Nacional de Dependencia (artículo 15), como un «órgano consultivo» a través del Consejo Estatal de Personas Mayores y el Consejo Nacional de la Discapacidad con las «funciones de informar, asesorar y formular propuestas sobre materias que resulten de especial interés para el funcionamiento del sistema» (art. 39).

En líneas generales, no parece mucha la distancia entre los planteamientos recogidos en el Anteproyecto y las propuestas provenientes del ámbito del Tercer Sector en lo que respecta a nuestro futuro modelo de atención a las personas dependientes. Si tomásemos como principal referente de este ámbito las propuestas de la Plataforma de ONG de Acción Social y del CERMI (Comité



Español de Representantes de Personas con Discapacidad)⁽¹⁾ veríamos numerosas coincidencias tanto en principios básicos como, entre otros, el de universalidad e igualdad de acceso en todo el territorio nacional, como en cuestiones relacionadas por ejemplo, con el reconocimiento de los derechos de los cuidadores en la Seguridad Social, con la preferencia por un modelo de prestaciones por servicios antes que por un modelo de prestaciones monetarias o con la importancia concedida a la prevención, la formación, la calidad en la prestación de servicios o la necesidad de establecer un sistema de información transparente y fluido entre los agentes implicados. No obstante, también existen ciertas diferencias que no convendría pasar por alto y en las que, sin perjuicio de otras que puedan existir, me detendré brevemente.

La primera de ellas es conceptual. La definición de dependencia propuesta por la Plataforma de ONG de acción social es más amplia y dinámica al no excluir las situaciones temporales de dependencia, incluso añadiría, las de carácter reversible. Por el contrario, vemos como en el Anteproyecto, a diferencia del concepto propuesto por el Consejo de Europa y utilizado como referencia en el Libro Blanco, se añade y precisa únicamente el carácter permanente de la misma al definirla como «el estado de carácter permanente en que se encuentran las personas que, por razones ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física, intelectual o sensorial, precisan de la atención de otra u otras personas o ayudas importantes para realizar actividades básicas de la vida diaria» (art. 2) [el subrayado es mío], lo cual hay que tener en cuenta en la medida en la que podríamos quedar fuera del sistema las situaciones temporales de dependencia.

Sucede, empero, que una de las principales diferencias se refieren al modelo de financiación del sistema ya que en el Anteproyecto se opta finalmente por la vía impositiva según «se determine en los Presupuestos de las Administraciones Públicas competentes» (art. 31) frente a un sistema mixto por el que se decantan tanto expertos (Rodríguez Cabrero, 2005) como el TSAS representado en este texto por la Plataforma de ONG de Acción Social y el CERMI. A este respecto, las entidades del TS se decantan por un sistema mixto con dos niveles: un nivel contributivo por el cual la dependencia sería cubierta como una contingencia más con cotizaciones de la población trabajadora, y un nivel no contributivo, de igual intensidad protectora que el anterior, financiado con impuestos generales para los ciudadanos sin recursos, desvinculados o incapacitados para el mercado. Las diferencias entre el modelo propuesto en el Anteproyecto y el presentado por las entidades del Tercer Sector de Acción Social no son una cuestión me-

(1) En el caso de la Plataforma de ONG de Acción Social me refiero a las propuestas contenidas en una Comisión de Trabajo realizada sobre la futura Ley de Promoción de Autonomía personal y Atención a las Personas Dependientes y en lo que respecta al CERMI a un Manifiesto realizado con motivo del 3 de diciembre de 2005, Día Europeo e Internacional de las personas con discapacidad (www.cermi.es).



nor para la iniciativa no lucrativa en la medida en la que ésta considera que el modelo mixto que proponen respondería con mayores garantías a aspectos que consideran fundamentales como una financiación suficiente, más permanente y territorialmente equitativa, y menos sometida a la discrecionalidad de la Administración Pública en función de las cuantías que oportunamente se vayan determinando en la Ley de Presupuestos Generales del Estado.

Finalmente, además de aspectos rechazados por el CERMI como que la futura ley no proporcione cobertura a los menores de tres años, tampoco el Anteproyecto parece cumplir las expectativas del TSAS, tanto en lo que se refiere a su presencia en la articulación del Sistema Nacional de Dependencia como en apostar claramente por el fomento de la iniciativa social sin ánimo lucrativo frente a la lucrativa. En efecto, aunque, como mencionábamos anteriormente, al Tercer Sector se le reconoce en el Anteproyecto un papel consultivo en el funcionamiento del Sistema Nacional de Dependencia, no obstante, es obviado en lo que respecta a su presencia en la articulación de dicho sistema a través de un Consejo Territorial del que, diferencia de lo propuesto por la Plataforma de ONG de acción Social y el CERMI, no forman parte.

Por otro lado, lo cierto es que las entidades de acción social han desarrollado mucho antes que la iniciativa lucrativa una importante labor en la atención a las personas dependientes invirtiendo grandes esfuerzos y recursos en servicios y centros especializados satisfaciendo carencias no cubiertas por las Administraciones Públicas o anticipando inversiones que después han sido subvencionadas con retraso por éstas, mientras que las entidades lucrativas se han ido incorporando a este proceso tan sólo cuando había oportunidades de negocio. Fruto de ello, tanto el tipo de servicios como la idiosincrasia solidaria con la que se prestan por parte de la iniciativa no lucrativa son cada vez más conocidos por los familiares de personas dependientes, los cuales probablemente no verían con buenos ojos el desplazamiento en el mercado de estas estructuras por otras de carácter lucrativo en la medida en la que verían incrementados sus costes de transacción, especialmente de información y control, derivados del cambio de proveedor de los cuidados. Por lo tanto, en buena lógica, parece razonable que la Administración reconozca esta «deuda» hacia el TS en la futura Ley de Dependencia. Sucede, empero, que el reconocimiento «especial» a las entidades de acción social en la red de servicios del Sistema Nacional de Dependencia expresado en el artículo 15 del Anteproyecto es muy genérico si lo comparamos con las propuestas planteadas desde el ámbito del TS y que apuntan hacia «un estatuto más favorable que el general que se dispense a la iniciativa privada con afán de lucro... respetando las reglas de la competencia» (Manifiesto CERMI, propuesta n.º 12), «un reconocimiento y apoyo económico decidido y suficiente —vía convenios— a las organizaciones



sociales con experiencia y representatividad en el sector» así como «una disposición adicional que prevea la posibilidad de que las redes de servicios y centros de las entidades de iniciativa social no lucrativa que ya vienen atendiendo situaciones de necesidades intensas de apoyo puedan pasar, previos los procesos de homologación y acreditación necesarios en un plazo dado, a tener la consideración de servicios y centros del Sistema Nacional» (Plataforma de ONG de Acción Social).

Ciertamente, no es ésta una cuestión menor para la consolidación y desarrollo futuro del TSAS en la atención a la dependencia en la medida en la que puede verse alterado por el papel que desempeñe la iniciativa privada lucrativa en este campo. Un futuro que no sólo dependerá del marco protector de la iniciativa no lucrativa dentro de la futura Ley de Dependencia, sino también de cómo reaccione el TS al abordaje de la actividad mercantil en espacios de acción social hasta ahora circunscritos a las entidades voluntarias y cuya viabilidad económica en muchos casos ya ha sido explorada por éstas.

En este contexto, parece que el escenario menos aconsejable pero más tentador para las entidades de acción social es «pasarse al lado oscuro» imitando al sector mercantil con prácticas y estructuras empresariales paralelas que rayan en lo lucrativo. Por el contrario, la reacción que parece más coherente con la idiosincrasia del TS apuntaría hacia una mayor proyección pública de la labor realizada y a mejorar sus estructuras financieras y de gestión, en especial en lo que se refiere a la diversificación de fuentes de financiación, a la transparencia en el destino de los fondos y al desarrollo de una cultura de la auditoría y de evaluaciones externas. Medidas que resultarían, si cabe, más importantes en el hipotético caso de que se reconfigurara el mapa de financiación de los servicios sociales con el posible riesgo, ya advertido por el CERMI, de que con el nuevo sistema pudieran desviarse o recortarse recursos de los actuales presupuestos de servicios sociales.

Bien es cierto que el futuro del TSAS también dependerá de que éste afronte una serie de retos que le afectan particularmente como fomentar una mayor cultura de la colaboración entre las propias entidades, superar problemas de particularismo social y de exceso de recelos interasociativos o problemas de democracia interna y de renovación de equipos directivos.

En cualquier caso, la integración del TS en las políticas públicas de atención a la dependencia debería ir más allá de una mera colaboración financiera, una contenida cooperación institucional o una insignificante colaboración programática tal y como sucede en la actualidad y la Ley de Dependencia puede ser una buena oportunidad para conseguirlo.



4 PRÁCTICAS DEL TERCER SECTOR DE ACCIÓN SOCIAL EN LA ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA

Los programas de atención a las personas dependientes desarrollados por parte de las entidades no lucrativas de acción social son tan heterogéneos, diversos y multiterritoriales que resulta difícil fotografiar con precisión el papel que desempeñan para las personas dependientes y para sus familiares, por lo que se suele recurrir en la mayor parte de los casos al análisis de experiencias y programas concretos. En nuestro caso, nos centraremos en el análisis de los programas del 0,52 tanto por la representatividad institucional de las entidades subvencionadas en el ámbito de las personas mayores y la discapacidad como por el peso específico de los programas destinados a mayores y discapacitados dentro del 0,52 al ser los que reciben los importes más altos y a los cuales se han destinado a lo largo de la últimas 10 convocatorias prácticamente el 40 % de las subvenciones (tabla 1).

De todas las entidades subvencionadas por el 0,52 tan sólo se han seleccionado 50, de las cuales hemos analizado los programas subvencionados en la convocatoria del 2003 que se orientaron hacia los colectivos de mayores y discapacitados y relacionados específicamente con la atención a la dependencia como, entre otros, los relativos a la ayuda a domicilio, centros de día, residencias, teleasistencia, apoyo a familias y estancias temporales o transporte adaptado para personas dependientes⁽²⁾.

Entre las entidades analizadas se encuentran algunas muy significativas como la Asociación Española contra el Cáncer, COCEMFE, FEAPS, la Confederación Española de Familiares y Enfermos Mentales, la Fundación Alzheimer España o la Federación Española de Instituciones para el Síndrome de Down. A ellas les hemos añadido Cáritas Española y Cruz Roja por su singularidad y peso específico tanto en el programa del 0,52 como en el sector en general, el cual vendría avalado por las siguientes cifras: según la Memoria 2004 de Cáritas, en ese año se invirtieron más de 21,3 millones de euros en programas para mayores dando cobertura a más de 9.000 personas a través de la ayuda a domicilio, a más de 18.000 mayores en sus 64 centros de día y a 2.600 en las 63 residencias con las que cuentan. En programas de atención a personas con discapacidad se destinaron en torno a 1,5 millones de euros y atendieron a más de 8.000 personas. En el caso de Cruz Roja, los gastos en programas

(2) La selección de la muestra se ha realizado teniendo en cuenta la naturaleza institucional (asociación, fundación y federaciones/confederaciones), el peso de los distintos colectivos, el tamaño presupuestario y el ámbito territorial. Los resultados presentados se han extraído del análisis de las memorias finales de las entidades del 0,52 realizado en el marco de una investigación coordinada por Gregorio Rodríguez Cabrero por encargo del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales en la que además han participado Julia Montserrat y yo mismo.

Tabla 1. 0,52 DEL IRPF: IMPORTE DE LAS SUBVENCIONES CONCEDIDAS POR COLECTIVOS. PERIODO 1989-2004 (€)

Colectivos	Convocatoria IRPF 1989		Convocatoria IRPF 1993		Convocatoria IRPF 1996		Convocatoria IRPF 1998		Convocatoria IRPF 2001		Convocatoria IRPF 2004	
	Importe de subvenciones concedidas	%	Importe de subvenciones concedidas	%	Importe de subvenciones concedidas	%	Importe de subvenciones concedidas	%	Importe de subvenciones concedidas	%	Importe de subvenciones concedidas	%
Infancia	5.636.977	12.4	5.920.480	10.13	6.731.166	9.38	10.181.112	11.33	9.656.489	10.57	10.184.890	10.73
Jóvenes			5.931.989	10.15	6.564.789	9.15	7.520.986	8.37	7.803.541	8.54	7.916.964	8.34
Mayores	13.996.266	30.6	16.451.108	28.14	17.057.835	23.78	18.622.600	20.72	19.569.836	21.42	20.358.451	21.44
Mujeres	3.639.867	7.9	5.690.292	9.73	6.480.648	9.03	8.928.278	9.94	8.157.537	8.93	8.288.517	8.73
Personas con discapacidad	11.699.512	25.5	9.726.413	16.64	11.871.090	16.55	14.775.715	16.44	14.926.136	16.34	16.134.987	16.99
Pueblo gitano			2.333.129	3.99	2.540.953	3.54	3.050.2136	3.39	2.566.322	2.81	2.744.339	2.89
Drogodependientes	4.968.430	10.8	4.173.789	7.14	4.663.105	6.50	5.803.116	6.46	5.820.974	6.37	4.789.435	5.04
Minorías con problemas sociales												
Promoción del voluntariado					2.953.285	4.12	4.008.751	4.46	4.041.806	4.42	3.926.332	4.14
Refugiados y migrantes			4.451.510	7.62	5.404.546	7.53	7.816.162	8.70	8.450.230	9.25	9.504.137	10.01
Personas afectadas por el SIDA			1.985.461	3.40	2.314.476	3.23	2.731.748	3.04	2.788.215	3.05	2.766.292	2.91
Reclusos y ex reclusos			1.788.768	3.06	2.129.610	2.97	2.821.427	3.14	2.686.524	2.94	2.750.274	2.90



Tabla 1 (Continuación). 0,52 DEL IRPF: IMPORTE DE LAS SUBVENCIONES CONCEDIDAS POR COLECTIVOS. PERIODO 1989-2004 (€)

Colectivos	Convocatoria IRPF 1989	Convocatoria IRPF 1993	Convocatoria IRPF 1996	Convocatoria IRPF 1998	Convocatoria IRPF 2001	Convocatoria IRPF 2004
	Importe de subvenciones concedidas	Importe de subvenciones concedidas	Importe de subvenciones concedidas	Importe de subvenciones concedidas	Importe de subvenciones concedidas	Importe de subvenciones concedidas
	%	%	%	%	%	%
Programas integrales						
Programas para la inclusión social						
Fondo de emergencia social						
Varios	5.889.231					
Total	45.830.284	58.452.932	71.740.083	89.856.233	91.353.840	94.940.540
	100	100	100	100	100	100

Fuente: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

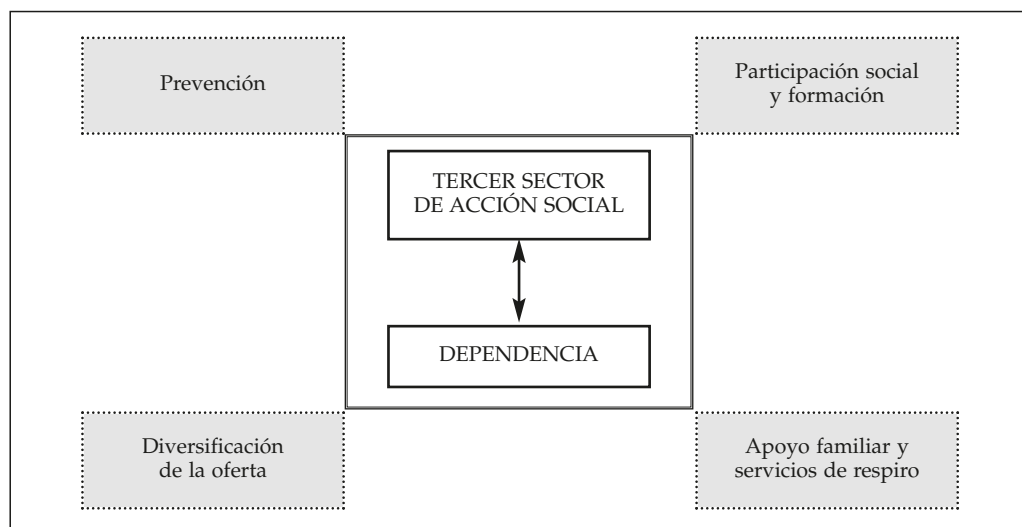


de actividades para mayores y discapacitados ascendieron a 39,6 millones de euros, contando con más de 12.000 voluntarios en labores de atención a mayores y con 2800 para discapacitados, dando cobertura respectivamente a más de 147.280 y 16.400 usuarios a través de sus proyectos de ayuda a domicilio, centros de día, teleasistencia domiciliaria, transporte adaptado y proyectos de apoyo a personas dependientes y a sus familiares (memoria 2004, Cruz Roja Española).

Entre los resultados más relevantes de esta investigación destacaría, desde el punto de vista económico, algo que ya hemos apuntado anteriormente, en concreto el esfuerzo inversor de las entidades del TSAS en el campo de la dependencia. Así, se ha constatado como los programas analizados de atención a la discapacidad y de mayores son los más intensivos en inversiones ya que, mientras las actividades de inversión subvencionadas con el 0,52 % tan sólo han representado en torno al 10 % del total de los presupuestos presentados por las entidades, los programas de atención a personas con discapacidad, especialmente los relacionados con la ayuda a domicilio, centros de día, residencias, teleasistencia, apoyo a familias y estancias temporales o transporte adaptado para personas dependientes, son los que más han solicitado para esta categoría con el 41,5 % para el 2003.

Pero, sin duda, lo más significativo es el valor cualitativo de estos programas y como, por ejemplo, en el campo de las discapacidades intelectuales están contribuyendo a superar su tradicional estigmatización y aislamiento en España no sólo favoreciendo su normalización social y la mejora de su autoestima sino también ampliando la oferta de alternativas terapéuticas ya existentes. O como en la atención a los mayores y a sus familias, por una parte están facilitando el acceso a la información sobre los heterogéneos y dispersos recursos disponibles en el sector público, y por otra están complementando la oferta pública de servicios de respiro y de atención diurna con servicios de teleasistencia y acompañamiento de mayores en domicilios, o con la gestión de sus propios centros (residencias, centros de día) en colaboración con las Comunidades Autónomas y Administraciones Locales.

Del análisis de los programas del 0,52 se desprenden importantes impactos del Tercer Sector de Acción Social en la atención a las personas dependientes que hemos agrupado en 4 ejes de actuación (cuadro 1).

Cuadro 1. EJES DE ACTUACIÓN DEL TERCER SECTOR EN LA ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA

Fuente: Elaboración propia a partir de los programas del 0,52.

Por un lado, aparte de la mencionada labor de información y asesoramiento sobre recursos y ayudas disponibles, el TSAS ha tejido en los últimos años una diversificada red de servicios de respiro y de apoyo temporal nada despreciable tanto a base de servicios de acompañamiento en domicilios, teleasistencia, residencias asistidas y centros de día, como de transporte adaptado para personas dependientes y adaptación de viviendas, de centros de día, de minirresidencias o de estancias temporales para situaciones de urgencia.

En otros casos, haciendo gala de su mayor proximidad a las necesidades de las personas dependientes y de sus familiares están complementando la oferta pública prestando servicios que son deficitarios en la mayoría de los centros de día y residencias públicas, por ejemplo, con programas específicos para personas dependientes moderadas y severas a través de voluntariado dedicado al acompañamiento nocturno, en fines de semana, incluso en post-operatorios. Asimismo, desarrollan programas que contribuyen a ampliar la oferta de alternativas terapéuticas existentes en las Administraciones Públicas (por ejemplo, compañías de baile para personas con dependencia moderada o servicios alternativos a la institucionalización psiquiátrica de personas susceptibles de padecer algún tipo de dependencia).

No menos importante es la labor preventiva desarrollada por las entidades de acción social con la que no sólo tratan de retrasar la aparición de los riesgos



de dependencia asociados a la edad, sino que también apuntan al origen de otras causas sobrevenidas. Tal es el caso de las causadas por malas prácticas de consumo, especialmente de drogas y sustancias que tienen efectos neuronales, para lo cual desarrollan programas de fomento de hábitos de vida saludables entre los jóvenes, o las derivadas de los accidentes de tráfico con programas de seguridad vial a jóvenes menores de 30 años cuyo objetivo es concienciarles sobre los riesgos de la conducción bajo los efectos del alcohol acercando la prudencia al lugar donde se concentra el riesgo.

Finalmente, otro de los ejes de actuación observados en los programas se refiere a su contribución a una mayor implicación de la ciudadanía en la atención a personas dependientes no sólo con asesoramiento y formación de los cuidadores familiares, sino también fomentando la participación del voluntariado a través de la promoción, sensibilización y formación de éstos en cuidados a personas dependientes, en los que además se tiene en cuenta a aquellos voluntarios que pueden aportar un enorme valor añadido como cuidadores dada su proximidad al problema. Tal es el caso de los programas de atención domiciliaria a personas con discapacidad severa a través de voluntarios discapacitados leves aptos para tareas de atención a domicilio, en los que además de proveer cuidados se crea una mayor complicidad entre la persona dependiente y la discapacitada mejorando con ello la autoestima de estas últimas.

5 BIBLIOGRAFÍA

- CASADO, D. (dir.): *Respuestas a la Dependencia*. Madrid: Ed. CCS, 2004.
- CENTRO DE INVESTIGACIONES SOCIOLOGICAS (CIS). Barómetro de noviembre de 2004. Estudio n.º 2.581.
- GARCÍA DELGADO, J. L. (dir): *Las Cuentas de la Economía Social*. El Tercer Sector en España, Madrid: Civitas, 2004.
- INE: *Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud, (EDDES)*. Madrid: INE, 2001.
- LEON, M.: La atención a las personas en situación de dependencia en España: una aproximación crítica al Libro Blanco de la Dependencia, *PANORAMA SOCIAL*, 2005, n.º 2, pp. 34-44.
- MEMORIA 2004 de Cáritas Española, Madrid, Cáritas Española, 2005 (www.caritas.es).
- MEMORIA 2004 de Cruz Roja Española, Madrid, 2005 (www.cruzroja.es).
- MEMORIA 2004 de la Obra Social de las Cajas de Ahorro, 2005 (www.ceca.es).



MINISTERIO DE TRABAJO Y ASUNTOS SOCIALES: Libro Blanco de atención a las personas en situación de dependencia en España, Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2004 (www.mtas.es).

MINISTERIO DE TRABAJO Y ASUNTOS SOCIALES: Anteproyecto de Ley de Promoción de Autonomía personal y Atención a las Personas Dependientes, Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2005 (www.mtas.es).

RODRÍGUEZ CABRERO, G.: La protección social de las personas dependientes como desarrollo del Estado de Bienestar en España, *PANORAMA SOCIAL*, 2005, n.º 2, pp. 21-33.

RODRÍGUEZ CABRERO, G. y MONTSERRAT, J.: *Las Entidades voluntarias en España*. Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales, 1996.

RODRÍGUEZ CABRERO, G.: *El Estado de Bienestar en España: debates, desarrollo y retos*, Madrid: Fundamentos, 2004.

ROSTGAARD, T: Care Services for Children and Other Dependent People, European Union Presidency Conference, 25-26 de noviembre 2002, Elsinore.

Bibliografía

La protección social de la dependencia en España

- ABELLÁN, A.; PUGA, M.^a D. *Dependencia y necesidades asistenciales de los mayores en España. Previsión al año 2010*. Madrid, Fundación Pfizer, 2002.
- *Una estimación de la dependencia en España*. *Revista Multidisciplinar de Gerontología*, 14 (5), p. 302, 2004.
- ANDRÉS-PIZARRO, J. Desigualdades en los servicios de protección de la dependencia para personas mayores. *Gaceta sanitaria*, vol. 18, 2004; pp. 126-131.
- ANTONUCCI, T.; JACKSON, J. Apoyo social, eficacia interpersonal y salud: una perspectiva. En: CARSTENSEN, L. L.; EDELSTEIN, B. A. *Gerontología clínica. Intervención psicológica y social*. Barcelona: Martínez Roca, 1990; pp. 128-149.
- ARRIOLA, M.^a Jesús; SETIÉN, M.^a Luisa. Cuidadores de ancianos dependientes: demandas y estrategias de apoyo. *Portularia. Revista de trabajo social*, n.º 4, 2004; pp. 327-338.
- BARCELÓN COBEDO, Susana; QUINTERO LIMA, M.^a Gemma. Las situaciones de dependencia personal como nueva contingencia protegida por el Sistema de Protección Social. *Revista del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Asuntos sociales*, n.º 60, 2006; pp. 13-34.



- BAZO, María Teresa. El papel de la familia y los servicios en el mantenimiento de la autonomía de las personas mayores: una perspectiva internacional comparada. *REIS: Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, n.º 105, 2004; pp. 43-77.
- BLANCO EGIDO, E. Protección de las personas con discapacidad en situación de dependencia. En: *Apoyos, autodeterminación y calidad de vida*, libro de ponencias de las IV Jornadas Científicas de Investigación sobre Personas con Discapacidad de Salamanca. Amarú Ediciones, 2001.
- *La dependencia y las personas con discapacidad*. Madrid: IMSERSO, 2000.
- BLASCO LAHOZ, J. F. *Seguridad Social*. 11.ª ed. Valencia: Tirant lo Blanch, 2004.
- CASADO MARÍN, David; LÓPEZ Y CASANOVAS, G. *Vejez, dependencia y cuidados de larga duración: situación actual y perspectivas de futuro*. Barcelona: Fundación la Caixa, 2001.
- CASADO PÉREZ, Demetrio (dir.). *Respuestas a la dependencia*. Madrid: CCS, 2004.
- Expectativas de las personas mayores respecto a la Ley de Dependencia. *Revista del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Asuntos sociales*, n.º 60, 2006; pp. 149-166.
- *Avances en bienestar basados en el conocimiento*. Madrid: CCS, 2005.
- CASADO, David; RICO, Ana; SABES, Ramón. Asistencia integrada a los ancianos dependientes en España. *Documentación Social*, n.º 127, abril-junio, 2002; pp. 247-275.
- CASEY, B. (y otros). *Políticas para una sociedad que envejece: medidas recientes y ámbitos de futuras reformas*. París: OCDE, 2003.
- CATALUÑA. Generalitat. Departamento de Bienestar Social. *Atlas de la dependencia*. Barcelona, 2002.
- *Llibre blanc de la gent gran amb dependència*. Barcelona, 2002.
- CLEMENTE DÍAZ, Miguel; VIDAL, Miguel Ángel; ROMERA, Esther. Los ancianos y las redes familiares. En: *Psicología jurídica y redes sociales*. Madrid: Fundación Universidad Empresa, 1999; pp. 315-329.
- COLECTIVO IOE. *Cuidados en la vejez. El apoyo informal*. Madrid: INSERSO, 1995.
- COMISIONES OBRERAS. CONSEJO CONFEDERAL. *Los servicios de atención a las personas dependientes: propuestas de inclusión en la renovación del Acuerdo de Pensiones*. Madrid: CC. OO., 2000.
- COMUNIDADES EUROPEAS. Comisión. *Estadísticas comparativas sobre la atención a personas mayores dependientes*. Luxemburgo: Oficina de Publicaciones Oficiales de las Comunidades Europeas, 2003.
- CONFERENCIA ESPAÑOLA DE ORGANIZACIONES A FAVOR DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL. *Posicionamiento estratégico de FEAPS ante el reto de las dependencias: un sistema de protección de la dependencia para la autonomía, la*

calidad de vida y la igualdad de oportunidades de las personas con discapacidad intelectual. Madrid, 2003.

CONGRESO INTERNACIONAL SARE. *Cuidar cuesta: costes y beneficios del cuidado / organiza EMAKUNDE y Fondo Social Europeo.* Vitoria- Gasteiz: Emakunde, 2003.

CONSEJO DE EUROPA. *Recomendación n.º R (98) 9 del Comité de Ministros a los estados Miembros relativa a la dependencia.* 1998.

— *Recomendación 1591. Retos de la política social en las sociedades europeas que envejecen.* Bruselas, 2003.

CONSEJO Y COMISIÓN EUROPEOS. *Apoyar las estrategias nacionales para el futuro de la asistencia sanitaria y los cuidados a las personas mayores.* Bruselas, Comisión Europea, 2003.

CONSEJO ECONÓMICO Y SOCIAL. *La situación de las personas con discapacidad en España: sesión ordinaria del Pleno de 17 de diciembre de 2003.* Madrid: CES, 2004.

CRISTÒFOL ALLUÉ, Ramón (y otros). *El coste de la dependencia al envejecer.* Barcelona: Herder, 2003.

DEFENSOR DEL PUEBLO. *La atención sociosanitaria en España: perspectiva gerontológica y otros aspectos conexos.* Madrid, Defensor del Pueblo, 2000.

DÍAZ VEGA, Pura. Hacia la convergencia de los sistemas de apoyo informal y formal en cuidadores. Un estudio de caso. *Intervención psicosocial*, n.º 1, 2001; pp. 41-54.

DURÁN HERAS, M. A. Dependientes y cuidadores: el desafío de los próximos años. *Revista del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Asuntos sociales*, n.º 60, 2006; pp. 57-74.

— *Los costes invisibles de la enfermedad.* Madrid: Fundación BBVA, 1999.

FERNÁNDEZ BALLESTEROS, R. (y otros). *Evaluación e intervención psicológica en la vejez.* Barcelona: Martínez Roca, 1992.

FERNÁNDEZ DE TROCONIZ, María Izal; MONTORIO CERRATO, Ignacio; DÍAZ VEIGA, Pura. *Cuando las personas mayores necesitan ayuda: guía para cuidadores familiares.* Madrid: IMSERSO, 1997.

— Análisis de la percepción de capacitación y formación de los profesionales del ámbito sociosanitario en la atención a los cuidadores de personas mayores dependientes. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, vol. 38, n.º 4, 2003.

FRADES, J. *La protección de las personas dependientes.* Madrid: Gabinete Técnico Confederal de UGT, 2002.

GARCÍA DÍAZ, N. (coord.). *La discapacidad en cifras.* Madrid: IMSERSO, 2002.

GARCÍA MALO, Yolanda, (coord.). *La dependencia y los servicios sociosanitarios en España.* Madrid: Júbilo Publicaciones, 2004.



- GARCÍA DE LA ROSA, Pura. 14 líneas básicas para el diseño de un modelo de atención a las personas dependientes. *Revista del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Asuntos sociales*, n.º 60, 2006; pp. 83- 86.
- GONZÁLEZ ORTEGA, S.; QUINTERO LIMA, M. G., (coord.). *Protección social de las personas dependientes*. Las Rozas: La Ley, 2004.
- GONZÁLEZ TEMPRANO, A., (dir.). *La consolidación del estado del bienestar en España 1993-2000*. Madrid: CES, 2003.
- IMSERSO. *Atención a las personas en situación de dependencia en España*. Libro Blanco, Madrid: MTAS, 2005.
- *Cuidados a las personas mayores en los hogares españoles*. Madrid: IMSERSO, 2000.
- *Informe 2004. Las personas mayores en España*. Madrid: IMSERSO, 2004.
- *II Plan de Acción para las personas con discapacidad 2003-2007*. Madrid: IMSERSO, 2003.
- *Informe sobre la Atención Social y Sanitaria a las personas con graves discapacidades*. Madrid: IMSERSO, 2003.
- *Vida independiente. Buenas prácticas*. Madrid, 1999.
- INE. *Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud 1999 (EDDES)*. Madrid: INE, 2001.
- IZQUIERDO MORENO, Ciriaco. *Acompañar al anciano: la sociedad ante la tercera edad*. Madrid: San Pablo, 1998.
- JACOBZONE, S. et al. *Long Term Care Services to Older People, a perspective on future needs: the impact of an improving health of older persons*. París: OCDE, 1998.
- JENSON, J.; JACOBZONE, S. *Care allowances for the frail elderly people and their impact on women care-givers*. París: OC, 2000.
- JIMÉNEZ LARA, A.; RODRÍGUEZ CASTEDO, A. *Análisis de mercado de la atención de las personas dependientes en España. Situación actual, perspectivas de futuro y pautas para un posicionamiento*. Madrid: Grupo ONCE, 2001.
- LETURIA, Francisco Javier; Yanguas, J. J.; LETURIA, M. (coord.). *Las personas mayores y el reto de la dependencia en el siglo XXI*. San Sebastián: Diputación Foral de Guipuzcoa, 1999.
- MALDONADO MOLINA, J. A. *El seguro de dependencia: presente y proyecciones de futuro*. Valencia: Tirant lo Blanc, 2003.
- MARAVALL GÓMEZ-ALLENDE, H. *El envejecimiento en España: demandas sociales, programas y servicios de atención, las pensiones, los cuidados a las personas dependientes*. Madrid: GPS, 2004.
- MARAVALL, H. *El envejecimiento en España*. Cuadernos de Información Sindical, Madrid, Comisiones Obreras, 2003.



- MARTÍNEZ GARCÍA, Manuel F.; VILLALBA, Cristina; GARCÍA, Manuel. Programas de respiro para cuidadores familiares. *Intervención psicosocial*, n.º 1, 2001; pp. 7-22.
- MARTÍNEZ RIERA, José Ramón. Cuidados informales en España. Problema de desigualdad. *Revista de Administración Sanitaria Siglo XXI*, n.º 1, 2003; pp. 275-288.
- MARTÍNEZ RODRÍGUEZ, Teresa. Reorientando los recursos de atención a las personas mayores hacia las necesidades derivadas de la dependencia: de las estancias diurnas a los centros de día. *Intervención Psicosocial*, n.º 3, 2001; pp. 389-394.
- MARTÍNEZ ROMAN, María Asunción. Las familias ya no podemos más. Riesgos de exclusión social de las familias que cuidan de enfermos crónicos graves. *Revista del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Asuntos sociales*, n.º 35, 2002; pp. 145-165.
- MARTÍNEZ ZAHONERO, J. L. *Economía del envejecimiento. Calidad y financiación de los cuidados prolongados para los mayores*. Madrid: Consejo Económico y Social, 2000.
- MOLINA, J. L. *El análisis de redes sociales: una introducción*. Barcelona: Bellaterra, 2001.
- MONTSERRAT CODORNIU, J. *El coste de la dependencia*, Revista Multidisciplinar de Gerontología, n.º 13, Julio-Agosto, 2003.
- *El reto de un sistema universal de protección a la dependencia: una estimación del coste del modelo*. Presupuesto y Gasto Público, n.º 39/2005, 2005.
- MONTSERRAT CODORNIU, J.; RODRÍGUEZ CABRERO, G. *Luces y sombras del anteproyecto de ley de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia en sus aspectos organizativos y económicos*. Cuadernos de Información Económica, n.º 191, 2006.
- MONTORO RODRÍGUEZ, Julián. Las consecuencias psicosociales del cuidado informal a personas mayores. *Revista internacional de Sociología*, n.º 23, mayo-agosto, 1999; pp. 7-29.
- MORÁN, E. *Estimación de la población dependiente y de sus características sociodemográfica*. En G. Rodríguez Cabrero (coord.), *La protección social de la Dependencia*, Madrid: IM-SERSE, 1999.
- MORENO MÍNGUEZ, Almudena. El familiarismo cultural en los estados del bienestar del sur de Europa: transformaciones de las relaciones entre lo público y lo privado. *Sistema*, n.º 182, 2004; pp. 47-74.
- MOYA HUERTOS, Javier. El seguro de dependencia: una nueva perspectiva del envejecimiento. *Revista de Fomento Social*, n.º 229, enero-marzo, 2003; pp. 105-134.
- NAVARRO, Vicenç (coord.). *El estado de bienestar en España*. Madrid: Tecnos, 2004.
- (y otros). Los déficit sociales. *Temas para el debate*, n.º 104, julio, 2003; n.º monográfico.
- O'SHEA, Eamon. La mejora de la calidad de vida de las personas mayores dependientes. *Boletín sobre el envejecimiento*, n.º 6, 2003; pp. 1-23.



- PACOLET, J. et al. *Social Protection for Dependency in old age in the 15 EU Member States and Norway*, Bruselas, European Commission, 1998.
- PÉREZ BUENO, Luis Cayo. La configuración de la autonomía personal y la necesidad de apoyos generalizados como nuevo derecho social. *Revista del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Asuntos sociales*, n.º 60, 2006; pp. 35-46.
- PÉREZ DÍAZ, Víctor; ÁLVAREZ MIRANDA, Berta; CHULI, Elisa. La familia en el sistema de bienestar español. Una reflexión general y una discusión empírica. *Papeles de Economía Española*, n.º 77, 1998; pp. 24-40.
- PUGA GONZÁLEZ, María Dolores. *Dependencia y necesidades asistenciales de los mayores en España. Previsión al año 2010*. Madrid: Fundación Pfizer, 2002.
- QUEREJETA GONZÁLEZ, Miguel. *Discapacidad/dependencia: unificación de criterios de valoración y clasificación*. Madrid: IMSERSO, 2004.
- RAMÓN, Gemma. Prioridades de la UGT en el cuidado de las personas dependientes. *Revista del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Asuntos sociales*, n.º 60, 2006; p. 75-82.
- RIVERA NAVARRO, Jesús. *Redes familiares en el cuidado del anciano con demencia: análisis evolutivo de un estudio poblacional*. Madrid: Consejo Económico y Social de la Comunidad de Madrid, 2001.
- RODRÍGUEZ CABRERO, Gregorio. *El estado de bienestar en España: debates, desarrollo y retos* / Gregorio Rodríguez Cabrero. Madrid: Fundamentos, 2004.
- *Protección social de la dependencia en España*. Documento de Trabajo 44/2004, Madrid: Fundación Alternativas, 2004.
- *Modelos de Protección Social a la Dependencia con especial referencia al espacio europeo*. En V. Navarro (dir.) *La situación social en España*, Madrid: Biblioteca Nueva, 2005.
- RODRÍGUEZ CABRERO, G.; J. MONTSERRAT. *Modelos de atención sociosanitaria. Aproximación a los costes de la dependencia*. Madrid: IMSERSO, 2002.
- RODRÍGUEZ CABRERO, G. *La protección social de las personas en situación de dependencia como desarrollo del estado de bienestar en España*. Panorama Social n.º 2, Madrid: Funcas, 2005.
- (coord.). *La protección social de la dependencia*. Madrid: IMSERSO, 1999.
- RODRÍGUEZ CABRERO, Gregorio; CODORNIÚ, J. M. *Modelos de atención sociosanitaria: una aproximación a los costes de la dependencia*. Madrid: IMSERSO, 2002.
- RODRÍGUEZ CASTEDO, A. *La prestación de servicios a las personas con dependencia y a sus familias. Nuevas necesidades sociales. Nuevos derechos sociales. Nuevos servicios y nuevos empleos*. Universidad Pompeu Fabra, 2003.
- *Políticas sociales y prestación de servicios a las personas dependientes y a sus familias*. Universidad de Granada, 2003.

- RODRÍGUEZ CASTEDO, A.; JIMÉNEZ LARA, A. *La regulación a la atención de la dependencia en la Unión Europea. Modelos comparados*. Universidad de Valencia, 2003.
- RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ, P. El problema de la dependencia en las personas mayores. *Documentación Social*, n.º 112, 1998.
- Las necesidades de las personas mayores dependientes. *Revista de Asuntos Sociales*, n.º 8, 1999.
- RODRÍGUEZ, P. *Análisis de los servicios sociales en el marco de la atención sociosanitaria*, en Defensor del Pueblo, 2000, 1999.
- Familias y cuidados en la vejez. Más protección social a las personas en situación de dependencia. En: *Envejecimiento y familia*. Madrid: UNAF, 2002.
- *El sistema de servicios sociales español y las necesidades derivadas de la atención a la dependencia*. Documento de Trabajo n.º 87/2006 del Laboratorio Alternativas. Madrid: Fundación Alternativas, 2006.
- RODRÍGUEZ, P.; SANCHO CASTIELLO, M. T. *Nuevos retos de la política social de atención a las personas mayores. Las situaciones de fragilidad*. Revista Española de Geriátrica y Gerontología, n.º 5, 1995.
- SANCHO CASTIELLO, María Teresa. *La protección social a las personas mayores dependientes en Francia. Perfiles y tendencias*. Madrid: IMSERSO, 2004.
- SANCHO CASTIELLO, María Teresa; RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ, P. Envejecimiento y protección social de la dependencia en España. Veinte años de Historia y una mirada hacia el futuro. *Intervención Psicosocial*, n.º 3, 2001; pp. 259-275.
- SARASA URDIOLA, Sebastián. *Una propuesta de servicios comunitarios de atención a personas mayores*. Madrid: Fundación Alternativas, 2003.
- VERDUGO, M. A.; SCHALOCK, R. L. El concepto de calidad de vida en los servicios humanos. En: *Apoyos, autodeterminación y calidad de vida*, libro de ponencias de las IV Jornadas Científicas de Investigación sobre Personas con Discapacidad de Salamanca. Amarú Ediciones, 2001.
- VIDAL, Miguel Ángel; CLEMENTE, Miguel; RGUERA, Nieves. Apoyo social y sentimiento de abandono en los ancianos. *Psicología jurídica y redes sociales*, pp. 331-345.
- WEHMEYER, M. L. Autodeterminación. Una visión de conjunto. En: *Apoyos, autodeterminación y calidad de vida*, libro de ponencias de las IV Jornadas Científicas de Investigación sobre Personas con Discapacidad de Salamanca. Amarú Ediciones, 2001.
- ZAPATA CABEZAS, José Manuel. Voluntariado y personas dependientes. *Documentación Social*, n.º 122, enero-marzo, 2001; pp. 305-317.



RECURSOS EN INTERNET

CEAPAT. Centro Estatal de Autonomía Personal y Ayudas Técnicas.

<http://www.ceapat.org/>

CEOMA. Confederación Española de Organizaciones de Mayores.

<http://www.ceoma.org/>

Informe de CEOMA sobre el anteproyecto de Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia.

http://www.ceoma.org/pdfs/INFORME_13_02_06.pdf

CERMI. Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad.

<http://www.cermi.es/cermi/>

CES. Consejo Económico y Social de España.

<http://www.ces.es/index.jsp>

Memoria sobre la situación socioeconómica y laboral de España 2004:

<http://www.ces.es/servlet/noxml?id=CesColContenido%20M01117633930875~S2553769~Nmemoria%202004.pdf&mime=application/pdf>

Informe sobre la situación del empleo de las personas con discapacidad y propuestas para su reactivación (1995).

<http://www.ces.es/servlet/noxml?id=CesColContenido%20M01109077374187~S288415~Ninf00595.pdf&mime=application/pdf>

CIS. Centro de Investigaciones Sociológicas.

<http://www.cis.es/cis/opencms/ES/index.html>

FEAPS. Confederación Española de Organizaciones a favor de las Personas con discapacidad Intelectual.

<http://www.feaps.org/>

Posicionamiento de FEAPS ante la futura ley para la autonomía personal:

http://www.feaps.org/biblioteca/documentos/posicion_dependencia.pdf

Conclusiones del III Encuentro de Familias de FEAPS:

http://www.feaps.org/congreso_familias/congreso_conclusiones.htm

FUNDACIÓN ONCE. Portal sobre discapacidad.

<http://www.discapnet.es/Discapnet/CAstellano/default.htm>

GENYSI. Grupo de Estudios Neonatológicos y de Servicios de Intervención para la Prevención y la Atención Temprana de las Deficiencias.

<http://paidos.rediris.es/genysi/>

IMSERSO.

<http://www.seg-social.es/imserso/>

Libro Blanco de atención a las personas en situación de dependencia en España:

http://www.seg-social.es/imserso/dependencia/may_libroblanco.html

Boletines sobre envejecimiento y minusvalías:

<http://www.seg-social.es/imserso/masinfo/boletinopm3.pdf>



Acuerdo sobre la acción protectora de la atención a las situaciones de dependencia:

<http://www.seg-social.es/imsero/dependencia/acuerdoaassdependencia.pdf>

Portal especializado en Gerontología y Geriatria:

<http://www.imseromayores.csic.es/>

Informe sobre el proyecto de ley de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia. Comisión multidisciplinar sobre discapacidad y dependencias del Ilustre Colegio de abogados de Córdoba.

<http://www.imseromayores.csic.es/documentos/documentos/andalucia-informedependencia-01.pdf>

MINISTERIO DE TRABAJO Y ASUNTOS SOCIALES.

<http://www.mtas.es/>

Proyecto de Ley de Promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia.

http://www.mtas.es/inicioas/dependencia/proyecto_ley_dependencia.pdf

NACIONES UNIDAS – ENVEJECIMIENTO.

<http://www.un.org/>

Segunda Asamblea Mundial sobre Envejecimiento:

<http://www.un.org/spanish/envejecimiento/>

PLATAFORMA DE ONGS DE ACCIÓN SOCIAL.

<http://www.plataformaongs.org/>

POLIBEA.

<http://www.polibea.com/>

REAL PATRONATO SOBRE DISCAPACIDAD.

<http://www.rpd.es/>

SIIS. Centro de Documentación y Estudios.

<http://www.siiis.net/>

Boletines periódicos sobre personas con discapacidad:

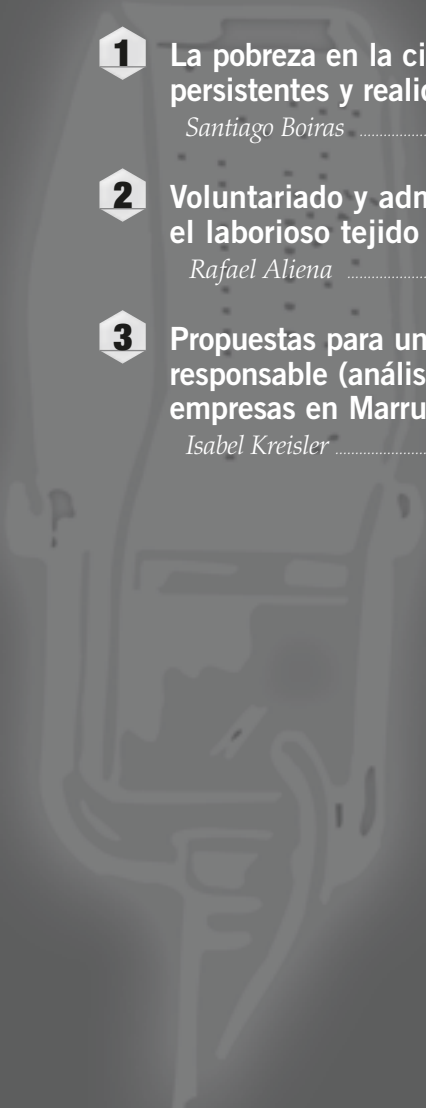
<http://www.siiis.net/actanteriores.php?tema=3>

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE GERIATRÍA Y GERONTOLOGÍA.

<http://www.segg.es/segg/index.html>

Informe de la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología sobre el anteproyecto de Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia (marzo de 2006):

<http://www.segg.es/segg/pdf/seggAlDia/informe%20ley%20dependencia.pdf>



Tribuna Abierta

- 1** La pobreza en la ciudad de Zaragoza: situaciones persistentes y realidades emergentes.
Santiago Boiras **175**
- 2** Voluntariado y administraciones públicas: el laborioso tejido de una red.
Rafael Aliena **193**
- 3** Propuestas para una deslocalización textil responsable (análisis de un estudio de caso sobre empresas en Marruecos).
Isabel Kreisler **213**



La pobreza en la ciudad de Zaragoza: situaciones persistentes y realidades emergentes

Santiago Boira Sarto

Servicio de Estudios Sociales
Cáritas Diocesana de Zaragoza

Sumario

1. Introducción. 2. Niveles de la pobreza. 3. Viejas y nuevas caras de la pobreza. 4. Situaciones transversales a los colectivos con bajos ingresos y pobres. 4.1. Características sociodemográficas básicas. 4.2. La tipología del hogar. 4.3. El empleo. 4.4. La vivienda. 4.5. La salud y percepción de la calidad de vida. 4.6. Las relaciones sociales. 4.7. El acceso a los servicios y prestaciones asistenciales.

RESUMEN

La finalidad de este trabajo es presentar las conclusiones más significativas del Informe sobre la Exclusión 2004-2005 de Cáritas Diocesana de Zaragoza. Para este análisis se han combinado por un lado, informaciones procedentes de los resultados de una encuesta realizada en los hogares de la ciudad y, por otro, informaciones de la explotación de las bases de datos de la Institución. Los objetivos básicos planteados son cuantificar los niveles de la pobreza, profundizar en aquellos factores asociados a la misma y caracterizar a aquellos grupos en situaciones de mayor vulnerabilidad social.

La situación que se revela dista mucho de ser óptima: por una parte, se siguen manteniendo los niveles de pobreza en la ciudad y, por otra, están coexistiendo situaciones de pobreza tradicionales con otras nuevas realidades. Las circunstancias socioeconómicas de un grupo significativo de personas mayores, la situación de muchos inmigrantes (sobre todo aquellos que se encuentran en una situación administrativa irregular), la progresiva precarización del mercado laboral, la vivienda o la feminización de la pobreza son algunos ejemplos que están definiendo estos nuevos escenarios.

Zaragoza puede ser un buen ejemplo de ciudad en la que se manifiestan algunas contradicciones en su modelo de desarrollo. Una ciudad que está bien colocada desde el punto de vista del



crecimiento económico y que cuenta con retos importantes en su futuro inmediato, pero que esconde en su seno una realidad poco visible de pobreza y exclusión social.

ABSTRACT

The purpose of this work is to present the most significant conclusions of the 2004-2005 Report on Exclusion by the Diocesan Caritas of Zaragoza. For this analysis, we have combined information from the results of a survey of households in Zaragoza and data from the Institution's own database. The basic aims are to quantify levels of poverty, further examine the factors associated with it and characterise the most socially vulnerable groups.

The situation revealed is from ideal: on the one hand, poverty levels in the city are not receding, and, on the other hand, traditional situations of poverty are now merging with newer realities. The socioeconomic circumstances of many elderly people, the situation of many immigrants (especially those in irregular administrative status), the increasingly precarious nature of the job market, housing difficulties and the feminisation of poverty are some examples defining these new scenarios.

Zaragoza may be a good example of a city that reveals some contradictions in its development model. It is well placed in terms of economic growth and has major challenges in its immediate future, but it conceals an undercurrent of poverty and social exclusion.

1 INTRODUCCIÓN

Este artículo es una síntesis de las conclusiones más importantes aportadas por el Informe anual sobre la pobreza y la exclusión en la Diócesis de Zaragoza, con el que Cáritas da a conocer los resultados del trabajo realizado por el Observatorio Permanente de esta Institución⁽¹⁾.

El resultado de este análisis es fruto del afán de muchas personas que trabajan tanto en la red territorial de Cáritas como en sus servicios especializados. Su esfuerzo, puesto, en este caso, al servicio del análisis de la realidad, ha permitido elaborar este Informe y dotarlo de voz, con la contundencia que implica la suma de realidades personales y familiares inmersas en procesos de pobreza y con las que diariamente se relaciona Cáritas.

El informe tiene dos partes diferenciadas aunque complementarias: en la primera, se realiza un análisis de la pobreza en nuestra ciudad que surge de la inquietud de conocer cuál es su incidencia en la población; en la segunda, se maneja y se estudia los resultados de las propias bases de datos de Cáritas procedentes de los equipos de acogida territoriales y de los centros y servicios especializados⁽²⁾.

Para el análisis de la pobreza en Zaragoza, los objetivos específicos que se han planteado han sido los siguientes: realizar un diagnóstico de las «tendencias de pobreza»; detectar factores de vulnerabilidad social y establecer niveles de pobreza; establecer cuáles son las situaciones que mayor riesgo de exclusión implican; identificar las situaciones que pueden ser transversales a diversos colectivos; determinar cuáles son los segmentos de la población en riesgo de exclusión que no acceden o se benefician de los servicios sociales e identificar cuál es la percepción de la población sobre su nivel de vida.

(1) Este estudio ha sido publicado por Cáritas Española: BOIRA SARTO, Santiago (coord.). *Pobreza, precariedad laboral y exclusión social en la ciudad de Zaragoza. Informe sobre la Exclusión 2004-2005*. Madrid: Cáritas Española, Editores, 2006.

(2) Para la primera parte, se realizaron 400 entrevistas en hogares de Zaragoza realizadas a individuos mayores de 18 años, que disponían de información de todos los miembros de la unidad familiar. El error muestral es de $\pm 4,9$ % para los datos globales con un nivel de confianza del 95 % en condiciones normales de muestreo ($s=2$, $p=q=0,5$). Los datos de Cáritas se refieren a la explotación estadística de la Ficha Social Unificada (FSU). Esta herramienta recoge la información procedente de las familias atendidas por Cáritas en sus centros y servicios. Los datos se refieren al año 2004. El número de familias que es objeto de análisis es de 1.531 que se corresponde con 2.317 actuaciones realizadas.

Así, se ha abordado dicha realidad desde dos puntos de partida: por un lado, el análisis del fenómeno de la pobreza ligado a las desigualdades económicas y el nivel de ingresos de la población estudiada y, por otro, además de las desigualdades económicas, se han estudiado aquellas situaciones o factores que pueden llegar a ser desencadenantes de procesos de vulnerabilidad o exclusión social.

La segunda parte de este informe se acerca a la mirada procedente de las personas atendidas desde Cáritas Diocesana de Zaragoza. Esta parte se compone, a su vez, de tres monográficos: un diagnóstico transversal y sectorial de los procesos de pobreza y exclusión, una explotación estadística de los datos procedentes de los expedientes familiares y un análisis que profundiza en el insidioso problema de la precariedad laboral.

Las conclusiones obtenidas desde las dos aproximaciones son congruentes entre sí, constatan una realidad de pobreza que permanece, que se cronifica y se complica, y revelan otras situaciones que aparecen indicando la necesidad de nuevas estrategias de acción.

En Zaragoza persiste un número significativo de familias que cuentan, a menudo, con numerosos menores a su cargo y que viven en condiciones indignas, de extrema pobreza, en asentamientos chabolistas, en fábricas y casas abandonadas, en infraviviendas. Familias inmersas en situaciones sociales complejas, que acumulan un número creciente de problemas y que recorren, cíclicamente, la red de recursos situándose en los arrabales de nuestro sistema social.

Esta realidad coexiste con otras nuevas en donde la precarización laboral, la dificultad en el acceso a la vivienda, la situación administrativa irregular, la edad, el género... son factores muy relevantes para explicar cómo, sectores importantes de población, se encuentran en un entorno de permanente vulnerabilidad.

Y esto ocurre en Zaragoza, una ciudad que, en estos momentos, tiene por delante retos y eventos importantes que van a implicar inversiones y desarrollo de sus infraestructuras; una ciudad que, además, se encuentra dentro de una Comunidad Autónoma con unos indicadores económicos cada vez más positivos⁽³⁾.

(3) Aragón ha ido recuperando sus tasas de crecimiento económico, con tasas por encima del 3 %, situando el índice por encima de la media nacional y de UE. Por otra parte, el comportamiento del mercado laboral en la Comunidad es muy positivo, siendo, en el conjunto del Estado, una de las autonomías con menores tasas de paro. Para una caracterización de la situación socioeconómica aragonesa se puede consultar: FUNDACIÓN ECONOMÍA ARAGONESA (FUNDEAR). *Informe económico de Aragón 2004*. Zaragoza: Consejo de Cámaras de Comercio e Industria de Aragón, 2005; CONSEJO ECONÓMICO Y SOCIAL DE ARAGÓN (CESA). *Informe Sobre la situación económico y social de Aragón. Año 2004*. Zaragoza: CESA, 2005.

Probablemente, esta ciudad constituya un buen ejemplo, a la vez que una alerta, de cómo en un contexto de desarrollo económico permanecen y se incuban nuevas pobrezas suponiendo un peligro de una progresiva polarización social⁽⁴⁾.

Desde Cáritas, se lleva bastante tiempo denunciando que, pese a las buenas noticias respecto al desarrollo económico y al comportamiento del mercado laboral tanto de Zaragoza como del resto de Aragón, estos datos no acaban de cuadrar.

2 NIVELES DE LA POBREZA

Para clasificar a los hogares por sus ingresos económicos y con el objeto de calcular y cuantificar la pobreza se ha utilizado el método Eurostat. A través de este método, se establecen los umbrales que delimitan cuáles son los ingresos mínimos disponibles por unidad convivencial en función del número de miembros en el hogar y su edad. Aplicando este método, se ha clasificado a la población entrevistada de la ciudad de Zaragoza en tres grupos: hogares con situación de bienestar, hogares con bajos ingresos y hogares en situación de pobreza grave.

Las situaciones de «bajos ingresos» se asocian a una disponibilidad de ingresos económicos potencialmente insuficientes, en un periodo referenciado, para hacer frente, más allá de la mera cobertura de las necesidades básicas, a los gastos necesarios para mantener los niveles mínimos de bienestar y comodidad esperados en una determinada sociedad y participar de sus actividades y costumbres normales. Se encuentran en situación de «bajos ingresos» los hogares que disponen, en un periodo determinado, de ingresos inferiores a los umbrales señalados para acceder a estos niveles mínimos de bienestar esperados en una sociedad concreta. El umbral establecido en la presente investigación ha sido del 60 % de los ingresos netos medianos por persona equivalente (considerando el 60 % de la media de la renta disponible equivalente nacional).

Las situaciones definidas como de «pobreza grave» hacen referencia a realidades caracterizadas por una disponibilidad de ingresos económicos potencialmente insuficientes para hacer frente a la cobertura de las necesidades más elementales. Bajo el término «pobreza», en el presente estudio, se han engloba-

(4) Ciertamente esta constatación puede ser reflexionada, si no extrapolada, a nivel nacional. Tras unos años de euforia económica, datos recientes del Instituto Nacional de Estadística sitúan la tasa de pobreza relativa en España en el 19,9 % (*Encuesta de Condiciones de Vida*. INE. 2005), revelando, además, diferencias muy acusadas entre las distintas autonomías. Tanto en niveles de micro análisis, en el ámbito de la ciudad, como en análisis más globales, la existencia de estas diferencias muestran que el supuesto desarrollo, o «ficción» de desarrollo, no está afectando por igual a todos los grupos sociales y está aumentando la brechas, la diferencias y los procesos de polarización.

do a aquellos hogares y a los individuos que habitan en hogares con unos ingresos económicos situados por debajo del 50 % del umbral de «bajos ingresos» (equivalentes al 30 % de la mediana).

Los umbrales de bajos ingresos y pobreza grave establecidos según el método Eurostat son los siguientes:

Tipo de hogar	Bajos ingresos	Pobreza grave
1 persona	650 €	325 €
2 personas	975 €	488 €
3 personas	1.170 €	585 €
4 personas	1.365 €	683 €
5 personas	1.560 €	780 €

El 21,8 % de los hogares (intervalo de confianza $\pm 4,1$ %) vive con unos ingresos con los que no llega a alcanzar la situación de bienestar económico establecida para esta sociedad, situándose en los umbrales definidos como de bajos ingresos. Considerando estos umbrales, el 2,0 % de los hogares (intervalo de confianza de $\pm 1,4$ %) vive en una situación de pobreza severa (situaciones graves situadas por debajo del 50 % del umbral de bajos ingresos).

Extrapolando estos resultados, se puede afirmar que, en Zaragoza capital, existen 47.107 hogares en situación de bajos ingresos económicos, es decir, con situaciones en las que no disponen de ingresos económicos potencialmente suficientes para cubrir sus necesidades básicas ni los gastos necesarios para mantener los niveles mínimos de bienestar y comodidad esperados en esta sociedad. La pobreza extrema afecta a 4.530 hogares, considerando que, en estos hogares, no disponen de ingresos económicos suficientes para hacer frente a las necesidades más elementales.

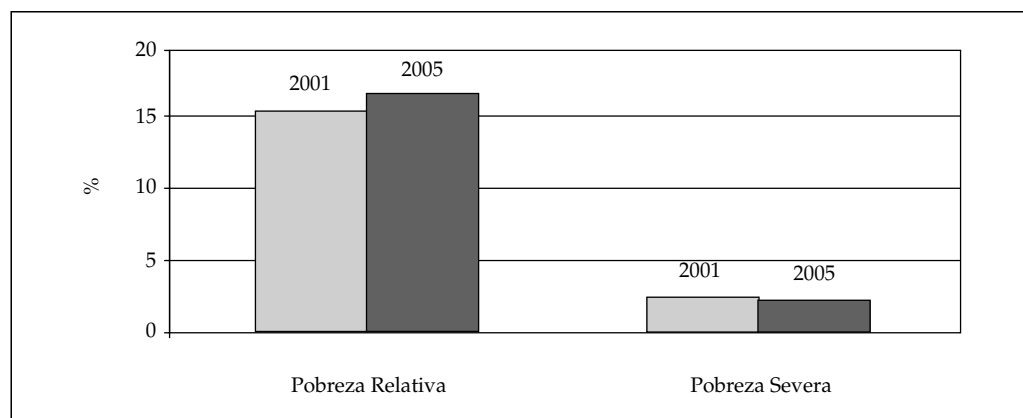
Hablando en términos de personas afectadas por bajos ingresos o pobreza, se puede estimar que el 17 % de los ciudadanos de la ciudad de Zaragoza (intervalo de confianza $\pm 2,3$ %) vive en hogares con bajos ingresos, lo que supone que 110.600 personas se ven afectadas por situaciones de bajos ingresos en sus respectivos hogares. En este sentido, la pobreza extrema afecta al 2,3 % de la población (intervalo de confianza $\pm 0,9$ %) lo que supone que 14.964 individuos habitan en hogares que sufren una pobreza extrema.

Hasta este momento, los datos más actualizados que disponíamos, y que cuantificaban las situaciones de pobreza en la ciudad, procedían del Estudio de



Necesidades Sociales realizado por el Ayuntamiento de Zaragoza. En este estudio se afirmaba que el número de personas que vivían bajo el umbral de la pobreza (pobreza relativa) era de 97.536, lo que suponía el 15,9 % de la población de Zaragoza. Respecto a la pobreza severa el 2,4 % de la población se encontraría en esta situación, lo que representaría 14.722 personas⁽⁵⁾.

COMPARACIÓN DATOS DE POBREZA 2001-2005



Pese a una ligera disminución, si comparamos los datos del año 2001 con los actuales, éstos últimos muestran una situación sostenida de los números de la pobreza que contrastan con este escenario de crecimiento económico.

Junto con el análisis de los niveles de la pobreza, es importante contrastar la visión subjetiva de las propias personas respecto de sus hogares. Así, un 10,3 % de las personas de referencia en los hogares admite que, con los ingresos de su hogar, llega con mucha o bastante dificultad a fin de mes.

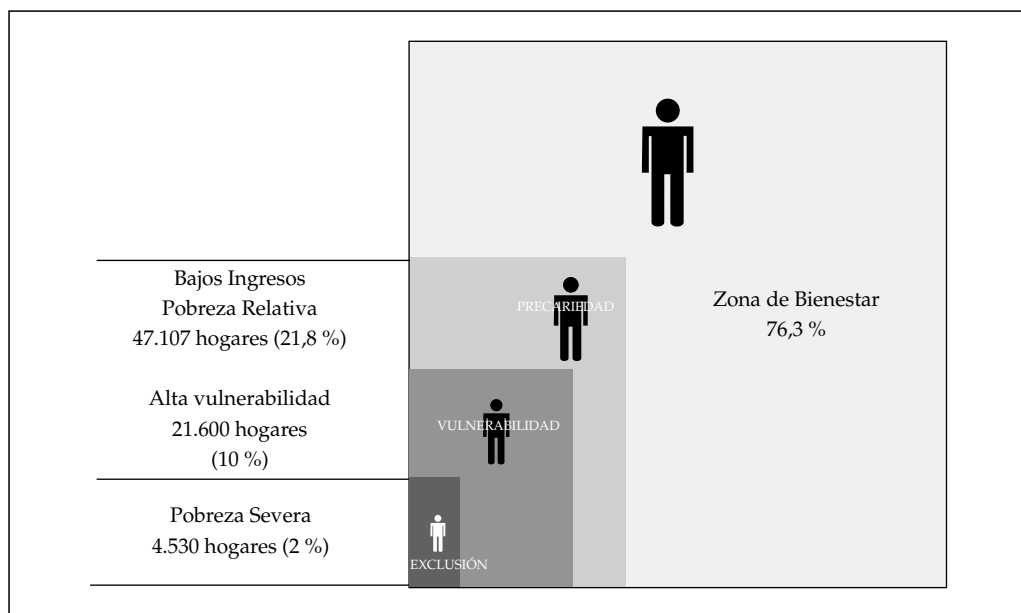
El impacto económico de una situación de bajos ingresos es claro, se constata cómo en la mitad de estos hogares afirman haber tenido que tomar algún tipo de recorte de gastos en el último año por motivos económicos. Y, de hecho, en tres de cada cuatro hogares empobrecidos, afirman haber tenido que reducir gastos en vestimenta y calzado, así como en alimentación.

Los datos sobre los ingresos de las familias atendidas en Cáritas revelan que el ingreso medio por familia es de 494,19 euros, cuantías que descienden en el caso de las familias monomarentales (encabezadas por una mujer) a 476,17 euros y en las familias pertenecientes a la comunidad gitana, cuyos ingresos

(5) Estudio Diagnóstico de Necesidades Sociales Ciudad de Zaragoza. Ayuntamiento de Zaragoza, 2001.

medios son de 392,68 euros. Con estos niveles de ingresos, las posibilidades de cubrir las necesidades más básicas serán escasas, incluyendo el acceso a una vivienda digna. Esta situación se corresponde con el hecho de que el 86 % de las ayudas económicas de Cáritas, durante el año 2004, se destinara a cubrir necesidades básicas y el 57,35 % de ellas fuera de ayudas para alimentación.

A la vista de estos datos, creemos que, alrededor del 10 % de los hogares de la ciudad, puede encontrarse en una situación de gran vulnerabilidad ante cualquier cambio de su situación socioeconómica, obligándole a tomar medidas de reducción del gasto y necesitando la ayuda de «otros» para mantener una autonomía de subsistencia. Gráficamente, se puede mostrar la situación de la siguiente forma:



3 VIEJAS Y NUEVAS CARAS DE LA POBREZA

Entendemos la pobreza como la situación en la que se encuentran determinadas personas, colectivos, grupos o territorios, y que es fruto de una serie de procesos estructurales que, a su vez, generan procesos de exclusión.

Así, los procesos de exclusión pueden producirse por la combinación de tres factores: la carencia de los recursos y bienes necesarios por parte de personas, familias, comunidades o territorios para satisfacer sus necesidades de protección, seguridad y subsistencia; los procesos de dependencia entendidos como la

imposibilidad de disponer de las capacidades y recursos personales o comunitarios propios para saber afrontar la vida con dignidad, libertad, autonomía e identidad; y, por último, las situaciones de aislamiento que impiden a las personas, familias, comunidades o territorios cubrir sus necesidades de protagonismo, participación, relación y entendimiento⁽⁶⁾.

Los fenómenos de exclusión, marginación y pobreza son cada vez más complejos y requieren una gran capacidad de análisis, adaptación, flexibilidad y organización en sus respuestas, propuestas y alternativas de solución. La exclusión necesita de medios y recursos de todo tipo para reconvertirla en inclusión.

Joan Subirats apuesta por «ampliar los márgenes» del tradicional concepto de pobreza: «el concepto de exclusión social se revela como extraordinariamente útil para hablar de todas aquellas situaciones en que, más allá de la privación económica, se sufre una privación de la propia idea de ciudadanía, o dicho de otra manera, de los derechos y libertades básicas de las personas sea cual sea su origen o nacionalidad»⁽⁷⁾. Existe un porcentaje de población en el que se va acumulando un número creciente de factores de vulnerabilidad social y, por tanto, se coloca en una situación de mayor vulnerabilidad frente a la exclusión social. Entre los factores que podían afectar a esta situación manejaban seis grupos: la precariedad laboral, los déficit de formación o educacionales, dificultad de acceso a la vivienda, situaciones de precariedad en la salud o una débil red de relaciones sociales.

De este modo, políticas inadecuadas en estos grandes ejes colocarán en una situación muy desprotegida a amplios sectores de la población pudiendo precipitar procesos de pobreza y exclusión. Sobre todo, si estas políticas inciden en aquellos sectores de la población que son más vulnerables bien por una cuestión de género, de edad, de procedencia, etc.

En la investigación realizada por Cáritas, los perfiles de hogares en los que se han concentrado un mayor número de situaciones de pobreza han sido los formados por personas mayores, constituidos, en muchas ocasiones, como hogares unipersonales. También se ha detectado la presencia de un número mayor de situaciones de empobrecimiento en función del género constatando que la pobreza sigue hablando en femenino.

Junto a los perfiles más tradicionales de la pobreza, se han observado cambios en el modelo de familia pobre: hogares de carácter unipersonal a los que

(6) *Modelo de Intervención Social de Cáritas Diocesana de Zaragoza*, Cáritas Diocesana de Zaragoza, 2005 y *Plan Estratégico de Cáritas Española 2003-2009*, Cáritas Española, 2004.

(7) SUBIRATS HUMET, Joan (dir.). *Pobreza y exclusión social. Un análisis de la realidad española y europea*. Barcelona: Fundación «La Caixa», 2004.

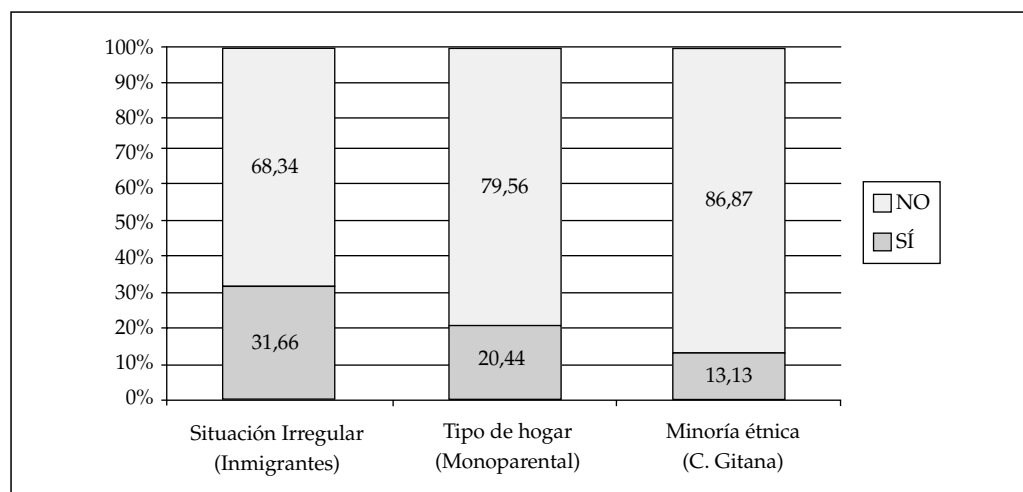
se acaba de hacer referencia; monomarentales; con más de un núcleo familiar, característicos de familias inmigrantes que, económicamente, no pueden tener acceso a un hogar independiente, etc.

Las personas mayores, la comunidad inmigrante en situación administrativa irregular, las madres solas con hijos y aquellas familias pertenecientes a la comunidad gitana son sectores de población especialmente sensibles a sufrir las consecuencias de la pobreza.

El impacto que están teniendo en nuestra sociedad los fenómenos migratorios es enorme. De un lado, la llegada de personas inmigrantes es siempre una oportunidad de progreso y de enriquecimiento para los pueblos; por otro, muchas de las personas que están llegando sufren intensas situaciones de vulnerabilidad social y pobreza. Esta situación está generando una mayor demanda en la red de servicios sociales. En Cáritas, la atención de personas de nacionalidad no española es creciente y, desde nuestra Institución, estamos especialmente preocupados por la situación del grupo de inmigrantes en situación administrativa irregular que, a menudo, se encuentra en situaciones de gran precariedad.

De las familias atendidas en Zaragoza durante en año 2004, en 500 de ellas convive algún miembro de nacionalidad no española y en situación administrativa irregular; 313 familias son de hogares monomarentales y 201 familias pertenecen a la comunidad gitana. Los porcentajes de atención son los siguientes:

SECTORES DE ATENCIÓN



4 SITUACIONES TRANSVERSALES A LOS COLECTIVOS CON BAJOS INGRESOS Y POBRES

Uno de los objetivos del trabajo de campo fue detectar características o situaciones comunes a todo el colectivo con un bajo nivel de ingresos o en situación de pobreza grave y tratar de descubrir aquellos rasgos que aparecieran reiteradamente asociados a situaciones de pobreza o falta de ingresos⁽⁸⁾.

4.1. Características sociodemográficas básicas

En general, la edad es un fenómeno asociado a la pobreza. Se observa cómo en los hogares más empobrecidos, la edad media es de 54,3 años, notablemente superior a la edad media de los hogares en situación de bienestar (42,4). Las situaciones de bajos ingresos y pobreza afectan, sobre todo, a las personas mayores de 65 años, detectándose también una incidencia relevante entre los menores de 16 años.

Caracterizando a los individuos según su estado civil, se observa también una mayor incidencia de situaciones de pobreza y bajos ingresos entre personas viudas, separadas y divorciadas.

Asimismo, el nivel educativo de los individuos marca diferencias respecto a la pertenencia a una tipología de hogar u otra. Así, a menor nivel formativo, mayor es la probabilidad de pertenecer a hogares con situaciones de bajos ingresos o pobres. De hecho, el 80,0 % de las personas analfabetas y el 44,4 % de las personas sin estudios secundarios finalizados pertenecen a hogares con bajos ingresos o pobres.

Como se ha dicho, el género guarda relación con el fenómeno de la pobreza. Así, se detecta una mayor incidencia de situaciones de bajos ingresos y pobreza entre el colectivo femenino y aunque la diferencia respecto a los hombres puede no parecer notable, en todo caso, es significativa en términos estadísticos: el 20,3 % de las mujeres vive en hogares con situaciones de bajos ingresos o pobres, frente al 17,9 % de hombres.

Además, en el 67 % de las familias atendidas por Cáritas el demandante de la ayuda ha sido una mujer. Este es un hecho importante que se reproduce en otros marcos de los servicios sociales y que puede determinar significativamente el trabajo social. La relación muchas veces «exclusiva» con la mujer, en

(8) Aunque nunca se pueda interpretar en términos causales y mucho menos deterministas. Por ejemplo, el hecho de que la persona que más recursos aporte al hogar sea jubilada o viuda suele aparecer asociado a situaciones de pobreza o bajos ingresos. Sin embargo, no se puede concluir que, en todos los casos, automáticamente la jubilación o la viudedad sean detonantes de esta situación, sino que se suelen manifestar asociados a otras circunstancias.

un marco de intervención y ayuda a la familia, toma una especial relevancia desde un planteamiento de intervención familiar global, en lo que implica que sea ella la encargada de mantener la relación y solicitar las ayudas.

4.2. La tipología del hogar

La tipología de hogar parece estar asociada al nivel económico, los hogares con situaciones de bajos ingresos y los pobres se caracterizan por ser, en su mayoría, hogares unipersonales (46,1 %) o con dos miembros (30,8 %). El hogar pobre ya no se corresponde con la idea de hogar «proletario», caracterizado por una familia con un alto nivel de hijos e hijas menores. Las parejas con hijos, mayoritarias en los hogares con situaciones de bienestar, representan en los hogares empobrecidos el 11,6 % del total.

Se detecta otros tipos de unidades familiares menos comunes, pero también en situaciones económicas más precarias, tales como pareja ampliada, hogares monomarentales, adultos con padres, unidades convivenciales con más de un núcleo familiar o grupos familiares sin núcleo (15,9 %). El 3,2 % del colectivo con bajos ingresos o pobres está compuesto por unidades convivenciales en las que no existen relaciones de parentesco entre sus miembros.

Así, las tipologías de hogar, a las que en mayor medida afectan las situaciones de pobreza y de bajos ingresos, son a las de los hogares unipersonales, a hogares monoparentales y a los hogares con más de un núcleo familiar.

4.3. El empleo

La actividad principal de los miembros del hogar guarda estrecha relación con la situación económica del mismo. Así, en los hogares con situación de bienestar, la mayor parte de sus miembros se encuentra trabajando, mientras que los hogares con situaciones de bajos ingresos o pobreza están integrados, en su mayoría, por jubilados, pensionistas o rentistas y por personas dedicadas a las tareas del hogar.

De hecho, uno de cada dos hogares pobres o con bajos ingresos tiene como fuente fundamental de ingresos una prestación por jubilación y uno de cada tres hogares empobrecidos tiene como fuente de ingresos principal una pensión de viudedad.

Además, en el 5,3 % de los hogares se cobra también pensiones por invalidez.



En el aspecto laboral, es preocupante que únicamente el 51,83 % de las personas pertenecientes a las familias atendidas por Cáritas y que se encuentra en edad de trabajar lo esté haciendo; y que de éstas, el 12,8 %, esté realizando una actividad laboral sin contrato ni seguros.

Aunque no es una vía exclusiva, ciertamente el empleo es un elemento importante para la inclusión social. En este estudio se detectan dos realidades muy significativas que condicionan significativamente este proceso. En primer lugar, la existencia de un colectivo de personas con unos niveles de empleabilidad muy bajos, que probablemente nunca acceda a un empleo «normalizado» y en el que confluyen distintos problemas de carácter social o sanitario. Condicionados por factores como la baja cualificación o la edad avanzada, estos colectivos se encuentran endémicamente al otro lado de la frontera de la pobreza y no se benefician de gran parte de los recursos que facilitan el itinerario de inserción laboral.

En segundo lugar, el mercado de trabajo se caracteriza por presentar unas situaciones laborales muy precarias que colocan sistemáticamente en la «cuerda floja» cada vez más a un número mayor de personas. Hay que destacar, explícitamente, al grupo de inmigrantes en situación administrativa irregular, que no tiene acceso al mercado laboral, y que desarrolla su actividad no ya en una situación precaria, sino alega, sin ningún tipo de regulación ni derecho.

Esta situación de precarización es muy preocupante. Parece demostrado que estamos viviendo un ciclo de crecimiento económico alto y sostenido desde mediados de los 90. Somos un país rico. Cuando el crecimiento económico es el único referente, la euforia económica aumenta, aunque no se traduce en más empleos ni en la calidad de estos. Y lo que es peor, tampoco la pobreza disminuye.

El crecimiento económico y, por ende, una mayor redistribución «natural» de la riqueza para todos ha sido uno de los factores que han justificado las demandas empresariales sobre un nuevo marco de relaciones laborales «más flexibles» y un menor coste social de la fuerza laboral.

Esteban Agulló, en un espléndido artículo sobre precariedad laboral y exclusión social, caracteriza el «discurso de la flexibilidad» y describe como éste que se presentó como «solución a la crisis de producción y del trabajo, ha sido una de las estrategias que han propiciado el despliegue de la precariedad laboral. Hoy constatamos que las esperanzas puestas en la flexibilidad y en el proceso de desregulación no han tenido los efectos que se esperaban. Las medidas desreguladoras del mercado laboral y la pérdida de protección social que proponían las tesis neoliberales, no han tenido el fruto esperado. La propia

Comisión Europea reconoció que la mayor flexibilidad laboral no generará mayor empleo en Europa»⁽⁹⁾.

De forma general, puede entenderse la «precariedad» como un fenómeno de degradación de las condiciones de vida, empleo y trabajo, padecida por personas y colectivos, que dificulta la realización de proyectos de vida personales emancipados, el desarrollo de la libertad personal y colectiva y que impide el ejercicio libre de derechos ciudadanos y políticos plenos. La precariedad entraña una situación de dependencia, vulnerabilidad y fragilidad en la obtención de ingresos y bienes necesarios para un proyecto de vida completo, y supone una situación de riesgo de exclusión.

4.4. La vivienda

En el conjunto de Zaragoza, siete de cada diez hogares pobres o con bajos ingresos poseen una vivienda en propiedad. Las viviendas de este colectivo presentan, en comparación con las viviendas de los hogares con situación de bienestar, unas peores condiciones de habitabilidad. Así, un 8,4 % de los hogares afirma no disponer de agua caliente; un 2,1 %, de inodoro con agua corriente y un 3,2 %, de bañera o ducha. Además, en el 16,8 %, se quejan de condiciones de insalubridad en las viviendas como grietas graves, humedad o goteras. Por otra parte, la situación de aquellos hogares pobres que no disponen de una vivienda puede llegar a ser dramática.

Es necesario seguir recordando que la vivienda es un aspecto fundamental en el desarrollo de la vida de la persona y, por tanto, algo más que un mero alojamiento. Disponer de ella o no, vivir en condiciones dignas, acceder a ella en condiciones de igualdad, sin discriminación, influirá de manera importante en la vida de la persona. Cada vez con mayor frecuencia, estamos observando que la precariedad social no es producto sólo de tener o no tener un empleo digno, sino que también se articula en torno a tener o no tener una vivienda digna. Esta afirmación supone elevar la vivienda al grado de indispensable cuando se habla de inserción social⁽¹⁰⁾.

Aquel grupo de personas que no dispongan de vivienda y que cuenten con ingresos bajos (Ingreso Aragonés de Inserción, Pensión No Contributiva...)

(9) AGULLÓ, Esteban. *Entre la precariedad laboral y la exclusión social: los otros trabajos, los otros trabajadores*. En: AGULLÓ, Esteban; OVEJERO, Anastasio. *Trabajo, individuo y sociedad: perspectivas psicosociológicas sobre el futuro del trabajo*. Madrid: Pirámide, 2001, 95-144.

(10) Para profundizar en las situaciones de infravivienda se puede revisar el estudio que Cáritas realiza al respecto en el Casco Histórico de la ciudad: YAGÜE ÁGREDÁ, Francisco; BOIRA SARTO, Santiago (Coords.). *Informe sobre Infravivienda en el Casco Histórico de Zaragoza*. Zaragoza: Cáritas Diocesana, 2005. Disponible en: < <http://www.caritas-zaragoza.org> >.



sólo podrán acceder a viviendas de escasa habitabilidad, a viviendas compartidas o alquiler de habitaciones, etc., lo cual va a suponer, aproximadamente, la mitad del total de sus ingresos y, como consecuencia, se ven obligadas a hacer uso de comedores sociales y de ayudas de urgencia municipales o parroquiales. Dicho de otra manera, no pueden salir del ambiente de la exclusión.

Ponemos de manifiesto el tema económico porque, en este momento, la mayoría de los alquileres del mercado inmobiliario supera con creces el porcentaje límite del 40 % de los ingresos familiares mensuales. Con 288 euros de una pensión no contributiva, es materialmente imposible alquilar un piso digno y, a la vez, satisfacer las demás necesidades básicas. En la misma situación se encuentran las perceptoras de pensiones de viudedad u otras pensiones asistenciales, como hemos visto anteriormente.

Con los trabajos marginales o empleos precarios que suelen mantener a estas familias, pagar alquileres de hasta 650 euros por una casa con tres habitaciones en un barrio popular es impensable, lo que las aboca a situaciones de hacinamiento y falta de espacios personales, problema que se da con frecuencia en las familias inmigrantes. También, a viviendas sin condiciones y en barrios muy deteriorados, a pensiones donde se acumula mucha población excluida con problemas heterogéneos, generando un espacio muy poco apropiado para realizar un proceso de inserción o integración.

4.5. La salud y percepción de la calidad de vida

Otro elemento esencial en el itinerario de la inclusión social es la salud. Como se afirma desde el propio Gobierno de la Comunidad Autónoma de Aragón, la salud es «un elemento transversal que junto con otros (recursos económicos, educativos, culturales, etc.) configuran de una forma multidimensional el bienestar de los ciudadanos. La salud es uno de los ámbitos donde las desigualdades sociales pueden manifestarse con mayor fuerza, afectando a otras esferas fundamentales en la vida de las personas»⁽¹¹⁾.

Los hogares con bajos ingresos o pobres están conformados por individuos con las situaciones vitales más difíciles de sobrellevar en la sociedad actual, siendo, asimismo, los que mayores quejas muestran sobre su estado de salud, tanto físico como psicológico.

El 35 % de los demandantes de los servicios de Cáritas se encuentra en una situación no adecuada respecto a la salud en el momento de la realización de la

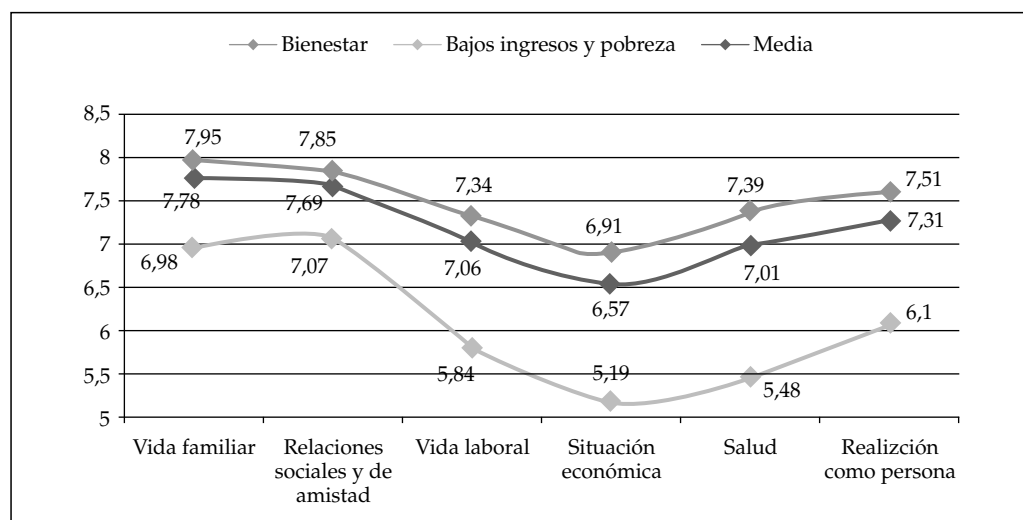
(11) *I Plan de inclusión social en Aragón 2005/2006*. Zaragoza: Gobierno de Aragón, 2005.

demanda. Desde los servicios de acogida y atención de Cáritas preocupa el aumento de las situaciones donde convergen los problemas de salud y la pobreza, una combinación perversa que sumerge a la persona en una progresiva espiral de deterioro.

Con todo lo expuesto hasta el momento, no es de extrañar que al investigar acerca de la satisfacción de la población entrevistada respecto a su calidad de vida y otras cuestiones acerca de la misma (como su vida familiar, relaciones sociales y de amistad, vida laboral, situación económica, salud y su realización personal), sean las personas que habitan en hogares que disfrutan de situación de bienestar, las que se muestren más ampliamente satisfechas con estos aspectos de su vida, sobre el resto de personas pertenecientes a hogares con bajos ingresos o en situaciones de pobreza extrema.

De hecho, las personas pertenecientes a hogares con situaciones de extrema pobreza y bajos ingresos son aquéllas que muestran una autopercepción más negativa de su situación, con una satisfacción global de su calidad de vida de 6,11 frente al 7,48 de las personas que vive en hogares en situación de bienestar. Esta valoración es, en todas las áreas analizadas, menor en aquellos hogares en situación de bajos ingresos y pobreza.

NIVEL DE SATISFACCIÓN CON DIFERENTES ASPECTOS DE SU VIDA (0 NADA SATISFECHO; 10 MUY SATISFECHO), SEGÚN NIVEL DE INGRESOS



Hay otros aspectos estudiados, que también son determinantes en la valoración subjetiva de la población. En concreto, la edad, ligada estrechamente con



la salud, es un factor que determina los niveles de satisfacción en cuanto a la calidad de su vida. Las personas de mayor edad y aquéllas con estados de salud más precarios son las que se muestran más críticas con su situación y las que peor valoran los aspectos anteriormente citados.

4.6. Las relaciones sociales

Al profundizar en el estudio de las relaciones sociales y familiares de la población, se confirma el hecho de que unas relaciones sociales limitadas representan una clara amenaza de vulnerabilidad y/o exclusión, no sólo social, que lo es por definición, sino económica, aunque no de una forma determinista.

El colectivo con unas relaciones sociales no normalizadas representa el 10,5 % del total. La vulnerabilidad social, en términos de relaciones sociales, afecta especialmente a las personas mayores y a las que viven solas, si son mujeres o inmigrantes.

4.7. El acceso a los servicios y prestaciones asistenciales

Considerando el total de hogares de la ciudad de Zaragoza, el 8,8 % afirma haber solicitado apoyo a instituciones públicas o privadas en los últimos seis meses. El colectivo con bajos ingresos o pobre ha recurrido a algunos de estos servicios o prestaciones en el 18,5 % de los casos, mientras que el colectivo con situación de bienestar lo ha hecho en el 6,4 % de los casos.

No obstante, se observan diferencias en el tipo de ayudas demandadas en uno u otro tipo de hogar. Mientras que los hogares con situaciones de bajos ingresos o pobres han solicitado, en un 11,1 % de los casos, ayuda a los servicios sociales públicos y, en un 5,8 %, a organizaciones humanitarias sin ánimo de lucro, en los hogares con situación de bienestar, la ayuda más demandada es la que hace referencia a ayudas públicas como las becas, las ayudas para la vivienda. Son las personas de mayor edad son el colectivo que en mayor medida ha solicitado ayuda a los servicios sociales públicos.



Voluntariado y administraciones públicas: el laborioso tejido de una red

Rafael Aliena

Universidad de Valencia

Sumario

Primera parte. Hacia un mejor entendimiento de la cooperación. 1. Bienes en circulación por una vía de doble sentido. 2. La visión de una igualdad compleja. 3. Partes que se compadecen bien. 4. La comunicación, como mínimo. 5. Seamos realistas, pidamos lo posible. 6. La cooperación reformulada. 7. El laborioso tejido de una red. **Segunda parte.** El entusiasmo en la cooperación.

RESUMEN

El artículo ofrece un marco analítico para pensar la cooperación del sector voluntario y las administraciones públicas. Reformula esta cooperación como «el tejido de una red» e insiste en lo laborioso de esta tarea y en la inversión que se necesita. En la segunda parte del mismo, se contextualiza mejor el proyecto de la cooperación y, bajo la forma de una crítica al entusiasmo que acompaña alguna de sus manifestaciones, vuelve a llamar la atención sobre las condiciones y requisitos del mismo.

ABSTRACT

The article presents a framework with which to analyse cooperation between the voluntary sector and public administration. It reframes this cooperation as «weaving a network», and emphasises how much effort needs to be invested. The second part of the article provides a fuller contextualisation for this kind of cooperation and, by way of a critique of some of its over-enthusiastic manifestations, provides a more extensive picture of the requirements and necessary pre-conditions for successful public-voluntary sector cooperation.



La cooperación entre el sector voluntario y las administraciones públicas forma parte en la actualidad de la agenda de los gobiernos de los Estados de bienestar y es uno de los componentes de ese nuevo paradigma de sociedad que reconoce y valora las fuentes privadas de bienestar y desea pluralidad, participación cívica y capital social. En los últimos años hemos asistido a novedades tanto en la elaboración de las políticas públicas (se abre un espacio para la participación social), como en la actuación de la administración y en el modo como gestiona ésta sus prestaciones (se incrementa su actividad de fomento y son muchos los actores privados que pasan a ser gestores de servicios públicos).

Este paradigma, que, como todos los paradigmas, tiene algo de paraguas que cobija posiciones muy diversas, arriba al campo de la acción social en torno a 1990 y ordena y da sentido a prácticas y expectativas ya presentes. Nunca ha sido, desde luego, la apuesta de todos los actores, pero ha llegado a reunir en torno suyo cierto consenso, por más que indeterminado⁽¹⁾ y siempre acompañado de conflicto.

Este artículo comienza con una aproximación analítica al concepto de «cooperación» para pasar, en su segunda parte, a reflexionar, bajo la apariencia de una crítica del entusiasmo en estos asuntos, sobre los requisitos de la misma, esto es, sobre lo que necesita el mencionado proyecto de la cooperación para salir adelante⁽²⁾.

(1) La prueba de esta indeterminación radica en la dificultad misma que existe para la consolidación de las palabras que se usan. ¿Hablamos de «cooperación» o de «colaboración»? El interrogante tiene sentido, pues, en principio, la cooperación es la relación que se produce entre dos organizaciones cuando actúan conjuntamente, para la resolución de un problema común, mientras que la colaboración surgiría cuando una organización ayuda a otra en el ejercicio de las competencias de esta última (definiciones tomadas de Luis Ortega Álvarez, «Teoría de la organización administrativa», en Luciano Parejo Alfonso et al., *Manual de Derecho Administrativo*, 4.ª ed., vol. 1 (Ariel, 1996), p. 250). La respuesta es que hablamos de ambas, y ello por dos razones (1) el consenso —como ya hemos dicho— tuvo un algo de indeterminado: sin duda una parte de los actores aspiraban a la cooperación, mientras otros no deseaban más que la colaboración; (2) la doctrina, la jurisprudencia y la legislación del derecho administrativo acaban haciendo un uso indiferenciado de ambos términos.

(2) Este artículo se alimenta en parte de una investigación realizada por Rafael Aliena, Antonio Ariño, Ramón Llopis, Felipe Alcalá-Santaella y Xabier Ballesteros para la Fundación Valenciana de la Solidaridad y el Voluntariado. La monografía resultante lleva el título de *El porvenir del altruismo: Análisis de discurso y propuesta de orientaciones para la acción voluntaria organizada en la Comunidad Valenciana* (Valencia: Tirant lo Blanch, 2004). Utiliza, en su segunda parte, el contenido de una conferencia que impartí en julio de 2003 en la «12.ª Escola d'Estiu de Serveis Socials» del área de Bienestar Social de la Diputación de Barcelona, escuela que tenía el lema de «construir redes desde los servicios de bienestar social». Una porción de estas reflexiones aparecieron publicadas en mi artículo «La laboriosa construcción de una red. El futuro de la cooperación entre los diferentes actores en la lucha contra la exclusión social», en *Análisis y Propuestas sobre Políticas de Inclusión*. Valencia: Cáritas de la Comunidad Valenciana, 2004, pp. 53-75.



PRIMERA PARTE. HACIA UN MEJOR ENTENDIMIENTO DE LA COOPERACIÓN

Cooperación es una noción que admite diferentes desarrollos. Presento a continuación una versión de la misma que enfatiza los siguientes cuatro componentes: (1) intercambio de bienes varios, (2) aceptación de la desigualdad, (3) compatibilidad de fines y objetivos y (4) integración de las partes⁽³⁾. Dejaré vislumbrar que hay grados diferentes de cooperación.

1. Bienes en circulación por una vía de doble sentido

Bienes varios, habría que añadir. Éste es el mínimo de la cooperación. Las organizaciones de voluntariado y las administraciones públicas que cooperan están unidas por vías (sendas y caminos, carreteras y autovías) por las que transitan esos bienes varios de los que hablamos, unos de ida, otros de vuelta, otros de ida y vuelta.

«Bienes varios» es una expresión meditada. Ya hemos captado la idea de diversidad o diferencia, la pluralidad de bienes, pues. Añádase que lo tangible acompaña a lo intangible, lo que puede medirse a lo que no, lo que tiene una forma bien determinada a lo indefinido e indeterminado, las duras realidades a los blandos símbolos.

El observador ajeno asiste a una lucha tenaz por la definición de qué es un bien. ¿Cuánto aporta cada cual? ¿Qué influencia y poder le corresponde por ello? Todo depende de qué se entienda por «bien». Comprueba el observador que las organizaciones de voluntariado pugnan por una definición amplia de «bien» que comprenda mucho de lo que ellas creen poseer, en sus palabras: entrega y vocación, legitimidad, arraigo, buen conocimiento del terreno y de las personas, capacidad para articular las demandas sociales, visión de futuro, flexibilidad, capacidad para experimentar e innovar, información relevante para la decisión política, autoridad por tradición y carisma, etc. La administración pública hace como que atiende, pero ha perdido el hilo de la conversación. No entiende bien este lenguaje. A juzgar por lo que dicen muchos de los informantes del mundo voluntario⁽⁴⁾, ya no se esfuerza demasiado. Sabe que tiene la batalla ganada y que los nuevos tiempos de la eficiencia económica y la economía dejan poco espacio para aquella salmodia. Tan es así, que se diría que sólo

(3) He utilizado, para esta propuesta, las siguientes dos fuentes: (1) GUY BAJOIT, *Pour une sociologie relationnelle* (Presses Universitaires de France, 1992) y (2) PETER V. SCHAEFFER y SCOTT LOVERIDGE, «Towards an understanding of types of public-private cooperation», en *Public Performance and Management Review*, 26:2 (2002), pp. 169-189.

(4) Se mantiene en el texto esta fórmula, con alusión a los «informantes». Recuérdese el origen del mismo, que no es otro que un estudio que utilizaba (ésta es información que se añade ahora) entrevistas y grupos de discusión con personal de las organizaciones de voluntariado (*El porvenir del altruismo...*).



hay una parte que lucha con empeño. La otra se limita a observar. Algo ha ocurrido, pues, según nos cuentan, no siempre fue así. Se presentan varias explicaciones:

1. La cooperación es la víctima —digamos— inocente del paradigma de la eficiencia y el contrato.
2. La cooperación fue una buena idea a la que le faltaron buenas personas y buenas estructuras. Las administraciones públicas no siempre han contado con las personas capaces de llevar adelante esta empresa y, cuando así ha sido, les ha hecho funcionar en un marco tan constrictor que han terminado por tirar la toalla. ¿Qué puede explicar que una parte llegue a perder el interés por la otra?
3. El discurso de la cooperación que hacen las organizaciones de voluntariado es más frágil de lo que ellas mismas tienden a pensar. Las organizaciones de voluntariado (a) tienen menos razones de las que presuponen, (b) no han sabido articular bien este discurso y hacerlo convincente o (c) algún acontecimiento o serie de ellos lo ha desautorizado gravemente. Quizá sea simplemente el desgaste que padece un cuerpo que se ha movido muy poco durante los últimos años.

La constatación de un intercambio de bienes no es, sin embargo, suficiente, y poco cambia si abandonamos esa funesta manía de pensar sólo en el dinero (el que normalmente circula de las administraciones públicas hacia las organizaciones de voluntariado) y dejamos que otros bienes sean tenidos en cuenta, bienes tales como la autoridad, la información y la organización⁽⁵⁾. Incluso entonces, nos faltaría una pieza. La cooperación no es simplemente intercambio de bienes. Es ésta una condición necesaria, pero insuficiente.

Imaginemos que comprobamos que en una relación hay muchos bienes circulando, de varios tipos, y que además —y esto es lo destacable en esta rela-

(5) Se ofrecen estas tres categorías por su utilidad, aunque no con la intención de que constituyan, por ellas solas, una lista que sea completa o exhaustiva. La fuente es el ya clásico artículo de J. Kenneth Benson, «The Interorganizational Network as a Political Economy», en *Administrative Science Quarterly*, 20 (June 1975), pp. 229-249.

Autoridad. Se refiere a la legitimidad de las actividades, el derecho y la responsabilidad de llevar adelante programas de un cierto tipo, así como de ocuparse de un área de problemas. Cuando una organización puede enarbolar la legitimidad de sus reclamaciones sobre un área, dispone de un campo de actividades que reúne uno o varios de los siguientes atributos: (a) exclusividad, (b) autonomía, (c) dominación. La posesión de un campo permite a la organización operar en una cierta esfera, reclamar apoyo para sus actividades y definir las prácticas adecuadas para su campo.

Información. La información da a quien la posee una razón para ser escuchado, así como para que se le transmita información. Las organizaciones que están en posesión de información sobre un determinado campo tienden a convertirse en consejeras o intermediarias entre el gobierno y el mundo del que poseen información. Los gobiernos contemporáneos operan con una multiplicidad de redes asesoras semioficiales, en cuyo interior reciben y transmiten información.

Organización. Es la posesión directa de una capacidad de «tratamiento» de algún tipo, derivada de la posesión de un depósito de individuos, edificios y equipamientos.



ción— lo hacen en un doble sentido. Supongamos además —y lo que sigue ya es un *plus*— que ambas partes han venido invirtiendo recursos de varios tipos durante un tiempo no pequeño y que han manifestado que desean seguir con esta práctica durante otro tanto tiempo. Hay, pues, un *compromiso*, palabra importante. Aceptemos, aunque no estamos obligados a ello, que, junto a este compromiso de recursos, la lealtad, la voluntad y el deseo también están comprometidos en la relación. Comprendemos en seguida que esto no puede ser porque sí. Sabemos con seguridad que en esa relación hay algo más que un acto puro y descarnado de munificencia o de compra-venta. Puede que sólo haya una subvención o un contrato, como tantas veces, pero buscaremos tras la forma el contenido que la anima. ¿Qué es ese algo que falta? ¿Qué propiedades adornan una genuina cooperación?

Se introducen de este modo las otras tres propiedades de la cooperación.

2. La visión de una igualdad compleja

Los recursos, el poder y el prestigio se reparten de manera desigual. Es improbable que una de las partes, al menos en algún momento, deje de tener la experiencia de la desigualdad. Lo que importa es la vivencia de la misma. Si de esta experiencia nace el resentimiento y se envenena la sangre, la cooperación tiene pocas probabilidades. Si esta desigualdad se explica —a mayor— como explotación u opresión, peor todavía. La cooperación auténtica no sobrevivirá, al menos ésta, pues se matrimonia mal con el descontento agudo, y menos con el que no quiere contento. La cooperación de la que hablamos reclama que la desigualdad existente sea racionalizada y aceptada, quizá tolerada, por las razones que sean.

Ocurre con frecuencia que quienes mejor cooperan han llegado a un entendimiento diferente. Olvidan la idea de la desigualdad. La igualdad necesaria no es —para ellos— reparto por igual de todos los bienes pertinentes. Su visión les permite identificar que el mal es, más bien, la dominación, que es algo así como la pretensión de una parte de imponerse a las demás y de ser quien determina todas las esferas de la relación⁽⁶⁾.

A partir de ahí, esto es, a partir de (1) la racionalización de la desigualdad, o (2) la utilización de una idea compleja de la igualdad, tienen cabida diferentes modalidades de cooperación, desde relaciones en que es una de las

(6) Combino aquí algunas ideas tomadas del libro ya citado de GUY BAJOIT, *Pour une sociologie relationnelle*, con las que expone el filósofo norteamericano MICHAEL WALZER en *Las esferas de la justicia. Una defensa del pluralismo y la igualdad* (Fondo de Cultura Económica, 1993).



partes la que claramente lidera el proceso (y los demás la siguen) a otras en las que las partes están en pie de igualdad (por relativa y parcial que se quiera ésta)⁽⁷⁾.

3. Partes que se compadecen bien

A buen seguro que ambas partes han debido de comprender que ganan con la relación, esto es, que gracias al otro están mejor. Si nadie les obliga y están juntos, es porque ven en ello algún beneficio mutuo, sea éste tangible o intangible (valores, creencias, relaciones). Algo de lo que sigue debe de estar ocurriendo. Las partes comprueban: (1) que, gracias a que comparten recursos, son más eficientes, (2) que, al combinar fortalezas y capacidades complementarias, llegan a más usuarios o alcanzan nuevos públicos o territorios, o (3) que la cooperación fortalece la misión y permite que se realicen mejor los valores y las creencias que la animan.

Las partes han tenido que dictaminar, a partir de esta experiencia básica, que sus fines y objetivos son compatibles; quizá incluso —pero es éste un paso más— que no es posible llevar a cabo estos fines y objetivos si no es con la colaboración del otro.

Con todo, el mero dictamen puede no ser suficiente. Podríamos pensar que no bastará un juicio desapasionado, el fruto de un cálculo fríamente utilitario, y que debe haber, después de éste, un acto de creencia, una convicción. Estaríamos entonces exigiendo algo así como un «convencimiento *firme y sentido* de que los objetivos y fines de unos y de otros son compatibles (se compadecen bien) y de que la unión reporta beneficios, ora mayores que los que se obtendrían de ir cada uno va por su cuenta, ora irrealizables de otro modo (imposibles sin la cooperación)».

Desde luego, no es preciso llegar a tanto: (1) ese convencimiento no necesariamente tiene que ser firme y sentido, y (2) no es preciso que exista la idea de que los objetivos son irrealizables en ausencia de la cooperación. Una expresión más neutra y sintética sería: «compatibilidad de fines y de objetivos».

4. La comunicación, como mínimo

Pero debe haber algo más. La que sigue es la cuarta y última propiedad de la cooperación. Las partes deben estar suficientemente integradas, esto es,

(7) Véase SCHAEFFER y LOVERIDGE, «Towards an understanding of types of public-private cooperation», *art. cit.*



hechas un todo, por imperfecto que éste sea y por desigual que sea el papel de cada cual en el mismo.

El grado más bajo de esta integración sería la comunicación. Hay un diálogo y unos entendimientos compartidos, la información circula, se conocen bien los puntos de vista de las otras partes, se comparan las diferentes visiones y los intereses de cada cual y se consideran las coincidencias y los contrastes, se exploran posibilidades, se cuenta con el otro. No es poco.

Si subimos en la escala, nos encontramos con la coordinación, la asignatura pendiente —para muchos— en este negocio, un empeño, por cierto, tanto más difícil cuantas más diferencias —reales o imaginadas— separan a las partes. Los delfines encuentran difícil coordinarse con los moluscos.

La coordinación de la que hablamos, esa sin la cual —al entender al menos de quienes no se conforman con una integración como la apuntada anteriormente— no puede haber cooperación genuina, opera en varios niveles y tiene que ver con (1) los fines y objetivos, (2) las actividades y los servicios y (3) los consumos de los usuarios⁽⁸⁾:

1. Debe asegurarse la consistencia y coherencia de los objetivos y fines de las partes. No es fácil. Advuértase que hablamos de la coordinación de todo ese variado conjunto de políticas, programas, proyectos y servicios que interactúan en un medio dado, cada uno con su historia y su particularidad.
2. La coordinación busca después la seguridad de que objetivos y fines se traduzcan en un conjunto o paquete de acciones, actividades, prestaciones y servicios que sea consistente, coherente y comprensivo, y que —en el caso al menos de los servicios humanos— sea de fácil acceso para los públicos a los que se quiere atender.
3. Podría ser que la coordinación buscara finalmente asegurarse que los usuarios tomen de ese paquete —ya lo dijimos, consistente, coherente y comprensivo— aquello que realmente responde a la necesidad detectada o expresada, evitando así algunos males conocidos: el consumo excesivo, deficitario o arbitrario, la retracción de consumir, la dilapidación de esfuerzos, etc.

Como se ve, la coordinación implica, al tiempo que una ganancia, una renuncia. Los individuos y organizaciones (1) que no admiten la posibilidad de una pérdida, (2) que no la consienten cuando llega y quieren una renegociación

(8) Tomo esta definición del libro de Linda Challis et al., *Joint Approaches to Social Policy. Rationality and Practice* (Cambridge University Press, 1988).



continúa o (3) que, cogidos siempre como por sorpresa, braman el canto de los decepcionados y se conceden a sí mismos la licencia de la deslealtad (de palabra o de acto), no pueden cooperar. Es sencillo. Sus genes, su carácter y sus circunstancias no les han preparado para ello. No están donde deben.

La coordinación no es fácil, se dijo. Cabe incluso postular que, cuando se produce, se opera un milagro. Y sin embargo, se recomienda, se anhela, se lamenta su contrario, se busca activamente y, en ocasiones, se hace realidad y el árbol da frutos. Algunos de nuestros entrevistados insistían mucho en ella. Se diría que piensan que, en ausencia de coordinación, es difícil hablar de cooperación. Para ellos, la cooperación implica coordinación.

5. Seamos realistas, pidamos lo posible

Permítaseme una nota final. Debe el lector advertir que estamos ante campos (animación juvenil, toxicomanías, exclusión social, etc.) en donde no hay dos (una administración pública y una organización de voluntariado), sino muchos: varias administraciones públicas, institutos autónomos, fundaciones públicas y semipúblicas, muchas organizaciones de voluntariado, unas pequeñas, otras grandes, cada cual también con su historia y sus particularidades. Muchos actores, en fin. No es imprescindible, por supuesto, que todos entren en cooperación. Quienes alienten la cooperación no pueden esperar imposibles. Parte del problema consiste precisamente en no saber ver el valor de las pequeñas y modestas experiencias de cooperación que o bien existen o bien podrían ponerse en pie con relativa facilidad. «Seamos realistas, pidamos lo imposible»... ha ayudado poco. ¿Piensa usted en poner a todo un sector en pie de cooperar? Recuerde que no tiene bajo sus botas un ejército. Tampoco, por cierto, una colección de ángeles y benditos dispuestos a renunciar al interés propio en pro del bien común, convencidos como están, por demás, (1) de que las diferentes visiones en liza, por muy enfrentadas que parezcan estar, pueden conciliarse a poco que se ponga buena voluntad y (2) de que no hay diferencia que no pueda disiparse por un acto de amor o amistad. En dichas circunstancias, cada nueva realidad es un éxito, por insignificante que pueda parecer.

Hay otro asunto. El investigador busca estructuras, los actores del terreno anhelan estructuras. Presumimos la formalización tanto como la solicitamos. Consejos, mesas y coordinadoras, aunque estén huecos. Luz y taquígrafos y actas que puedan consultarse. Estructuras que generen noticia y que fundamenten las buenas intenciones. La sensación de ser importantes. Despreciamos de este modo el poder de lo informal, de las buenas prácticas construidas sin planificación ni acuerdo, de la llamada telefónica y del día a día. Ignoramos el



papel de las personas sobre las estructuras (cooperando en ocasiones *a pesar de* ellas) y la necesidad que tienen nuestras sociedades de individuos capaces de emprender y experimentar.

6. La cooperación reformulada

A estas alturas, podemos reformular el que hemos llamado «el proyecto de la cooperación» como el proyecto de «tejido de una red», entendida ésta tanto en un sentido muy concreto, cuanto en uno más figurado o metafórico.

En efecto, no creo errar en exceso si afirmo que lo que está en juego es el tejido de una red en donde lo público y lo voluntario se integren de un modo equilibrado. En esta nueva red, el Estado ocupa el centro, pero se libra de la tentación del monocentrismo excesivo y se muestra capaz de reconocer el poder del resto de las organizaciones. Este poder procede de esas otras fuentes de poder que, de momento, han sido relegadas, menospreciadas o instrumentadas. Entendemos por «fuentes de poder» las siguientes: (1) el control que las organizaciones de voluntariado tienen sobre algunos recursos necesarios y en ocasiones escasos (información, organización y autoridad), (2) los contactos e intercambios que algunas de ellas mantienen con otras muchas organizaciones, (3) sus posibilidades de intermediación y (4) su conexión con los intereses e ideologías del entorno, lo que les brinda la posibilidad de movilizar fuerzas externas a la red, incluido, por supuesto, el dinero. Nos referimos a ciertas organizaciones (*lobbies*, partidos políticos), instituciones (parlamento, iglesia) y públicos (ciudadanos, profesionales, beneficiarios).

7. El laborioso tejido de una red

Para tejer una red de este tipo se necesitan algo más que palabras: iniciativa privada, sociedad civil, el papel de las asociaciones y del compromiso personal, la compasión y la solidaridad, la entrega, el altruismo, etc. No basta tampoco con sancionar las pasiones adversas. La censura y la reprobación nunca han levantado edificios. Lo que tenemos ante nosotros (una red pública de servicios públicos, ciertos hábitos mentales, de unos y de otros, la herencia de las prácticas administrativas) no se cambia por decreto (ni es posible ni deseable). Lo que se deba construir (o tejer, pues hablamos de una red) no se improvisa y se hace en dos, seis, diez años. Los efectos perversos nos aguardan tras cada esquina. El poder humano es limitado y la realidad tiene esa viciosa manía de resistirse a los vanos y arrogantes intentos de diseño de gabinete.



SEGUNDA PARTE. EL ENTUSIASMO EN LA COOPERACIÓN

En los discursos hay patrones. En los presentes, se pueden detectar básicamente dos: el lamento (o la queja) y el entusiasmo, en ocasiones en la misma persona. Concentrémonos en el entusiasmo y en su crítica. La tarea es difícil, mi cometido grande. ¿Quién va a estar en contra del entusiasmo, ese principio juvenil que hace mejores a las sociedades y a las personas y sin el cual no habría hoy ni servicios sociales, ni seguridad social, ni casi nada de lo que nos da bienestar y nos hace mejores?

...este articulista, lo siento. Este articulista está en contra del entusiasmo. El entusiasmo mueve montañas, pero oscurece la comprensión de ciertos hechos básicos de la vida. ¿Cuál es mi tesis? Primero, una historia. Me permitirán un pequeño relato. Al concluir el mismo, presentaré esta tesis.

* * *

Érase una vez que decidimos asegurarnos económicamente frente a los riesgos de la vida moderna, y creamos la Seguridad Social. Como queríamos ser ciudadanos plenos, además de trabajadores competentes, nos dimos también educación y salud. ¡Liberación era el lema de esa nueva etapa en la historia de la Humanidad!.. liberación de la inseguridad, la pobreza, la enfermedad o la ignorancia. Nuestro lenguaje fue el de los derechos sociales. ¿Acaso sólo habían de existir los derechos de propiedad o de voto? Nuestro mundo se poblaba de organizaciones administrativas de bienestar que se volvieron rápidamente hegemónicas y que funcionaban de acuerdo con los principios de lo que hoy recibe el poco neutro nombre de «la vieja administración pública»: jerarquía, autoridad, control, rigidez, fragmentación, el crecimiento que se dice incremental, esto es, no racional, sin apelación a principios claros ni prioridades establecidas, etc. (pareciera que han transcurrido décadas).

Luego vinieron algunos liberales radicales, con sus fórmulas mágicas, y nos dijeron que algo de todo esto estaba mal. Escribieron sus pliegos de cargo, algunos de los cuales se leían muy bien: los fallos del Estado, la amenaza para la economía, la sobrecarga de los gobiernos, la ingobernabilidad, la muerte de la iniciativa individual, el mercado como el mejor regulador de la vida social. Estos liberales fueron los nuevos radicales de fines de siglo. ¡Querían, ahora ellos, cambiar la sociedad por decreto! Mostraron, en ocasiones, una sensibilidad turbulenta, imprecatoria, dada a plantear algunos problemas en disyuntivas tajantes, la más definitoria de las cuales fue «Estado o mercado». Algunos se contentaron con la humilde tarea de «Reinventar el Gobierno». Se inaugura



la era del *new public management*, de «los gobiernos deben llevar el timón y que remen otros», «lo importante es crear entornos en donde la innovación y la calidad sean posibles» (el estado como facilitador), la evaluación de resultados, los usuarios como consumidores y demás. La sociedad civil sale a primer plano.

Más tarde se pasó su tiempo, sí, aunque algunos sigan batiéndose contra molinos de viento. El resto aprendimos y sacamos nuestra lección. Alguno rememoraría el *dictum* de Nietzsche: «Lo que no me destruye, me fortalece». Una parte del socialismo fue recuperando la iniciativa ideológica, también los votos; los ultraliberales se ganaron la disidencia de muchos conservadores, alguno de los cuales calificaría su proyecto como de «liberalismo de asalto» y rememoraría a Edmund Burke: «pongamos la mano en el Estado sólo con miedo respetuoso y con licitud temblorosa». Las aguas se remansan, pero esta época deja su herencia.

Es ahora el tiempo de fusiones y terceras vías (recordemos que la «tercera vía» británica es un *middle way* entre neoliberalismo y socialdemocracia), una ocasión propicia, por ejemplo, para quienes, dejando a un lado la indignación, ese sentimiento moral tan sobrevalorado en política, observaron con atención lo que se venía sucediendo.

La idea principal es que hay que contar con el mundo privado, tanto en su forma comercial como —seguramente, sobre todo— en su forma voluntaria. La imagen emergente es la de una red: organizaciones de naturaleza y tamaño varios, de poder desigual, unidas entre sí por un propósito más o menos común, que intercambian bienes tales como autoridad, información y capacidad. El dictado es la colaboración o cooperación: se trabaja codo con codo, la división del trabajo es más o menos consensuada, hay comunicación y a veces algo más, las organizaciones dejan de competir entre sí, se aperciben de que sus respectivos fines y objetivos no son tan distintos (o, por lo menos, se proponen llegar a entendimientos comunes), se busca la coordinación, etc.

El mercado de las propuestas ofrece al respecto muchos productos. «Gobernación» es, sin duda, la categoría estrella. La actividad del gobierno es reemplazada por la de la gobernación, palabra que pretende apelar a la organización de la acción colectiva en pro del bien común (sin presuponer que el gobierno será el único actor ni cerrar el catálogo de intervenciones a las clásicas y ya conocidas). Más o menos, porque se usa de modos bien distintos. Se habla de buena gobernación, gobernación global, gobernación sin gobierno, gobernación a través del *new public management*, de nuevas prácticas de coordinación a través de las redes, de estructuras de colaboración («partenariado») y foros deliberativos, gobernación como interdependencia internacional, gobernación a semejanza de un sistema cibernético, gobernación como la nueva economía



política, gobernación como redes, etcétera. El gobierno británico, el Nuevo Laborismo, es quizá quien en Europa se ha comprometido de un modo más decidido con la filosofía y la práctica de la gobernación.

Ésta no es, desde luego, la única marca registrada. Tengo por bien difundidas algunas de las restantes, por ejemplo la de «buen gobierno», de Gerry Stoker⁽⁹⁾, o la de Estado relacional, del profesor del ESADE Xavier Mendoza⁽¹⁰⁾.

Referiré sólo dos de los principios de este último:

1. El Estado adquiere un protagonismo diferente. Aparece como un actor social más, pero está dotado de una dimensión específica y ocupa una posición privilegiada para asumir un rol de liderazgo y dinamización de la propia sociedad. El Estado relacional se caracteriza por articular la interrelación social y por los aspectos intangibles que ello representa (producción y difusión de información, corresponsabilización de la sociedad, fomento de la autorregulación social, intermediación entre diferentes actores sociales, etc.). De ahí que convierta la naturaleza *relacional* de su actividad en su principal atributo de identidad.
2. El modelo organizativo (en sentido amplio) que corresponde al Estado Relacional es, sin duda, el del *emprendedor social* capaz de crear y gestionar complejas redes inter-organizativas en las que participan tanto organizaciones públicas como privadas. El político y el *gestor relacional* se caracterizan tanto por la búsqueda continua de oportunidades que permitan movilizar los recursos sociales, públicos y privados, como por promover la experimentación y la innovación social en la manera de dar respuesta a los problemas y necesidades sociales.

Hay más marcas. Los norteamericanos Denhardt⁽¹¹⁾ y Denhardt hablan del paradigma del «nuevo servicio público» y defienden, por ejemplo, que de lo que se trata es de servir y no de dirigir. Al servidor público —dicen— se le va a pedir cada vez en mayor medida que ayude a los ciudadanos a articular mejor su visión y a encontrar las soluciones para los problemas a los que se enfrenta una comunidad, en lugar de controlar o dirigir la sociedad en nuevas direcciones. Defienden también que el interés público es el objetivo y no el sub-

(9) Cf. estas dos lecturas de Stocker: (1) *El buen gobierno como teoría: cinco propuestas* (Papers de Formació Municipal, 50). Barcelona: Diputació de Barcelona, 1998. (2) «Networked Local Government: The Conditions for Success». Conferencia impartida en Barcelona con ocasión de la presentación del documento provisional del *Llibre Blanc dels Serveis Socials d'Atenció Primària* de la Diputació de Barcelona, 2003.

(10) *Las transformaciones del sector público en las sociedades avanzadas: del estado de bienestar al estado relacional* (Papers de Formació Municipal, 23). Barcelona: Diputació de Barcelona, 1996.

(11) R. B. DENHART y J. V. DENHART, «The New Public Service: Serving Rather than Steering». *Public Administration Review*, 60(6) (2000), págs. 549-559.



producto. Los administradores públicos deben contribuir a la edificación de una noción colectiva y compartida del interés público. No se trata de encontrar soluciones rápidas que agreguen o concilien las elecciones individuales de las partes. Están obligados a hacer su contribución a la creación de intereses compartidos y responsabilidades comunes.

Hay más, siempre hay más. Me gusta la propuesta del norteamericano Chris Ansell, *networked polity*⁽¹²⁾, porque habla de una comunidad política enredada y no de una política de redes. Yo mismo he usado la expresión «red policéntrica» (que tomo del maestro. Manuel García Pelayo⁽¹³⁾) para referirme a ese ideal que andamos buscando: una red en la que no hay una organización que domina a las restantes, y que es, por tanto, la última y decisiva receptora de sus demandas y determina por sí sola el grado y el modo de intervención en el orden interno de las demás organizaciones. Mi red policéntrica es una red en la que el conjunto de la estructura no está pues dominado por las relaciones de subordinación y supraordinación y en la que las organizaciones voluntarias son, además de una fuente de energía, un centro de condensación de poder junto con otros.

Podríamos, la verdad, hablar sencillamente de un proyecto de cooperación entre lo público y lo privado, inspirado por un espíritu parecido bien al de la amistad (la amistad de unas partes que confían las unas en las otras), bien al de una buena conversación. A mí me gustan estos usos discretos pero imaginativos del lenguaje. ¿Por qué no?

* * *

Hasta aquí la historia, ahora la tesis, que giraba —como recordarán— en torno al entusiasmo.

Entusiasmo significa «adhesión fervorosa que mueve a favorecer una causa o empeño»... quizá no hay que llegar tan lejos. Pero sí somos muchos los que nos hemos sentido cautivados por estas propuestas... porque son buenas. Preguntémonos, sin embargo, si no hay algo que falla en este relato ascendente, casi teleológico. ¿No se parece esta historia demasiado a un relato feliz de esos en los que el héroe arriba a su destino? ¿Es acaso nuestra versión de «el final de la historia»?

Sí y no. Los aguafiestas —hay que admitirlo— son una lata, pero a los entusiastas les falla algo también. Mi crítica es simplemente que el entusiasmo se

(12) C. ANSELL, «The Networked Polity: Regional Development in Western Europe». *Governance: An International Journal of Policy and Administration*, 13(3) (2000), pp. 303-333.

(13) M. GARCÍA PELAYO, «Sociedad organizacional y sistema político», cap. 3 de su libro *Las transformaciones del Estado contemporáneo* (Madrid: Alianza, 1985).



olvida de los límites. Y no es tanto una crítica de la «fatal arrogancia humana» o un recuerdo del bien que nos reportaría ser un poco más escépticos, Prometeo castigado por los dioses por pretender ir más lejos de lo debido y todo eso... Lo que se dice es que el entusiasmo se olvida de lo mucho que hay que hacer y tuerce la naturaleza de la operación, precisamente porque sobrevalora el poder de la ciencia y de la técnica.

Gobernar en red no es como construir un edificio, con el promotor que llama a un constructor, quien llama a un arquitecto, que hace sus planos y necesita a un aparejador, que trabaja con un capataz que dirige y supervisa el trabajo de unos especialistas para quienes trabajan unos peones. No es así porque no puede ser así. La cooperación no se diseña. Germina, brota, siempre y cuando se den las condiciones adecuadas. No siempre es ordenada, limpia y previsible; no siempre se ajusta a una forma determinada. Tiende a olvidársenos que la sociedad no se cambia por decreto. Siempre es igual. Nos cuesta aprenderlo, pero lo olvidamos rápidamente.

Es ésta, bien que lo sé, una tesis fuerte. Desde luego, no debe ser tomada al pie de la letra. Admito incluso que puede servir más para un territorio que para otro, más para unos casos que para otros, más para unas personas que para otras. El mundo es así, no se le atrapa de cualquier manera, y menos con una afirmación redonda.

¿Qué lecciones se extraen de todo ello? No quisiera posponer en exceso las conclusiones, pero debo abrir aquí un nuevo paréntesis. Plantearé unas preguntas que quizá suenen extravagantes, aunque no deben alarmarse: las respuestas no lo son... al menos, eso espero.

* * *

¿Debe adoptarse el idioma finlandés (o finés, que lo mismo es) como universal?

Imaginemos que no es una idea disparatada, que lo es. Comprobemos las ventajas⁽¹⁴⁾.

Es un lenguaje esencialmente lógico. Las reglas son absolutamente confiables en todas las situaciones, excepto cuando dejan de serlo... son las excepciones.

Suena bien, es placentero al oído. La razón es que es un idioma rico en vocales. Lo malo es que apenas tiene consonantes: suenan mal, sí, pero ayudan. Se dice que fineses y checos llegaron a entablar negociaciones. Aquéllos cederían sus vocales para que se les entregaran a cambio algunas consonantes. Fracasaron.

(14) El lector deberá disculpar que no pueda aportar el origen de estas consideraciones, que obviamente no son mías. Al volver a internet, no he conseguido recuperar la fuente que me dio inspiración.



Los fineses no pudieron entenderse con quienes llaman al helado «zrmzlina», cuando ellos lo nombran como «jäätelöä». Nada que hacer.

Es un lenguaje conciso. Donde nosotros decimos «comité encargado de las negociaciones para alcanzar una tregua», ellos dicen «aseleponeuvottelutoimikunta». ¡Una palabra! ¿Para qué más?

Aprender finés le da a uno mucha confianza en sí mismo. Si llegas a aprender finés, puedes aprender cualquier cosa.

¿Para qué seguir? Lo que queda claro es que quien desee aprender este lenguaje necesitará predisponer su ánimo para ello y deberá planificar un tiempo de estudio disciplinado. «Poner los medios», acostumbraba a decirse. La gobernación en red es uno de esos lenguajes.

¿Cuánta tierra necesita un campesino?

Es de un cuento de Tolstoi. ¿Tanta cuanto deseaba el campesino avaricioso o tan poca como defendía el escritor en su época de pobreza evangélica y comunión con la humanidad (la justa para que aquel campesino recibiera cristiana sepultura)?

La lección del cuento de Tolstoi es que con frecuencia suponemos que precisamos una gran cantidad de algún bien deseable, cuando quizá las cosas nos irían mejor si nos conformáramos con una dosis menor. Hay quien desea más tierra y hay quien desea más control, mejor coordinación, la planificación de los más pequeños detalles, la previsión completa del curso de los tiempos, el reconocimiento rápido de las formas, etc.

¿Quién ganará las elecciones generales a la presidencia de la república mexicana en el año 2006?⁽¹⁵⁾

Es imposible saberlo, pero hay un candidato, reformista de izquierdas, que se ha dado cuenta que en ese vasto país nada será posible si no se asientan bien los fundamentos del Estado de derecho... así de simple. Ha empezado ya su campaña, recorriendo el país de extremo a extremo.

Esto recuerda algo que sucede en otro continente. China será probablemente una gran potencia militar y económica dentro de unos años, pero de momen-

(15) Es éste un recurso retórico que Albert O. Hirschman utilizó en uno de sus artículos para interrogarse sobre cuánto «espíritu comunitario» necesita la sociedad de mercado. Es conveniente saber que Hirschman toma esta pregunta de un cuento de León Tolstoi en el que narra la ambición de un campesino. El artículo en cuestión es «I conflitti come pilastri della società democratica a economia di mercato», en *Stato e mercato*, 41 (1994), pp. 133-152. ¿Cuánta cooperación se necesita? Encontraremos en nuestro campo las dos mismas respuestas: (1) «la cooperación es la gran apuesta que lo va a cambiar todo» y (2) «bastará con una cooperación genuina de baja intensidad».

(16) Ésta es una pregunta que a fecha de hoy ha dejado de tener el impacto original. La mayor parte de sus lectores ya conoce la respuesta. La mantengo de este modo por su valor retórico. Desde el comienzo fue una excusa para introducir una idea. El candidato aludido era Jorge G. Castañeda y la información de base se extrajo de *El País Semanal* de 30 de marzo de 2003.



to se esfuerza en construir algo que nosotros damos por sentado, cuando no creemos que es un bendito regalo del cielo: el mercado. Deben los chinos crear un entorno institucional y legislativo que dé confianza a los inversores y seguridad a sus inversiones, extender mecanismos eficaces y rápidos de resolución de los conflictos, proteger la propiedad intelectual, crear hábitos de confianza en la gente, promover las virtudes del comercio, transferir al Estado la responsabilidad de ofrecer protección social a los trabajadores, actualmente en manos de las empresas, para hacerlas de este modo más flexibles, y un largo etcétera. El mercado es —lo vemos ahora muy claramente en estos países antiguamente comunistas— una construcción institucional y cultural.

La analogía es clara. Esa red de la que hablamos, con lo público y lo privado en relación de dependencia mutua, con organizaciones y profesionales que comparten metas y visiones del bien, que colaboran estrechamente y confían los unos en los otros, con funcionarios que tienen iniciativa y se arriesgan y con directivos asociativos imbuidos del mejor espíritu de servicio público, esa red —decía— es también una construcción institucional y cultural. No hay tal construcción sin una fuerte inversión, en conocimiento, en experimentación, en evaluación y en capital humano.

* * *

La nave arriba a puerto. Es el tiempo de las conclusiones.

Uno. Las palabras bonitas no son suficientes. Disponemos de muchas: resplandecen. No podemos olvidar que el Estado de bienestar, que aquí acostumbramos a decir que llegó con la democracia, es en el resto de Europa inseparable de las dos carnicerías de las guerras mundiales, los dos totalitarismos asesinos y la peor crisis económica de la era contemporánea. Podríamos decir que el Estado de bienestar se construyó «en caliente», en el horno de la Europa de los años veinte, de los años treinta, de los años cuarenta. Los acontecimientos hicieron posibles todos los cambios necesarios: de instituciones y prácticas administrativas y fiscales, de mentalidades y de costumbres. Nuestra construcción, la de la gobernación y demás, de momento se opera en frío.

Dos. Si «el final de la historia» significa que nos reconciamos con lo mejor de las eras anteriores y laboramos por la mejor síntesis, bienvenido sea. No parece que valga gran cosa, sin embargo, en boca de quien está demasiado satisfecho de sí mismo.

Tres. Laborar es construir estructuras. Son necesarias; incluso necesarias y suficientes... en ocasiones. Pero es la parte fácil de la empresa: los mismos planos para las diferentes situaciones y lugares. Puede funcionar, desde luego: comités



transversales, enlaces bilaterales y mesas intersectoriales, pero no es raro que sea como esos edificios, barrios o incluso ciudades ultra-modernos y ultra-rationales en donde la gente no vive a gusto, cascarones vacíos o estructuras sin alma que tienen la bonita virtud de que remueven mucho y cuestan mucho dinero.

Cuatro. Las estructuras, a pesar de lo afirmado en la cláusula anterior, pueden llegar a ser necesarias.

Cinco. No hay cooperación, sólo personas que cooperan. Es bueno recordarlo. En *El porvenir del altruismo*, encontramos entre los directivos y profesionales de las organizaciones voluntarias valencianas, de una parte, y algunos administradores públicos, de otra, una buena ración de desconfianza mutua, incluso menosprecio y hasta resentimiento. ¿Qué día de qué mes de qué año empieza la cooperación, así, tan bien pertrechada?

Seis. Usted es un arbitrista y desea implantar las más reputadas reformas, de modo que propone una integración mejor de lo público y lo privado. No es fácil, encuentra resistencias. Resulta que usted está convencido de que tiene un personal poco moldeable y capaz, que sus empleados se resisten a colaborar, son desleales y se guardan información. ¿Qué hace? Tírelos al mar.

Esto es un sinsentido (no en todas partes, por desgracia). Todo el mundo sabe que la empresa del gobierno en red —como cualquier otra— no tiene ningún futuro si se hace sin sus trabajadores y con desdén de sus competencias, hábitos y preocupaciones.

Las administraciones públicas están obligadas a *cuidar a su gente*, a pedir lo mejor de ellos, estimular su iniciativa, premiar la excelencia y sancionar la molicie y la irresponsabilidad, crear un clima de confianza y de implicación, promover los hábitos y las prácticas de las personas que comparten la información y que crean conocimiento colegiado... y tantas cosas más de las que siempre se habla. Lo leemos en las páginas salmón de los periódicos. Las empresas españolas desembarcan en la Europa oriental después de la apertura política y económica de la zona. Un grupo lácteo invierte en Rusia, Ucrania y Croacia. Su primera sorpresa es la de constatar las pésimas condiciones laborales, sobre todo en materias de seguridad e higiene y la gran confusión entre la línea jerárquica y la política y los sueldos, que eran muy bajos. El reto consiste en convertir una empresa acostumbrada a operar en una economía planificada, en una capaz de hacerlo en la economía de mercado. Para conseguirlo se reúnen con los trabajadores para explicarles el proyecto y para que ellos hagan un diagnóstico y el que hacen —en palabras de uno de sus gerentes— «resulta de gran riqueza».

No quiero pecar de ingenuo: esta inversión que propugno en algo así como capital humano podría no saber o no querer hacerse, nuestros gobernantes



podrían encontrar difícil o poco rentable este esfuerzo; los trabajadores podrían, más allá de retórica huecas, no querer engancharse.

El gobierno en red *no* cierra la agenda de la mejora de la administración pública. Ocurre, más bien, todo lo contrario. La función y la identidad de los servidores públicos cambian; se les exigen nuevas competencias; deberán ser ahora diplomáticos y empresarios, animadores y mediadores. La agenda sigue abierta.

Siete. Erramos cuando ambicionamos mucha tierra, aunque probablemente también cuando nos contentamos con poco más que nada. Hablemos de la coordinación. Hay una que seguramente es imposible (y habría que ver si deseable). Es la coordinación que se fundamenta en un análisis sinóptico de la realidad social, la que es el resultado de la concertación en la cumbre que pretende incorporar a todas las partes, la que es consecuencia de un plan perfecto, de un plan completo. Todo esto es en ocasiones como mirar el mundo con el ojo de Dios. ¿Podríamos admitir la posibilidad de que en muchas ocasiones las partes se ajusten mutuamente de un modo no muy forzado y de que se produzca una coordinación sin coordinador? ¿Podríamos conformarnos con la coordinación que tiene lugar en el interior de redes de interacción intensa, es decir, redes en donde la comunicación y el contacto son reales y proceden por los más insospechados canales? ¿Por qué no poner a prueba mecanismos como los de la «coordinación abierta» que se usa tanto en la Comisión Europea: objetivos pactados y evaluación y crítica de resultados por los pares y los expertos? Tendremos que ir viendo cuánta tierra necesita *realmente* un campesino.

Ocho. No nos olvidemos del mundo en el que estamos. Los servicios sociales son una organización muy peculiar, y lo son porque les corresponde reparar bienes de naturaleza muy diversa. Algunos de esos bienes son discretos, pueden ser medidos y comparados entre sí y ser producidos y distribuidos de acuerdo con los criterios de la economía, la eficacia y la eficiencia. Hay otros bienes, sin embargo, que no son servicios y que se parecen bien poco a éstos. Hablo, por ejemplo, del reconocimiento, la integración social o el consuelo, es decir, de una realidad humana y simbólica intratable en términos de la triple E que mencioné con anterioridad. Me temo que ésta es una realidad que pocos entienden. A veces son los gobiernos quienes están faltos de esta sensibilidad, a veces son los profesionales quienes, encadenados a unas rutinas burocráticas y a una visión del mundo en clave instrumental y de derechos, olvidan esta verdad. Si esto es así, necesitamos una poderosa inversión filosófica que haga a todos los actores muy conscientes de lo que tenemos entre manos.

Ésta puede sonar como una propuesta extraña, inesperada. Uno de los retos a los que se enfrentan los servicios sociales en el futuro es el de saber bien qué



son, qué pueden hacer, qué espera la gente de ellos, incluso el de reconocer que la historia del sufrimiento humano y de la esperanza no comenzó el día en que se abrió el primer centro moderno de servicios sociales. Los servicios sociales no son una fábrica de productos y servicios y unos meros oferentes de prestaciones. Son eso, pero hemos de entender que son más. Hagamos todas las reformas que haya que hacer, pero no matemos a la criatura. El gobierno en red haría mal en olvidarlo. (Seguramente no lo hace y mi cautela es innecesaria.)

* * *

Durante un tiempo, el lema fue algo así como «la economía, estúpido, la economía» de la era clintoniana. Más tarde, los laboristas británicos hicieron muy popular aquello de «Educación-Educación-Educación». El que añadido no sustituye a los anteriores. «Inversión-Inversión-Inversión»... en conocimientos, en capital humano, en experiencias, en confianza, en liderazgo... Una propuesta modesta, sin duda, pero una propuesta que obliga a arduas tareas.



Propuestas para una deslocalización textil responsable

(análisis de un estudio de caso sobre empresas en Marruecos)

Isabel Kreisler

Sumario

1. Introducción. **2.** Contexto internacional. 2.1. El final del Acuerdo Multifibras. 2.2. Oportunidades y riesgos en un contexto globalizado. **3.** España y Marruecos ante el nuevo contexto de la deslocalización textil. 3.1. Características generales del proceso de deslocalización. 3.2. Intercambios en el sector entre España y Marruecos. **4.** Propuestas para un nuevo modelo de deslocalización textil. **5.** Observaciones derivadas del estudio de caso. **6.** Conclusiones.

RESUMEN

¿Se puede plantear la cuestión de si es posible una deslocalización responsable entendida como una inversión por el desarrollo? Dado el intenso proceso de cambio en el sector textil, y dadas las estrategias empresariales de reducción de costes y de falta de garantías legales de protección de los trabajadores en los países del Sur, plantear la cuestión de la deslocalización puede resultar interrogante y, en su anverso, sugerente. Por eso este artículo, teniendo presente estos cuestionamientos, estudia la presencia de empresas textiles españolas en Marruecos tras el fin del Acuerdo Multifibras, y examina las condiciones y posibilidades de su contribución al desarrollo.

ABSTRACT

Is it possible to raise the question of whether responsible delocalization may be understood as investment for development? In view of the upheaval in the textile industry, and given business strategies to cut costs and the lack of legal guarantees to protect workers in countries in the South, the issue of delocalization may prove at the same time questionable and thought-provoking. That is why this paper, taking into consideration these issues, studies the presence of Spanish textile companies in Morocco in the wake of the Multifibre Agreement, and examines the conditions and scope for their contribution to development.



1 INTRODUCCIÓN

La globalización económica y liberalización de los mercados han llevado a una rápida intensificación del fenómeno de deslocalización hacia países del Sur. Se abren así oportunidades de negocio para empresas e inversores y también vías para ampliar la tan necesaria atracción de capital hacia los países en desarrollo. Sin embargo, con frecuencia, el fenómeno de deslocalización se ha visto empañado con un impacto económico, social o ambiental negativo, resultado de operaciones financieras y estrategias de negocio poco responsables de algunas empresas, que se aprovechan de las insuficientes garantías de protección legal en muchos países del Sur.

El actual contexto de apertura del mercado textil puede significar una ocasión para la búsqueda de formas de liberalización comercial favorable a todos los países, y modelos empresariales más responsables. Este artículo quiere proponer líneas de trabajo que propicien una «deslocalización responsable» y una «inversión pro desarrollo». Como ejemplo, el análisis se enfoca hacia el papel de las empresas en la promoción de los derechos laborales en el sector textil-confección, y se utiliza como botón de muestra la presencia de empresas textiles españolas en Marruecos en el nuevo contexto de este sector tras el fin del Acuerdo Multifibras.

2 CONTEXTO INTERNACIONAL

2.1. El final del Acuerdo Multifibras

El Acuerdo sobre Textiles y Vestido de la Organización Mundial del Comercio (OMC), vigente desde 1995, dejó de estar en vigor el 1 de enero de 2005. Este acuerdo sucedía al «Acuerdo Multifibras», con el objetivo de facilitar un repliegue ordenado de la industria textil en los países desarrollados (PD) al tiempo que se fomentaba la producción en los países en vías de desarrollo (PVD)⁽¹⁾. El sistema establecía las reglas de la exportación hacia Estados Unidos y Europa

(1) Aunque fue en efecto el «Acuerdo sobre Textiles y Vestido (1995-2005)» el que finalizó en 2005, comúnmente se habla del «fin del Acuerdo Multifibras (1974-1995)» para referirse al final del sistema de cuotas en la industria textil el 1/1/2005.



en la industria del textil y la confección, a través de un sistema de cuotas que ofrecía un acceso preferencial a estos mercados por parte de muchos PVD que quedaban así, en cierto modo, al abrigo de la competitividad del mercado global.

El fin del Acuerdo Multifibras supone que estas cuotas quedan eliminadas de modo que los productores de todos los países deberán ganar su nicho de mercado en un sistema competitivo a nivel internacional. A partir de 2005, los únicos instrumentos de regulación disponibles para afrontar esta nueva coyuntura del sector textil serán los aranceles, acuerdos preferenciales bilaterales o regionales, «reglas de origen» y medidas de protección *antidumping* dispuestas por la OMC.

Se abre, de este modo, una nueva era en las relaciones comerciales a nivel global en el sector textil-confección, con nuevos riesgos a afrontar y nuevas oportunidades que habrá que saber aprovechar.

2.2. Oportunidades y riesgos en un contexto globalizado

El fin del Acuerdo Multifibras tendrá consecuencias económicas y sociales importantes, algunas diferenciadas según la coyuntura económica de cada país, otras de alcance global.

• UN CONTEXTO DE OPORTUNIDADES A APROVECHAR...

El final de las cuotas implica que los compradores son libres de abastecerse de los países y proveedores que ofrezcan mejores condiciones en términos de precio, calidad, rapidez, gestión de riesgos y servicio. La liberalización del mercado favorecerá a los productores más eficientes, y se generará, por tanto, mayor riqueza. Así, el nuevo régimen de intercambio vendría a generar, desde el punto de vista macroeconómico resultados globales positivos a largo plazo.

Para algunos países, que hasta ahora veían restringidas sus exportaciones por el límite de su cuota, ésta será una oportunidad para aumentar las exportaciones y fortalecer su balanza comercial. Países como China, y en menor medida la India, que serán los grandes beneficiados del fin del Acuerdo Multifibras.

Acompañado de las políticas oportunas, el crecimiento económico generado por la industria textil en estos países debería ayudar a su desarrollo y ofrecer empleo y con ello salidas de la pobreza a una población inmensa y empo-



brecida (sólo en China, según datos del Banco Mundial, el 46.7 % de una población de casi 1.300 millones de personas vive con menos de 2 USD al día⁽²⁾).

• ... Y DE RIESGOS A AFRONTAR

A pesar de los potenciales beneficios globales en la lucha contra la pobreza, a corto plazo la liberalización del mercado textil plantea riesgos económicos y sociales para los principales países importadores y hace temer consecuencias negativas importantes para otros países productores, entre ellos, muchos PVD.

En Europa y Estados Unidos, el 1 de enero de 2005 hizo sonar las alarmas de la industria textil, por el riesgo de «avalancha» de importaciones con procedencia del mercado asiático, como resultado del levantamiento de cuotas y total apertura de sus mercados.

En mayo de 2005⁽³⁾, tras la publicación del dato de la balanza comercial que reflejaba una media de incremento de las importaciones textiles chinas durante el primer trimestre de 2005 del 54 % (alcanzando un aumento del 1.500 % en algunas categorías de productos), EE. UU. decide limitar el incremento anual de las importaciones chinas al 7,5 %, activando así de manera unilateral la cláusula de salvaguarda para tres categorías de productos textiles.

En Europa, sólo entre enero y marzo de 2005, la importación de la UE de productos del textil y vestido procedentes de China creció en una media del 147,7 %, según datos de la Comisión Europea. En junio de 2005 la UE y China alcanzan un acuerdo para establecer límites a la exportación textil china hacia Europa. La salvaguarda (límite al incremento anual de entre el 8 y el 12,5 %, según producto, con vigencia hasta 2008), cubre todas las categorías de productos textiles que más inquietaban a la UE, y garantiza una evolución gradual de las exportaciones chinas en tres años.

Ante la amenaza de «avalancha china» que el fin del Acuerdo Multifibras suponía para la industria textil de EE. UU. y UE, estos países han tardado menos de seis meses en hacer valer sus medidas de protección. Además de ello, la liberalización de los mercados y la entrada de China en la OMC abrió un inmenso mercado a la exportación para otros productos industriales y servicios (especialmente en el sector seguros), que beneficiará generosamente a EE. UU. y UE. Por otro lado, estos países disfrutaban de economías y redes sociales potentes, además de ayudas estatales a la reestructuración de sus industrias y reconversión

(2) http://www.worldbank.org/data/wdi2005/pdfs/Table2_5.pdf

(3) Los datos citados a continuación proceden de diversas fuentes: «Inside Trade», «IPS Brussels», «El País» y «CITYC». Fechas consultadas: 06/04/05; 05/05/2005 y 10/06/05.

de su mano de obra. Por tanto, aunque sí quizás las de mayor eco mediático, las consecuencias previstas para estos países no son las más inquietantes.

El impacto económico y social de la liberalización textil, es, sin embargo, muy preocupante para otros países productores, que antes podían mantener una industria textil por el acceso a mercado garantizado, y que ahora quedarán excluidos por las leyes de la competitividad. Como demuestra la tabla a continuación (que refleja los grados de dependencia del sector textil de algunos países en desarrollo), las consecuencias para la industria, economía y empleo de algunos PVD pueden ser catastróficas si no se toman medidas urgentes al respecto.

IMPORTANCIA DEL SECTOR TEXTIL EN DIVERSOS PAÍSES EN DESARROLLO

País	% de textil en el empleo industrial	% de textil en exportación de manufacturas
Bangladesh	40	62
Sri Lanka	33	50
Camboya	62	82
Honduras y El Salvador	26	40
Lesotho	90	90
Marruecos	45	36

FUENTE: Mills, 2004.

Los países que más van a sufrir el fin del Acuerdo Multifibras desde el punto de vista económico y social son países del Sur especialmente vulnerables por diversos motivos:

- Por su dependencia histórica de las exportaciones de ese sector, o por la vulnerabilidad de sus economías en transición, necesitarían una ampliación del periodo transitorio para adaptarse a las nuevas condiciones del mercado, como algunos países de Magreb y Europa del Este.
- Por el impacto económico y social generado por la liberalización, y la carencia de redes sociales de «amortiguamiento», que implican riesgo de pobreza extrema para gran parte de la población, en países como Bangladesh o Lesotho.
- Por enfrentar un contexto de crisis al que el impacto del fin del Acuerdo Multifibras vendría a sumarse, como Sri Lanka y otros los países del Sudeste Asiático afectados por el Tsunami.



La pérdida importante de industria y empleo ya perceptible en países pequeños y medianos productores (como Bangladesh, Sri Lanka, o —en menor medida— Marruecos) indica, ciertamente, la necesidad por parte estos países y sus industrias de adoptar nuevas estrategias de competitividad en el nuevo contexto internacional, pero también la clara necesidad de intervenir con políticas adecuadas desde instancias internacionales que puedan proveer una ayuda financiera y técnica efectiva para mitigar los impactos negativos de la liberalización.

Además de estas especiales coyunturas de riesgo por países, se prevé como resultado de la liberalización textil un notable impacto sobre el mercado laboral a escala global.

• ALTERACIONES EN DEL MERCADO LABORAL A ESCALA GLOBAL

En 2000, la Organización Internacional del Trabajo (OIT) estimaba pérdidas de empleo en el sector textil de hasta 30 millones a nivel internacional, mientras en 2004 el *Financial Times* aumentaba la cifra hasta 40 millones (MFA, 2004). Las pérdidas con mayor impacto socio-económico, se producirán en PVD.

El sector textil, además de por bajos salarios, también se ha caracterizado por una mano de obra fundamentalmente femenina, y poco formada. Todo ello hace prever una pérdida de empleo especialmente significativa entre una masa de trabajadores/as, especialmente vulnerable y con menos oportunidades de encontrar empleos alternativos. Factores todos que agravan el impacto social de la reestructuración del mercado del textil a nivel internacional.

Sin embargo, es de esperar que la pérdida de empleo en el sector textil en algunos países se vea en alguna medida compensada por la creación de empleo textil en otros países y en otros sectores de actividad. De este modo, es posible que a escala global se produzca un «trasvase» de mano de obra. Sin embargo, deberían ponerse las medidas para que éste *de facto* se produzca, y que la evolución sea de manera gradual, ordenada y acompañada por medidas de «amortiguación» para los países y sectores perjudicados.

Por otro lado, tras el fin del Acuerdo Multifibras, la mayor competitividad y tendencia a la baja en los precios en el mercado internacional, llevará previsiblemente a las empresas a demandar rebajas en los costes de producción. En general, en los países en desarrollo, como estrategia de atracción de capital extranjero, los recortes en costes laborales llevan hacia la precariedad debido la laxitud o falta de aplicación de los estándares internacionales. Es lo que se denomina *carrera de mínimos* en las condiciones de trabajo. A menos que se afronte de manera efectiva el vínculo entre respeto a estándares laborales y productividad, la caída de los precios supone una amenaza para las condiciones laborales.



En contextos con una cobertura legal ya precaria, esto puede llevar a incrementar la presión sobre el trabajador y recortar salarios y beneficios sociales, poniendo en juego el derecho a una vida digna para el trabajador. En esta dinámica, incluso aquellos países que habían hecho esfuerzos y empezaban a ver avances en la legislación laboral, podrían verse penalizados por ello dentro de la lógica del mercado al haber aumentado costes de producción⁽⁴⁾. Al tiempo, la liberalización del mercado favorece en cambio a los países donde la no aplicación de los estándares internacionales y la falta de derechos laborales permite producir a menor coste. Sin políticas que garanticen la aplicación de unos estándares mínimos a nivel internacional y que fomenten una «deslocalización responsable», la carrera hacia mínimos en el ámbito de los derechos laborales, se verá acelerada.

Amortiguar todos estos impactos, a través de un sistema de desaparición de las cuotas gradualmente a lo largo de los últimos diez años era el objeto del Acuerdo sobre Textiles y Vestido. Es por ello que no deja de ser llamativa la imprevisión de los gobiernos (especialmente del Norte, que limitaron la importación primero y decidieron eliminar las cuotas después) que se enfrentan ahora a las consecuencias de la liberalización, sin haber tomado prácticamente medidas de reestructuración de sus industrias que pudiesen mitigar hoy de manera efectiva los daños pronosticados.

Como resultado, en torno al mercado del textil y la confección existen hoy, sobre todo, muchas incertidumbres. Cómo evolucione el sector dependerá de cómo reaccione la industria de los países productores al aumento de competitividad, y de qué estrategias pongan en marcha los países importadores, que mantienen la posibilidad de regular los intercambios internacionales en el seno de la OMC.

El acceso a los mercados internacionales y la atracción de la inversión exterior directa son factores imprescindibles al desarrollo de los países pobres. Pero para que apertura de los mercados y la inversión exterior favorezcan el desarrollo sostenible, es necesario poner los instrumentos de regulación del mercado al servicio de los intereses de la población de los países más desfavorecidos y no al de los fines proteccionistas de las economías más potentes.

Fomentar el crecimiento económico a través de la inversión directa y generación de negocio, no necesariamente significa ayuda al desarrollo. El nuevo contexto de liberalización del sector textil, ofrece una ocasión para plantearse qué tipo de deslocalización, qué tipo de inversión y qué tipo de negocio son los que impulsan el desarrollo sostenible.

(4) En Marruecos, por ejemplo, a pesar de la reciente entrada en vigor del nuevo código laboral y aumento del salario mínimo, con la caída de precios desde 2005 la Asociación Marroquí del sector textil-confección (AMITH) está reclamando la liberalización del salario mínimo (<http://www.leconomiste.com>).



3 ESPAÑA Y MARRUECOS ANTE EL NUEVO CONTEXTO DE LA DESLOCALIZACIÓN TEXTIL

3.1. Características generales del proceso de deslocalización

El fenómeno de la deslocalización es propio de la dinámica de internacionalización de las economías y liberalización de los mercados. Consiste en ubicar ciertas fases del proceso de producción en localizaciones geográficas con ventajas respecto al mercado nacional. El fin de la deslocalización es aumentar la rentabilidad y competitividad de la empresa, y los factores que la inducen son principalmente ventajas en el país de destino en términos de (Lucio, 2004):

- Reducción de costes: en general costes laborales.
- Contexto favorable al negocio: condiciones políticas, fiscales o legales más permisivas.
- Recursos o externalidades positivas: recursos tecnológicos o mano de obra especializada. Facilidades en logística y distribución: mejor infraestructura y accesos a los mercados de destino.
- Diversificación de riesgos a través de la internacionalización.

En los procesos de deslocalización surgen una serie de ventajas y riesgos, tanto para el país de destino, como para el país de salida o «deslocalizador» (Lucio, 2004):

De destino	+	Aumento de la inversión exterior, generación de puestos de trabajo y riqueza a medio plazo.
	-	Las medidas de atracción de inversores suelen ir acompañadas de una «carrera de mínimos» en cuanto a legislación laboral, medioambiental y fiscal. Ello puede acarrear un coste social, ambiental y económico que comprometa la base productiva del país, hipotecando en algunos casos las posibilidades de un desarrollo sostenible a largo plazo. Inducido también por la deslocalización se produce cierta tendencia al empeoramiento de la oferta de empleo y niveles salariales de los trabajadores no cualificados.
De salida	+	A largo plazo, y desde una perspectiva macroeconómica, la deslocalización fomentaría la reducción del coste marginal de producción de las empresas, aumentando su rentabilidad y beneficio y contribuyendo a una economía más eficiente y productiva capaz de fomentar la innovación y creación de nuevo empleo a través de I+D.
	-	Pérdida de industria y de puestos de trabajo, con las cargas sociales que ello supone.



Los sectores industriales más proclives a la deslocalización son aquellos más intensivos en mano de obra y menos en tecnología, y por ello más adaptables y «móviles» como puedan ser la confección (textil y calzado) o el ensamblaje (muebles, juguetes, o electrónica).

En concreto para el textil–confección los destinos principales para la deslocalización europea, donde coinciden mano de obra barata y condiciones fiscales favorables son Europa del Este (en especial desde la ampliación), el Magreb (Marruecos y Túnez fundamentalmente) y el Sudeste asiático (China, la India, Vietnam, Indonesia, Sri Lanka o Bangladesh).

3.2. Intercambios en el sector entre España y Marruecos

El sector textil–confección atraviesa un momento complicado en España, y en mayor medida en Marruecos, donde en el primer trimestre de 2005, se perdieron 95.000 empleos, desapareciendo así el 30 % del empleo femenino en el país (Agencia Oficial de Estadísticas, mayo 2005).

Por otro lado en España, el Ministerio de Industria Turismo y Comercio contempla dentro de un plan de apoyo y promoción del sector, medidas de impulso a la deslocalización de las fases de producción con menor valor añadido, donde una industria con unos costes como la española es menos competitiva.

Dado que el textil representa un 43 % de las exportaciones de Marruecos hacia España, este contexto de cambio y las nuevas apuestas de competitividad podrían ofrecer oportunidades para la relación comercial entre ambos países. La deslocalización en Marruecos presenta posibilidades de reducción de costes para las empresas españolas, mientras Marruecos podría beneficiarse de la generación de empleo y la transferencia de tecnología desde España. En este marco, se abriría la ocasión para una evolución de la relación comercial hispano-marroquí más madura, estableciendo eventualmente una plataforma integradora de producción textil que podría ahorrar costes y potenciaría la industria a ambos lados del Mediterráneo.

Esta situación coincide en el tiempo con la aprobación de un nuevo código laboral marroquí, cuya aplicación sigue siendo un reto. En un contexto internacional tendente hacia la precarización laboral en el textil, Marruecos tiene ante sí la oportunidad de reforzar la aplicación de su código, y apostar por la observancia de estándares laborales internacionales como ventaja competitiva frente a otros destinos de deslocalización. De ello dependerá el tipo de inversión y de empresas que permanezcan o se implanten en el país.



Por otro lado, la bajada de los precios que fomenta la merma de condiciones laborales representa riesgos para la reputación de las empresas y la sostenibilidad del negocio (algunas empresas españolas, presentes en Marruecos, ya se han visto afectadas por ambas cuestiones). Por ello, es en interés de la propia empresa el revisar algunas de las prácticas comerciales en relación a su cadena de suministro. Es necesario buscar estrategias que compatibilicen prácticas de compras y de responsabilidad social, tendiendo hacia un modelo de negocio más coherente y sostenible a largo plazo.

3.3. Modelos de negocio textil-confección

En el sector textil-confección predomina el modelo *just in time delivery*, en un contexto donde mandan la estacionalidad y los cambios rápidos de colección que llevan a demandar a los proveedores plazos de entrega muy cortos, precios bajos, y mucha flexibilidad en la gestión de pedidos. Las exigencias del «más rápido», «más flexible» y «más barato», imprimen a los talleres de proveedores y a las cadenas de producción una presión que repercute sobre las condiciones laborales de las trabajadoras en forma de largas jornadas, contratación temporal o precaria, salarios insuficientes, etc.

Por otro lado, la deslocalización ha hecho aumentar los destinos geográficos de la producción, multiplicando el número de proveedores de la empresa. Derivado de esto, aparece la figura de los intermediarios y el distanciamiento geográfico entre los centros de decisión y el lugar del impacto de las operaciones. Así, se aboca a un contexto global donde las responsabilidades se diluyen y el rendimiento de cuentas se dificulta, contribuyendo a explicar en los últimos años unas condiciones laborales ínfimas al final de la cadena de suministro.

4 PROPUESTAS PARA UN NUEVO MODELO DE DESLOCALIZACIÓN TEXTIL

A continuación se presenta una serie de medidas que deberían facilitar esa deslocalización responsable por parte de la empresa. Enfocando hacia la compatibilización de políticas de compras y de responsabilidad social corporativa, se ha definido un *benchmark* de posibles buenas prácticas propuestas en la gestión de la cadena de producción. Estas 15 medidas, vinculadas a la cultura empresarial y a las relaciones con proveedores, debieran facilitar una mejora de la situación laboral de los trabajadores de las cadenas de producción, manteniendo al mismo tiempo la competitividad de la empresa.

Las medidas propuestas son resultado del análisis de los resultados de una investigación de ocho meses, que ha incluido un taller de identificación *multistakeholder* celebrado en España, una evaluación en terreno del nivel de aplicación de las «posibles buenas prácticas» (en base a las relaciones de diversas empresas españolas con sus proveedores marroquíes), y una valoración del eventual grado de repercusión positiva manifestado por las trabajadoras de esos talleres. Las 15 propuestas a las empresas del textil son:

1. Incorporar criterios de RSC en la gestión de la empresa.
2. Gestionar la capacidad de influencia política de las empresas para fomentar la aplicación de estándares laborales dignos.
3. Desarrollar estrategias de *marketing* que favorezcan la observancia de criterios sociales y laborales dignos por parte del proveedor.
4. Gestionar de manera eficiente los procesos de toma de decisión en los niveles superiores de la cadena de producción.
5. Establecer sistemas de comunicación, coordinación y coherencia entre los departamentos de compras y RSC.
6. Establecer un código de conducta de obligado cumplimiento para los proveedores.
7. Incorporar la observancia del código de conducta como criterio valorativo en la selección de proveedores.
8. Ajustar los pedidos a la capacidad de producción del proveedor.
9. Establecer un sistema de incentivos de los agentes de compra, que no perjudique la consideración de criterios éticos.
10. Cultivar una relación sólida con los proveedores a través de una comunicación directa, continua y fluida.
11. Efectuar una programación ajustada de los pedidos de la temporada.
12. Establecer medidas que faciliten al proveedor la gestión eficiente de los pedidos.
13. Abrir vías de negociación de precios sostenibles con los proveedores.
14. Respetar el precio y los plazos de pago acordados en la orden de pedido.
15. Introducir la variable del tiempo en la fijación del precio.



5 OBSERVACIONES DERIVADAS DEL ESTUDIO DE CASO

La investigación en terreno ha permitido advertir que existe una relación directa entre las prácticas de compra y el tipo de relación establecida entre cliente-proveedor por un lado y la sostenibilidad en la gestión de la cadena de suministro por el otro.

Se observa también una relativa adopción de buenas prácticas en la política de compras por parte de algunas empresas españolas, que sí estarían ofreciendo cierto margen de maniobra para una gestión más eficiente y sostenible de pedidos. Sin embargo, ello no implica necesariamente que las condiciones laborales en los talleres se hayan visto beneficiadas (al menos, no en Marruecos). Contribuirían a explicar esta situación, dos observaciones:

- 1: La aplicación de buenas prácticas por las empresas no es completa ni unánime.

Puesto que un proveedor tiene varios clientes, es posible que las empresas que no aplican buenas prácticas mitiguen el eventual impacto positivo de las que sí lo hacen. Por tanto, no sería suficiente el que una empresa en concreto introduzca determinadas buenas prácticas; sino que es necesario que sean asumidas por el conjunto del sector. Para que los cambios en las políticas de compras se den sectorialmente, tanto las empresas líderes que suponen el modelo del sector, como su patronal en España, FEDECON, tienen un importante liderazgo que asumir.

- 2: La gestión de los proveedores no acompaña en el proceso.

En términos generales se observa que los gerentes o jefes de las cadenas de producción no aprovechan los «márgenes de maniobra» ofrecidos por algunas empresas para mejorar su gestión y ofrecer mejores condiciones para las trabajadoras. Por ello, es necesario que también las empresas proveedoras apliquen criterios de responsabilidad social en su gestión. Las empresas clientes pueden velar por ello, con un seguimiento más estrecho de su cadena de suministro.

De cara al examen de viabilidad económica del *benchmark*, se han comparado los *márgenes brutos y operativos* de diversas empresas del sector. Se observa que, desde el punto de vista económico, la empresa que más ha aplicado el *benchmark* tendría desventajas en *margen bruto*, que se verían sin embargo compensadas con una mayor eficiencia operativa en otros conceptos, siendo su *margen operativo* similar al de otras grandes empresas. A falta de un análisis económico más sofisticado y concluyente, estos cálculos preliminares llevarían a pen-



sar que la introducción de prácticas de compra más compatibles con la política de RSC de la empresa, no comprometen su rentabilidad.

6 CONCLUSIONES

El reto de la deslocalización responsable ha sorprendido a la industria textil española, cuyo grado de conocimiento y desarrollo de la responsabilidad social es irregular y con carencias que, como la transparencia informativa, impiden avanzar de manera eficaz. Sin embargo, existen ejemplos a nivel internacional, y alguna iniciativa a nivel nacional que indican que la misión es posible.

El desarrollo de estrategias de RSC efectivas y coherentes con el negocio ofrecería a la empresa oportunidades desde el punto de vista de la eficiencia y el análisis de riesgos. Máxime, ante los potenciales daños sobre la reputación de marca y la sostenibilidad de la inversión a largo plazo, que implican situaciones de precariedad laboral e impactos sociales y ambientales a lo largo de la cadena de producción.

La coordinación, comunicación, y mejor previsión ahorran costes que permiten mejorar la eficiencia en la cadena de producción. Todo ello requiere colaboración con proveedores en la mejora de la capacidad de su gestión empresarial y laboral, compartir información en el proceso de toma de decisiones, abrir vías de negociación de precios, transparencia en condiciones y términos de pago, garantías en cuanto a condiciones laborales dignas, etc. En definitiva, cultivar un esquema de relación sostenible con la cadena de suministro. Aunque algunas empresas han dado ya pasos en esta línea, en las relaciones cliente-proveedor el precio sigue primando como factor de competitividad, sobre otros factores como la rentabilidad, sostenibilidad o el análisis de riesgos a medio y largo plazo.

Quizás por ello, en la actualidad las medidas de compatibilización del negocio y la responsabilidad social se aplican de manera insuficiente, al menos entre las empresas españolas presentes en Marruecos. Es necesario hacer un llamamiento a las empresas líderes y a la patronal del sector en España, FEDECON, para que asuman su liderazgo en la difusión y promoción de la RSC y su reconciliación con el modelo de negocio. También es importante que los proveedores se comprometan en el pleno respeto de la legislación laboral y en la aplicación de criterios de responsabilidad en su gestión.

Sin embargo, para superar con éxito la supresión del Acuerdo Multifibras y evitar que éste genere mayores impactos sociales y económicos, Gobiernos de países importadores y exportadores, instituciones internacionales y sociedad



civil deben aliarse con la industria. Medidas necesarias serían la asistencia técnica y financiera, medidas positivas de acceso mercados vinculado al respeto de estándares laborales, promoción de la responsabilidad social con certificaciones o «etiquetado social». La aplicación fiable de los estándares internacionales, garantías de cobertura social, formación y reubicación de los trabajadores desempleados, lucha contra la corrupción e ineficiencias burocráticas, también pueden potenciar una relación positiva entre competitividad, y empleo en condiciones dignas. Todas estas medidas fomentarían una inversión «pro desarrollo» y una deslocalización responsable.

El actual contexto de intercambios entre España y Marruecos en el sector textil- confección, permite vislumbrar en el marco de las relaciones comerciales de la zona paneuromediterránea oportunidades para convertir la aplicación de estándares laborales internacionales en un valor añadido para la inversión. El establecimiento de incentivos comerciales vinculados a estándares laborales y criterios de RSC sería una línea de investigación interesante de cara al futuro.



Documentación



1 Plan Estratégico del Tercer Sector de Acción Social. 231





Plan Estratégico del Tercer Sector de Acción Social

Contribuir al desarrollo social y a la vertebración de la sociedad civil, promocionando la participación plena, la defensa de la libertad y la igualdad, la inclusión y la cohesión social de todas las personas y grupos que la integran

[EXTRACTO]

Nota aclaratoria. - La extensión del Plan no nos permite reproducirlo en su integridad. Por eso optamos por presentar íntegramente tanto la Definición como la Visión y Misión del tercer sector de acción social, como los Objetivos estratégicos y las Líneas de acción del Plan. Del resto, especialmente del Marco conceptual, solamente señalaremos su índice, remitiendo al texto completo que se puede obtener en la Plataforma de Ong de Acción social⁽¹⁾.

Sumario

1. Introducción. 2. Definición del Tercer Sector de Acción Social. 3. Visión. 4. Misión. 5. Marco conceptual. 6. Objetivos estratégicos y líneas de acción.

1 INTRODUCCIÓN

El Plan Estratégico del Tercer Sector de Acción Social es un paso adelante en la reflexión interna de las organizaciones no lucrativas que se ocupan de la acción social en España.

La iniciativa surgida en el Consejo Estatal de ONG de Acción Social se fraguó con la creación del Grupo de Trabajo del Plan Estratégico en noviembre de 2003, realizando una fase de consultas y acuerdos para delimitar la misión, la visión y autodefinición del sector, y la revisión de fuentes secundarias para preparar un diagnóstico preliminar del sector. A partir de este diagnóstico preliminar, se estableció un proceso de consultas utilizando el máximo número de técnicas posibles (entrevistas en profundidad, encuestas, talleres, foro en Internet), con el fin de asegurar el acceso del mayor número de organizaciones del sector. Para dinamizar esta fase del proceso se contó con el trabajo de un equipo consultor externo (Folia Consultores, S. L.) que contribuyó a enriquecer la metodología acordada. El resultado fue un diagnóstico del tercer sector de ac-

(1) Se puede consultar el texto completo en <http://www.plataformaongs.org/Documental/CentroDocumentacion.asp?idCat=15>.



1 Plan Estratégico del Tercer Sector de Acción Social

ción social que ha servido como base para el establecimiento de prioridades consensuadas dentro del Grupo⁽²⁾.

Podemos concluir que este plan es fruto del consenso y el diálogo dentro de un ámbito heterogéneo y diverso, formado por múltiples organizaciones y entidades de muy diverso signo y tamaño, y que refleja básicamente los acuerdos sobre hacia dónde quiere dirigirse el sector en los próximos años, cómo quiere ser y cómo desearía ser visto. Y, presentado al Pleno del Consejo Estatal de ONG de Acción Social, fue refrendado y respaldado en su sesión del 9 de febrero del presente año.

2 DEFINICIÓN DEL TERCER SECTOR DE ACCIÓN SOCIAL

El tercer sector de acción social es el ámbito formado por entidades privadas de carácter voluntario y sin ánimo de lucro que, surgidas de la libre iniciativa ciudadana, funcionan de forma autónoma y solidaria tratando, por medio de acciones de interés general, de impulsar el reconocimiento y el ejercicio de los derechos sociales, de lograr la cohesión y la inclusión social en todas sus dimensiones y de evitar que determinados colectivos sociales queden excluidos de unos niveles suficientes de bienestar.

3 VISIÓN

El tercer sector de acción social es un espacio social autónomo que trabaja en la definición y extensión de los derechos sociales potenciando la participación de la sociedad civil de modo vertebrado y coordinado, es respetado por los diferentes sectores y participa activamente en la definición, ejecución y evaluación de políticas públicas, apostando por la transparencia, participación, sensibilización, denuncia/reivindicación y eficacia en sus acciones.

Las organizaciones del sector social están contribuyendo, junto a otros agentes sociales y públicos, al desarrollo social de forma activa, real y efectiva de cara a la creación de una sociedad accesible en la defensa y extensión de los derechos sociales, sobre todo de los grupos vulnerables y excluidos, a través del fomento de la participación social.

El desarrollo social, por ello, no debe ser una mera declaración de derechos, sino hacerse viable y visible a través de la garantía del ejercicio de esos derechos, de la promoción de las condiciones que hacen real ese ejercicio, y de la re-

(2) También se puede consultar el texto del diagnóstico en la dirección electrónica de la nota 1.

alización de una sociedad accesible a los colectivos más vulnerables sin exclusión ni discriminación por motivo alguno, y con la participación de todas las personas. Por ello, el sector social está incrementando su capacidad para participar proactivamente en la definición, realización y evaluación de las políticas.

Las organizaciones del tercer sector de acción social forman parte del conjunto de instituciones que intervienen en el desarrollo social de las personas optimizando la participación social y la satisfacción de las necesidades humanas, especialmente en el caso de los grupos más vulnerables de la sociedad.

Por ello, las organizaciones no lucrativas del sector social promueven el desarrollo social desde lo que les es propio, es decir, desde los valores añadidos, como los ligados a la creación de capital relacional y desarrollo y promoción de los derechos sociales; es decir, lo que se suele denominar crear sociedad, que constituyen los intangibles sociales como aportación cualificada del sector social. Estos valores que están situados en el primer lugar de la acción del sector social.

El tercer sector de acción social es, pues, un ámbito institucional que satisface necesidades de producción, distribución e integración social guiadas por los valores de la solidaridad, la igualdad de oportunidades y no discriminación y la participación. Por ello, interviene en el campo social desde su identidad, ocupando su propio espacio y liderándolo.

La consolidación del sector como espacio social autónomo ha potenciado su capacidad para hacer visibles los intangibles sociales imprescindibles para el desarrollo social. Por ello, el denominado tercer sector de acción social es hoy reconocido como una institución o conjunto institucional que, a diferencia del Estado y el mercado, está orientado de manera particular al desarrollo social.

Las entidades sociales no lucrativas realizan sus funciones desde la lógica del desarrollo social, por lo que no deberían actuar como suplentes ni sustitutos de las obligaciones del Estado. Se debe crear, en consecuencia, el marco adecuado para el desarrollo de la iniciativa social sin que el Estado reduzca su compromiso de garantía de los derechos sociales. No se trata, por ello, de un juego de suma cero, a más sociedad menos Estado, sino de articulación sinérgica de las potencialidades de todos.

Una vez establecido de forma consensuada el estatuto y el rol de las entidades no lucrativas de acción social, se deben potenciar las relaciones entre el sector social y los dos otros ámbitos, articulando el principio de responsabilidad pública junto con el principio de responsabilidad social, así como uno y otro en relación con el principio de responsabilidad corporativa. Ello permite clarificar las relaciones del sector social de colaboración, de cooperación y de complementariedad, así como de propuesta, exigencia y reivindicación con los



otros dos ámbitos. En definitiva, el sector social está trabajando en la vertebración de la sociedad civil, función que es reconocida y apoyada por el conjunto de sectores sociales y, especialmente, por los poderes públicos.

Para ello, en este sector se han dado pasos importantes en la estructuración de la diversidad de entidades y organizaciones, no sólo por colectivos, sino también de sus objetivos estratégicos conjuntos. Por ello, se está haciendo frente a la dispersión, la descoordinación, las duplicidades. Y todo ello no sólo en relación a las problemáticas sociales, o de los distintos grupos sociales, sino en los diversos niveles (estatal, autonómico, local).

La autonomía del sector no lucrativo se ha reforzado, pues ha ido ganando peso su capacidad de intervención en los problemas sociales más relevantes para el bienestar colectivo, sobre todo respecto de los grupos sociales excluidos; su capacidad de captación de recursos diversificados que redunde en una mayor independencia económica y una mayor solvencia, debe contribuir a garantizar su efectividad social.

Sin perjuicio de las mejoras en la capacidad de gestión del sector, es necesario un marco financiero adecuado que constituya una garantía de independencia, lo que dará mayor respaldo a su capacidad de incidir en las políticas sociales. Por ello, se considera que la clarificación de la financiación de las acciones de este sector es uno de los puntos nodales para la realización de sus objetivos estratégicos.

La creación de conciencia de responsabilidad social está siendo ejercida por el conjunto del sector y de sus entidades como una cuestión válida en sí misma, y no sólo de tipo instrumental. Se está planteando como conciencia de participación de la propia sociedad civil a través de las organizaciones de este sector y como objetivo estratégico del mismo sector, pues se entiende que le es exigible para mejorar su credibilidad social.

La responsabilidad social, por tanto, se está realizando en doble dirección: desde el sector social como vehículo del compromiso de la sociedad, y desde la propia sociedad como pacto y respuesta compartida. Así se ha generado una conciencia social activa y actuante que:

- 1) revela la situación del desarrollo social;
- 2) identifica las condiciones de satisfacción de las necesidades y del desarrollo de los derechos sociales;
- 3) exige la responsabilidad pública y la responsabilidad corporativa;
- 4) demanda la participación cívica para una responsabilidad solidaria de la propia sociedad en su conjunto.

Desde la clara conciencia de que la responsabilidad social tiene diversas vertientes, el tercer sector de acción social promueve la participación de la ciudadanía en las organizaciones sociales y el voluntariado en general. Se dirige al conjunto social creando información, conciencia y opinión en relación con el desarrollo de los derechos sociales y con el papel de la sociedad civil organizada, así como demandando participación y respuesta en estos aspectos.

Esta incidencia social se realiza de forma activa con la promoción de diversos medios de información y presencia pública, así como por el desarrollo de actividades de investigación, conocimiento y difusión del tercer sector, su dimensión y sus actividades, las tendencias que surgen, los temas que preocupan al conjunto social, y las formas de participación, colaboración y apoyo de la sociedad civil a las entidades que la vertebran.

Con relación a los principios organizativos de las entidades que integran el tercer sector de acción social, podemos afirmar que son expresión de los valores que las identifican en el conjunto de redes existentes y sirven de base para su actuación:

1. El trabajo del tercer sector de acción social se basa en estrategias colectivas. El modelo de organización prioriza las acciones colectivas sobre las individuales, desde valores como la responsabilidad, la solidaridad, el compromiso y la generosidad.
2. Para llevar adelante su tarea, el tercer sector de acción social se esfuerza por desarrollar una sinergia entre su visión y sus métodos de trabajo que favorezca el fomento del tejido asociativo a través de valores como la solidaridad, la cooperación y el desarrollo.
3. El tercer sector de acción social fomenta la no discriminación de los colectivos objeto de la intervención por motivos de género, de origen racial o étnico, religión o convicciones, discapacidad, edad, orientación sexual, o clase social. Todas las entidades pertenecientes al tercer sector de acción social deben garantizar la dignidad de las personas y colectivos vulnerables desde los valores de respeto, igualdad de oportunidades y tolerancia.
4. La transparencia basada en la calidad y la ética es la base de la gestión de las acciones desarrolladas por el tercer sector de acción social y las entidades que lo forman. El sector organiza sus trabajos de manera democrática y transparente, respetando la propia idiosincrasia de cada entidad.



4 MISIÓN

Las organizaciones del tercer sector de acción social en España tienen como misión contribuir al desarrollo social y a la vertebración de la sociedad civil, promocionando la participación plena, la defensa de la libertad y la igualdad, la inclusión y la cohesión social de todas las personas y grupos que la integran.

Las organizaciones del tercer sector de acción social trabajan por la promoción y defensa de la libertad y la igualdad de todas las personas, y de los grupos en que se integran, para que éstas sean realidades efectivas de hecho y de derecho, y por la promoción de la plena participación social, para la inclusión y la cohesión social, y están comprometidas en la lucha contra la exclusión social y por la erradicación de las situaciones de marginación y discriminación social.

La vertebración de la sociedad civil en su contribución al desarrollo social es el objetivo fundamental del tercer sector de acción social en España, y deben crearse e impulsarse las condiciones para que sus entidades miembros, y el sector social en su conjunto, puedan cumplir sus objetivos en el ámbito estatal y autonómico dentro de un espacio social autónomo, expresión del compromiso organizado de una sociedad civil participativa para la consecución de una sociedad accesible y solidaria. El reconocimiento y aceptación de esta función por el conjunto de actores sociales y por los poderes públicos se convertirá en un objetivo expreso y continuado del tercer sector de acción social.

La autonomía del tercer sector debe ir ganando peso por la capacidad de intervención en los problemas sociales más relevantes para el bienestar colectivo, sobre todo de los grupos sociales vulnerables; por la mejora en la captación de recursos y en una independencia económica; y por una mayor solvencia social y efectividad social. La responsabilidad social, así como la claridad y transparencia en la acción social, serán elementos de ocupación constante como crisol de la credibilidad social del sector.

Finalmente, el logro de estos objetivos compromete a las organizaciones del tercer sector de acción social en España a favorecer el mutuo intercambio de experiencias y el conocimiento entre las entidades que lo conforman, así como la colaboración entre las administraciones públicas, el mundo empresarial y el resto de organizaciones del tercer sector.

5 MARCO CONCEPTUAL

El Plan del Tercer Sector de Acción Social trata de llegar a consensos que permitan establecer cuál es el marco ideológico desde el que se propone el for-

talecimiento del sector, cuál es el ideal social por el que está dispuesto a trabajar, qué líneas de acción estratégica está asumiendo y con qué criterios metodológicos y organizativos propone desarrollarlas. Es decir:

- ¿Qué se quiere transformar y desde qué posición quiere hacerse?
- ¿Qué modelo de sociedad se está defendiendo y con qué valores y principios?

De la respuesta a estas preguntas va a depender en gran parte su fortalecimiento en su conjunto, ya que en la medida en que las entidades se adhieran a este modelo, se consolidará su identidad común y de trabajo en pro de una sociedad vertebrada, consciente, y en la que se garanticen los derechos sociales.

Este consenso es imprescindible para caminar juntos. Creemos sinceramente que con una referencia de posición común y un acuerdo sobre las líneas estratégicas del tercer sector de acción social, será más fácil ajustar, en un proceso de planificación permanente y participada, los objetivos institucionales de cada entidad y de todo el sector coordinadamente.

Se evidencia la necesidad de precisar el marco teórico desde donde actúa el tercer sector de acción social, abriendo un debate sobre conceptos claves que orienten hacia objetivos compartidos. La identidad del tercer sector de acción social se verá reforzada en la medida en que se construya un bagaje común en torno a cuál es su papel social y qué hay detrás de conceptos que se consideran valores añadidos propios como:

- Búsqueda de justicia social.
- Igualdad de oportunidades.
- Inclusión.
- Participación social.
- Solidaridad.
- Ética.
- Transformación.

El trabajo realizado en el documento del Plan, elabora el Marco conceptual con el siguiente índice temático:

EL MARCO DE LA GARANTÍA DE LOS DERECHOS SOCIALES

La ciudadanía con derechos.



LOS PRINCIPIOS DE LA ACCIÓN SOCIAL

La inclusión como objetivo.

La perspectiva de género como enfoque.

La participación social como estrategia y el voluntariado como espacio y modelo de participación social.

El marco institucional de la participación social.

Favorecer la participación social de los colectivos en riesgo de exclusión.

El voluntariado, espacio de participación social.

Asociacionismo y voluntariado son espacios de participación social diferentes pero ambos válidos.

LOS PRINCIPIOS DE LA CULTURA ORGANIZATIVA DE LAS ENTIDADES DEL TERCER SECTOR DE ACCIÓN SOCIAL

Cultura organizativa del tercer sector de acción social.

6 OBJETIVOS ESTRATÉGICOS Y LÍNEAS DE ACCIÓN

Establecer para el tercer sector de acción social un conjunto de propuestas estratégicas para la acción significa un avance sumamente positivo; en primer lugar, porque es fruto de una iniciativa que tiene voluntad de conseguir dicho avance, y resultado de análisis y debates participados por el sector; y en segundo lugar, porque supone una plataforma marco que puede contribuir a introducir definitivamente en el tercer sector de acción social una cultura de diálogo y de acción conjunta.

Estas propuestas, pues, son el resultado del consenso que, en la medida en que vaya siendo más participado, sin duda ha de contribuir al fortalecimiento buscado por el tercer sector de acción social.

El tercer sector de acción social tiene planteados diversos retos con múltiples soluciones posibles:

- El reto de consolidarse desde una enorme heterogeneidad de asociaciones, fundaciones, colectivos, organizaciones y entidades que se posicionan de formas diferentes ante la realidad, hacia un discurso común y compartido.

- El reto de conseguir la autonomía e independencia imprescindibles para mejorar la eficacia en sus objetivos, combinando la colaboración con las administraciones públicas, la coordinación intrasectorial, la presencia en el mundo de la prestación de servicios y la impronta necesaria sobre los medios de comunicación.
- El reto de organizarse en cada entidad y entre las que componen el tercer sector de acción social desde principios y valores propios, y a la vez garantizar que se aumentan las posibilidades reales de inclusión y de garantía de derechos sociales de personas y colectivos ahora en riesgo.

El marco conceptual nos lleva a una doble conclusión: es preciso superar algunas situaciones, son necesarios cambios para hacer del tercer sector de acción social un espacio más eficaz para conseguir sus objetivos, y es imposter-gable un diálogo y mayor participación.

Estos objetivos y líneas de acción deben implicar a todas las instancias que toman parte en la actuación del tercer sector de acción social: organizaciones, líderes, personal voluntario y personal remunerado; y también a los organismos y personas a cargo de la promoción del sector desde las administraciones públicas. Muy especialmente se ha de involucrar al Consejo Estatal de ONG de Acción Social, como estructura con vocación de liderar y promover este proceso. Si hay algo que se evidencia con claridad, es que sólo será posible si funciona la cooperación entre cuantos agentes forman parte de la gestión del bienestar de la ciudadanía.

Este marco que ahora se presenta es una propuesta que precisa impulso, que se adquieran compromisos, que se superen resistencias, que se llegue a acuerdos lo más amplios posible, que se sistematicen los logros y se visibilicen... Es decir, es preciso todo un trabajo intencionado.

Por tanto, el objetivo de este apartado es concretar aún más los retos y compromisos que se vislumbran en el futuro del sector.

El análisis desarrollado lleva a proponer la consecución de tres objetivos estratégicos:

1. Fortalecer la construcción social del tercer sector de acción social.
2. Dotar al tercer sector de acción social de un marco claro de autorregulación del conjunto de la acción y, en particular, de la prestación de servicios desde las organizaciones.
3. Mejorar el consenso sobre los principios esenciales de la cultura organizativa del tercer sector de acción social.



A cada uno de estos objetivos estratégicos le corresponden unas líneas de acción que apoyen su consecución. La propuesta de las líneas de acción de cada objetivo se realiza teniendo en cuenta las fortalezas específicas del tercer sector de acción social, lo que ha permitido valorar las mejores alternativas sobre qué medios pueden ser los más idóneos para conseguir los objetivos.

Objetivo estratégico 1: Fortalecer la construcción social del Tercer Sector de Acción social

Sobre la **identidad y la imagen del tercer sector de acción social** podemos destacar las siguientes debilidades:

- Dificultades en la búsqueda de un lugar social en el Estado de bienestar desestructurado.
- Imagen social difuminada y fragmentada.
- Marco regulador excesivamente dirigista y falta de autorregulación.
- Debilidad y dependencia financiera.

Estas debilidades tienen, a su vez, causas que se derivan del entorno en el que se desarrolla el tercer sector de acción social (el marco regulador, por ejemplo) o de cómo se ha autoorganizado el propio sector (la falta de debate intersectorial para situar su papel social, por ejemplo). Las relaciones entre causas y consecuencias en este apartado están muy imbricadas y reproducen una compleja realidad en la que la relación causa-efecto forma un círculo de apariencia muy cerrada, donde el tercer sector de acción social ha de buscar una salida por alguna parte.

A partir del análisis, el principal problema identificado es la **insuficiente construcción social del tercer sector de acción social**, que tiene menor entidad que su construcción administrativa o su credibilidad social.

Este problema tiene como consecuencias principales:

- La débil conciencia de pertenencia de las entidades que conforman el tercer sector de acción social, causa y consecuencia a su vez de la falta de datos fiables que, por ejemplo, se encuentran sobre el sector, dado que si bien no hay registros actualizados, tampoco las entidades los reclaman.
- La debilidad sectorial para conseguir autonomía financiera a partir de una posición firme con las entidades privadas y públicas y, como

se está previendo, que la prestación de servicios es la panacea para lograrla, aunque sin un posicionamiento claro del marco de tal prestación.

- El uso de estrategias comunicativas, comerciales y de marketing, que tienen como fin conseguir fondos a corto plazo o comunicar actividades puntuales, pero que no derivan en un mejor conocimiento de la población de los fines de las entidades, ni de su papel diferenciado de las distintas administraciones públicas o de las entidades privadas inscritas en el ámbito mercantil de la prestación de servicios.

Como consecuencia de esta situación, el tercer sector de acción social reflexiona sobre si sus modelos organizativos son los válidos para aceptar el reto de la mercantilización de los servicios, y las organizaciones se mueven (intencionadamente unas veces, dirigidas otras) entre la tendencia a sobrevalorar los modelos organizativos del mercado o la de agruparse en redes que tienen dificultades para fortalecer a las pequeñas organizaciones.

La falta de autonomía financiera debilita el tercer sector de acción social que opta bien por reclamar aún más regulación, unas reglas de juego aún más rígidas, bien por desvincularse con el pretexto de la desconfianza hacia los canales creados para la interlocución con las administraciones públicas.

Es, igualmente, la falta de autonomía financiera derivada de la debilidad de construcción social del tercer sector de acción social, la que provoca un uso abusivo de los medios de comunicación o de estrategias publicitarias para conseguir fondos de forma inmediata sin una explicación transparente sobre los fines y objetivos de la acción que se quiere financiar, lo que incide negativamente en la imagen social y aumenta la dificultad de concebir a las organizaciones como espacios de participación social.



RETOS DEL TERCER SECTOR DE ACCIÓN SOCIAL PARA FORTALECER SU CONSTRUCCIÓN SOCIAL

En cuanto a identidad y búsqueda de un espacio social dentro del Estado de bienestar desestructurado

- El tercer sector de acción social tiene que crecer cualitativamente, consolidarse y lograr una mayor autonomía sin perjuicio de sus relaciones con las administraciones públicas.
- Su funcionamiento autónomo debe aprovechar las experiencias organizativas de la heterogeneidad de identidades que podrían estar conformando el sector.
- Diálogo intrasectorial: Búsqueda de mayor diálogo social, en general, sobre los cambios que el Estado de bienestar adopta hacia la producción mixta del bienestar.
- Cohesión y fortalecimiento a partir de la declaración y adscripción explícita a causas sociales y una mayor identificación con problemas sobre el acceso a los derechos sociales.
- Posicionamiento político y búsqueda de base social.
- Revisión y atención en clave de autoevaluación sobre los procesos de mercantilización, clientelismo y burocratización.
- Definición de un modelo de participación voluntaria acorde a los fines y causas sociales del tercer sector de acción social.

RETOS DEL TERCER SECTOR DE ACCIÓN SOCIAL PARA FORTALECER SU CONSTRUCCIÓN SOCIAL

En cuanto a imagen, definición más nítida sobre la motivación del tercer sector de acción social y la conciencia de responsabilidad social

- Calidad, transparencia y responsabilidad ética (códigos).
- Mejorar la imagen social bajo una perspectiva ética y socialmente acorde con sus causas.
- Evaluación autocrítica sobre el uso de la comunicación como herramienta de financiación en busca de beneficios inmediatos y hacia la búsqueda de estrategias de comunicación destinadas a:
 - la sensibilización para incidir en la sociedad más eficientemente en función de los principios y causas sociales del tercer sector de acción social;
 - la construcción de conciencia de responsabilidad social como una cuestión válida en sí misma y no sólo de tipo instrumental;
 - la creación de conciencia de participación de la propia sociedad civil como objetivo estratégico del sector, exigible para mejorar su credibilidad social;
 - mejorar el nivel de representatividad pública ante la sociedad y las administraciones públicas para mejorar la credibilidad y la confianza interna y externa de las formas de liderazgo sectorial.



En cuanto a la regulación, propuestas para la colaboración más efectiva y para la autorregulación en aras de la autonomía del tercer sector de acción social	• Búsqueda de fórmulas para establecer formas de relación con las administraciones públicas basadas en la colaboración real. • Revisión de la institucionalización de la participación voluntaria en forma de estructuras y plataformas de entidades colaboradoras de la acción estatal que gestionan recursos públicos provocando dependencia financiera. • Revisión de la institucionalización de las formas de legitimación de las políticas de asistencia social a los grupos menos favorecidos y los modos de actuación que actualmente conlleva. • Establecimiento de un censo y registro eficaz de entidades del tercer sector con criterios claros de adscripción.
---	---

A partir de estos retos, se plantean los siguientes **objetivos y líneas de acción** hacia el objetivo estratégico de fortalecer la construcción social del tercer sector de acción social.

OBJETIVO 1: SE INCREMENTA LA CONCIENCIA DE PERTENENCIA DE LAS ENTIDADES VALORANDO LA DIVERSIDAD DEL SECTOR Y LOS PRINCIPIOS QUE LE PROPORCIONAN VALOR AÑADIDO SOBRE OTROS SECTORES

Líneas de acción:

1.1. Debate intrasectorial sobre:

- Los derechos sociales actuales y el papel de las organizaciones del tercer sector de acción social en su defensa.
- La producción mixta del bienestar y el papel de las organizaciones del tercer sector de acción social como prestadoras de servicios.
- El papel de la participación social en la consolidación del tercer sector de acción social y los modelos consecuentes de la misma (voluntariado, entre otros).

1.2. Sistematización y difusión de buenas prácticas organizativas teniendo en cuenta la diversidad de fórmulas jurídicas (entidades singulares, asociaciones, fundaciones), de ámbitos de actuación, valores y culturas organizativas.

1.3. Coordinación intrasectorial basada en la eficacia de la garantía de los derechos sociales de la población de un territorio: inclusión comprensiva de la realidad, cooperación entre asociaciones de mayor y menor tamaño, trabajo en red, coordinación en las demandas ante la administración pública de distintos niveles.

**OBJETIVO 2: SE CLARIFICAN LAS FUENTES DE FINANCIACIÓN, LOGRANDO QUE SEAN COHERENTES CON LA IDENTIDAD Y FINALIDAD DEL SECTOR, TANTO DESDE EL ÁMBITO PÚBLICO COMO DESDE EL PRIVADO**

Líneas de acción:

2.1. Debate intrasectorial sobre:

- Marcos de autorregulación (códigos de conducta y condiciones para la negociación con la administraciones públicas) para la participación del tercer sector de acción social en la producción mixta del bienestar.
- Marcos de autorregulación (códigos de conducta) para las relaciones del sector con las entidades privadas desde la exigencia de su responsabilidad social corporativa.

2.2. Sistematización de buenas prácticas de colaboración financiera con entidades privadas.

2.3. Búsqueda de fórmulas de financiación de las entidades con las administraciones públicas que hagan viable la función del tercer sector de acción social.

2.4. Información transparente y permanente sobre los mecanismos de financiación y promoción pública de las entidades.

OBJETIVO 3: SE CONSOLIDA LA IMAGEN PÚBLICA DEL SECTOR E INCREMENTA SU CREDIBILIDAD, LO QUE LE PERMITE AMPLIAR SU BASE SOCIAL

Líneas de acción:

3.1. Debate intrasectorial sobre:

- Códigos éticos para la comunicación del tercer sector de acción social.

3.2. Trabajar con los medios de comunicación a partir de la información que proyectan sobre la identidad del tercer sector de acción social, visibilizando su papel social y su interpretación de la participación social.

3.3. Definición de una estrategia de comunicación e información que incorpore la generación de conciencia de participación social como medio para mejorar las políticas públicas y generar conciencia social.

3.4. Elaboración de criterios para un sistema claro, transparente, incluyente y permanentemente actualizado para la elaboración de un censo de las entidades del tercer sector de acción social, que permita contribuir a la construcción social del sector.

Objetivo Estratégico 2: Dotar al tercer sector de acción social de un marco claro de autorregulación del conjunto de la acción y en particular de la prestación de servicios desde las organizaciones

Al analizar el área relacionada con **la acción de las entidades y del sector**, se encuentra que las siguientes debilidades tienen especial relevancia:

- Hay diferentes enfoques sobre cuál es el papel que tiene el tercer sector de acción social en el actual Estado de bienestar. No se ha producido debate intrasectorial suficiente sobre esta cuestión.
- Se producen enfoques distintos cuando las entidades del tercer sector de acción social realizan prestación de servicios como parte (o en exclusiva) de su acción.
- No hay una visión clara sobre cuáles deben ser las relaciones entre el tercer sector de acción social y el mercado.

Las raíces de estas debilidades se pueden encontrar en cómo, en un contexto nacional e internacional poco favorable a un debate público sobre los derechos sociales y su defensa, se ha adoptado por parte del Estado un modelo de producción mixta de bienestar en una coyuntura de incremento de la demanda social de servicios sociales y con unas organizaciones sociales con pocos recursos.

Todo ello contribuye a generar un entorno competitivo en la prestación de servicios sociales cuando las organizaciones sociales aún no han definido con claridad su concepción subsidiaria o complementaria, lo que favorece que las administraciones públicas puedan instrumentalizar al tercer sector de acción social a través de la financiación de sus servicios.

Las consecuencias de la falta de autorregulación de la acción del tercer sector de acción social, y particularmente de la prestación de servicios, se evidencian en la competencia que se produce, tanto interna como en el marco del mercado, y en cómo se confunden en ocasiones los objetivos de las diferentes administraciones, que son las que finalmente financian a las organizaciones, con los de las propias entidades.

La competencia y falta de autorregulación favorece que el sector quede definido por quienes no son tercer sector de acción social: el mercado, en tanto en cuanto delega la acción de las organizaciones a aspectos marginales de la realidad donde no hay posibilidad de beneficios, y la Administración que fija los objetivos y los medios. A medio plazo, las organizaciones corren el riesgo de perder sus propios valores y objetivos y la perspectiva sobre problemas de nuevos protagonistas sociales, es decir, su función innovadora y reveladora de nuevas situaciones de riesgo de exclusión y de falta de derechos sociales.



RETOS EN CUANTO A LA ACCIÓN

Sobre la definición de acción social concerniente al tercer sector de acción social: **ubicar sin complejo al tercer sector de acción social dentro del espacio social**

- El concepto de ciudadanía y bienestar social que se maneja desde el sector es en ocasiones ambiguo y contradictorio. Un debate cuyo objetivo fuese alcanzar un **consenso de criterios mínimos** facilitaría, entre otras cosas, la relación con el Estado en el ámbito reivindicativo y la postura pública del sector respecto al sistema de bienestar que promueve.
- El posicionamiento del sector sobre los **derechos sociales** debería ser más específico en torno a derechos concretos, en especial sobre los de tercera generación. Un debate sobre derechos y responsabilidad social proporcionaría al sector la posibilidad de mostrar su diversidad de posturas de forma más directa.
- Sería interesante que el sector en su conjunto hiciese un esfuerzo en la identificación de **temas transversales** relativos al bienestar social y a los derechos sociales. Ello favorecería la acción conjunta de entidades, el logro de objetivos conjuntos y un modelo de bienestar más cohesionado.
- El debate sobre la **prestación de servicios** debería incluir fórmulas de colaboración o diferenciación con las empresas lucrativas de acción social.
- La **acción para la inclusión**: el tercer sector de acción social reivindica un espacio no mercantil y un espacio de complementariedad con el Estado para favorecer la garantía de la inclusión y otros derechos sociales dentro del modelo de producción mixta del bienestar. Por tanto, hay que insistir sobre:
 - Los objetivos de la acción social: a) hacer visible la exclusión, b) movilización de agentes, y c) participación en la cobertura de necesidades de manera subsidiaria y complementaria con el Estado, que es garante de derechos.
 - ¿De qué derechos estamos hablando? ¿Qué entendemos por bienestar? La respuesta a estas preguntas debe ser una contribución desde la identidad del tercer sector de acción social.
 - La participación cualitativa y cuantitativamente satisfactoria que el tercer sector de acción social debe tener en la construcción de políticas sociales.
- Las entidades no lucrativas ofrecen calidad en los servicios, no sólo por motivo de competencia sino de identidad, ya que ofrecen un valor añadido que hay que preservar y potenciar:
 - Cercanía y flexibilidad.
 - Conocimiento del contexto local.
 - Menos burocratización (no ser agencias de servicios).
- Esfuerzo para reforzar cualitativamente la tendencia a adoptar modelos de gestión empresarial en busca de eficacia y calidad, también desde las entidades pequeñas.



Sobre la definición de acción social concerniente al tercer sector de acción social: **ubicar sin complejo al tercer sector de acción social dentro del espacio social**

- Ante la privatización de los servicios sociales y el subsiguiente cambio en la estructura social y política, varios retos:
 - El reto de no abandonar su estatus de no lucrativo en el tránsito de muchas entidades hasta ser en la práctica empresas de servicios.
 - El reto de debatir y hacer de la reflexión un aporte político y social sobre el modelo de estado que se necesita.
 - El reto de mejorar y delimitar mejor la acepción y la práctica de la acción social como prestación de servicios sociales para la inclusión de individuos y colectivos, combinándola con el ejercicio de reivindicación ciudadana de derechos y garantías.
- La creación de empresas para prestar servicios (sociales o no) por parte de entidades del sector, debería de ir precedida de un debate ético y consenso sobre normas de conductas, en el que por otro lado parece necesario incluir la distinción entre empresas sociales o de economía social (cooperativas, empresas de inserción, comercio justo, etc.) o empresas lucrativas (sociedades anónimas, sociedades limitadas).
- Propuesta de búsqueda de un modelo consensuado y acorde con la naturaleza del sector entre el modelo liberal de producción de bienestar y el de la economía social (una vez diferenciadas de las empresas lucrativas).

En cuanto a las relaciones con el sector privado: **el sistema de financiación como clave para delimitar, fortalecer y clarificar el tercer sector de acción social**

- Reto de independencia y autonomía compatible con complementariedad. Para ello se necesita un modelo de financiación de los servicios sociales acorde a la situación del tercer sector de acción social como prestador de servicios, manteniendo su especificidad. Desafíos:
 - menor dependencia económica (financiero pública);
 - menor dependencia ideológica política;
 - menor peso de las subvenciones y convenios frente a los contratos públicos a favor de la contratación pública de servicios; y
 - nuevas formas de autofinanciación.
- Preservación de la misión y visión del tercer sector de acción social.
- Necesidad de coordinación a pesar de la gestión descentralizada.
- Sometimiento al control y los niveles de calidad.
- Las asociaciones (a diferencia de las fundaciones) que acusan una mayor dependencia de las subvenciones, deben fortalecer su capacidad para captar donaciones (individuales e institucionales) y para generar ingresos con los servicios en actividad propia con:
 - calidad y transparencia, y
 - prestigio y eficiencia en la sociedad.



En cuanto a las relaciones con el sector privado: **el sistema de financiación como clave para delimitar, fortalecer y clarificar el tercer sector de acción social**

En cuanto a las relaciones con el sector privado en el ámbito de la prestación de servicios: **superar la connotación de responsabilidad social corporativa como donación de la empresa hacia el sector e ir más allá de las tensiones de demanda que le generan el sector lucrativo y el no lucrativo**

Propuestas de las entidades del sector:

- **El modelo de subvenciones** al que debe tender el tercer sector de acción social debería fundamentarse en una profunda racionalización del sistema actual, lo que implica:
 - análisis de la burocracia para su desburocratización;
 - asignación adecuada de recursos personales;
 - revisión de las condiciones y requisitos de petición, presentación y justificación, coherentes desde la perspectiva temporal;
 - que las convocatorias deberían recoger adecuadamente las características de las entidades respecto a su pluralidad (parámetros de flexibilización de los criterios);
 - seguimiento in situ de los proyectos como un elemento fundamental de las evaluaciones;
 - que las partidas presupuestarias deben ser transparentes, estables y sostenibles, sin estar sujetas a vaivenes políticos ni depender de la recaudación pública.
- Debe trabajarse en la mejora de mecanismos de adjudicación de subvenciones, contratos y convenios y diversas fórmulas, respecto a:
 - su plurianualidad, y
 - los criterios de selección y denegación.
- Potenciar la acción positiva en relación con la **contratación** (convenios, contratos...), en cualquier ámbito y nivel de la Administración, de entidades de acción social (como por ejemplo las empresas de inserción).
- Sería interesante explorar nuevas fórmulas de **partenariado** con los poderes públicos.
- Revisar, mejorar, transformar y elaborar legislación adecuada respecto al tratamiento fiscal que afecta al tercer sector de acción social, sobre todo respecto a: fiscalidad general, gastos/inversiones, mantenimiento de la estructura y plantilla de las organizaciones, donativos (mayores incentivos fiscales a la donación) inversión/acceso a productos financieros de la banca ética.
- Fomento de una nueva cultura organizativa del sector para generar **ingresos propios**: captación, transparencia, innovación, sensibilización y comunicación.
- **Buscar otras vías de financiación**: como colaborar con las empresas, fomentar la responsabilidad social corporativa.
- El sector debería promover la formación, el conocimiento y el debate sobre responsabilidad social corporativa (RSC) entre las entidades para superar la connotación de responsabilidad social corporativa como donación de la empresa hacia el sector:
 - Dar a conocer (y formar sobre) el concepto de responsabilidad social corporativa de una forma profunda, tanto a entidades como a empresas.
 - Difundir entre ambas partes los beneficios de ser socios estratégicos para mejorar la causa social.



En cuanto a las relaciones con el sector privado en el ámbito de la prestación de servicios: **superar la connotación de responsabilidad social corporativa como donación de la empresa hacia el sector e ir más allá de las tensiones de demanda que le generan el sector lucrativo y el no lucrativo**

- Conocer y valorar las diferentes formas de colaboración y las implicaciones que tiene, sobre todo para las entidades, de planificación, recursos y gestión de las donaciones, independientemente de su forma: voluntariado (recursos humanos), donación de excedentes de productos o activos usados (logística), etc.
- Sensibilizar a las empresas sobre el papel social del tercer sector de acción social para evitar que la búsqueda de colaboración se dirija siempre hacia la búsqueda de una *marca* o una *imagen*. Fomentar el conocernos con transparencia.
- Hacer pedagogía sobre el destino de los fondos, muy en especial en relación con la financiación de las estructuras (sobre las empresas y lucrativo también sobre las administraciones). Incluir claramente a las estructuras de las entidades como aspectos financiables.
- Superar el desconocimiento y desconfianza de la empresa hacia el tercer sector de acción social.
 - Debería impulsarse que en el sector, y dentro de las entidades, las personas que se dedican a establecer los procesos de colaboración con las empresas estén formadas y tiendan a la profesionalización. Para ello, el sector tiene que definir previamente su postura sobre el tipo de marco legal que debe promover el comportamiento social de las empresas y regular la responsabilidad social corporativa de modo efectivo (referente de la legislación internacional vigente).
 - Se debe difundir el conocimiento de casos reales y buenas prácticas de ejemplos de colaboración exitosos.
 - Se deben difundir también las iniciativas de fomento de responsabilidad social corporativa, institucionales y privadas.
 - Es necesario fomentar espacios de encuentro a diferentes niveles (local, regional, comunidad autónoma...) para propiciar el conocimiento entre las partes, virtuales y presenciales.
 - Se hace necesario fomentar la transparencia de las entidades de cara a las empresas y la sociedad.
 - Se debe potenciar la relación cliente-proveedor.
 - Los donantes deben generar mecanismos de control sobre lo que se entrega.
- Generar mecanismos propios del tercer sector de acción social que fomenten la transparencia como parte fundamental de la cultura organizativa, por ejemplo mediante líneas de acción que impliquen:
 - Avanzar en las relaciones intersectoriales más allá de lo financiero. Establecer procedimientos internos o protocolos que fijen los criterios de colaboración con empresas de las entidades.
 - Fomentar la transparencia interna sobre lo organizativo, sobre las actividades que se llevan a cabo, sobre lo económico.



En cuanto a las relaciones con el sector privado en el ámbito de la prestación de servicios: superar la connotación de responsabilidad social corporativa como donación de la empresa hacia el sector e ir más allá de las tensiones de demanda que le generan el sector lucrativo y el no lucrativo	— El uso combinado de dos criterios: a) de dónde procede el dinero y otros recursos (las fuentes) y b) cómo se emplea la comunicación: uso de la imagen, mensajes correctos... — Que las administraciones financiadoras pudieran promover talleres, mecanismos, manuales, indicadores... para la transparencia. • Conseguir que las administraciones públicas aporten fondos para auditorías y evaluaciones de las entidades, para reforzar a las organizaciones en estos procesos. • Sistematizar prácticas que ayuden a fomentar el aprendizaje dentro del sector, para que cada entidad genere mecanismos auto-diagnósticos. • Escuchar las propuestas del mercado como mínimo para entablar un diálogo con el fin de conocer la iniciativa empresarial.
Implicación del tejido empresarial	• Generar en empresas compromiso junto con el tercer sector de acción social para realizar acción social. • Establecer diálogos sectoriales con los sindicatos y la patronal, primero para generar un mejor conocimiento mutuo, y después para fomentar fórmulas de colaboración, evitando la generación de nuevas estructuras dentro del tercer sector de acción social, y aprovechando (dinamizando) las que ya existen. • Estudiar en profundidad el impacto social que tienen estas relaciones intersectoriales y respecto a proyectos concretos. • Explorar nuevos roles del sector empresarial respecto al tercer sector de acción social, por ejemplo financiando parte del Plan Estratégico o participando en la financiación de estructuras de segundo nivel.
Establecer un aprendizaje adecuado sobre responsabilidad social corporativa dentro del sector de acción social	• Gestión del proceso de colaboración. • Logística y planificación. • Sensibilización, visualización y valorización de la diferencia organizativa y de tiempos de las entidades de acción social respecto a la empresa. • Valoración de los costes económicos de la colaboración.

Los retos y las fortalezas identificadas en el análisis, entre las que se rescatan principalmente aquellas que hacen mención a la capacidad del sector para ofrecer valores añadidos a su acción, llevan la siguiente **propuesta de objetivos y líneas de acción** hacia el objetivo de crear un marco claro de autorregulación del conjunto de la acción y, en particular, de la prestación de servicios desde las organizaciones.

OBJETIVO 4: EL SECTOR SE UBICA SIN COMPLEJOS DENTRO DEL ESPACIO SOCIAL DEFENDIENDO LOS DERECHOS SOCIALES Y PRESTANDO SERVICIOS SIN ABANDONAR SU ESTATUS NO LUCRATIVO

Líneas de acción:

4.1. Debate intersectorial sobre:

- Los conceptos de ciudadanía, bienestar social y derechos sociales, identificando aspectos transversales que propicien la acción conjunta (por ejemplo, incorporar en el análisis el género como variable estructuradora de la sociedad y de las situaciones de exclusión).

4.2. Recuperar y sistematizar buenas prácticas en la prestación de servicios que se realizan desde las organizaciones y que evidencien los valores añadidos que aporta el sector y en los que no tiene competencia con la iniciativa empresarial o el trabajo desde la Administración.

4.3. Aprobar un Plan de Fomento de la Calidad para el Tercer Sector de Acción Social, con la perspectiva de valorar la buena gestión, que incluya criterios de coherencia con los principios, valores y objetivos de las ONG.

4.4. Debate intersectorial sobre:

- Fórmulas de colaboración y diferenciación con las empresas de economía social que hacen prestación de servicios similares a las de las ONG, a fin de que estas últimas reivindiquen su identidad en un espacio no mercantil.

OBJETIVO 5. EL SECTOR DEBE ASEGURAR LA FINANCIACIÓN DE SU ACCIÓN CONSIGUIENDO LA AUTONOMÍA E INDEPENDENCIA EN SUS OBJETIVOS Y MODELOS DE TRABAJO

Líneas de acción:

5.1. Acordar un modelo de financiación pública para hacer una propuesta de mayor racionalización y flexibilización a partir de partidas transparentes y estables, proponiendo sistemas de seguimiento de los proyectos.

5.2. En cuanto a la prestación de servicios, la financiación pública debe realizarse bajo criterios objetivos, garantizando su estabilidad.

5.3. Definir nuevos modelos de partenariado con las administraciones públicas en sus distintos niveles: local, provincial, autonómico o estatal.

5.4. Revisar y hacer propuestas sobre la legislación del tratamiento fiscal que afecta al sector de forma especial sobre: fiscalidad general, gastos/inver-



siones, mantenimiento de la estructura y plantilla de las organizaciones, incentivos fiscales a los donativos, inversión/acceso a productos financieros de la banca ética.

5.5. Garantizar, a través de los sistemas de calidad que se implanten en las ONG, el seguimiento y control de las acciones.

OBJETIVO 6. DESDE LA PARTICIPACIÓN DE LOS TRES SECTORES SE GENERA UN MODELO DE RESPONSABILIDAD SOCIAL CORPORATIVA

Líneas de acción:

6.1. Propiciar espacios de encuentro entre las empresas y el tercer sector de acción social en ámbitos territoriales cercanos a ambos para mejorar el conocimiento y la confianza mutua.

6.2. Difundir experiencias de fomento de la acción social, buenas prácticas y casos reales de colaboración entre las empresas y el tercer sector de acción social.

6.3. Aumentar la transparencia en la relación entre el tercer sector de acción social y las empresas generando mecanismos de transparencia y control.

6.4. Alcanzar nuevas vías de colaboración entre empresas y tercer sector de acción social desde un concepto de responsabilidad social corporativa basada en la asociación estratégica.

6.5. Iniciar una línea de acción con el sector bancario y de cajas de ahorros cuyos objetivos se dirijan a generar una Red Financiera del Tercer Sector de Acción Social (banca social).

Objetivo Estratégico 3: Mejorar el consenso sobre los principios esenciales de la cultura organizativa del tercer sector de acción social

Las debilidades que resaltan cuando se analiza el área de la gestión, cultura organizativa y participación desde el espacio del tercer sector de acción social son las siguientes:

- Escasa cohesión (o adhesión) en torno a la cultura organizativa de las entidades del sector y otras debilidades organizativas.
- Falta de coherencia estratégica y práctica.



- Los aspectos visibles (normativos y procedimentales) son a veces poco transparentes o inadecuados bajo la perspectiva de la calidad, la eficacia y la coherencia de la gestión.
- Debilidades de estructura, de cultura organizativa, de identidad y de participación.

Las anteriores debilidades se asientan en la diversidad y complejidad de la cultura organizativa de un sector en el que conviven estructuras de organización semiempresarial, voluntariado y prácticas participativas en la toma de decisiones, sin que exista un acuerdo previo sobre criterios para la gestión de recursos humanos tan heterogéneos y con tal variedad de funciones.

Dicha complejidad también está relacionada con la necesidad del sector de adecuarse a una creciente demanda, tanto social como de la Administración, para que realice prestaciones y servicios para los que sus modelos organizativos aún no están preparados.

De este modo, los aspectos invisibles de la cultura organizativa del sector todavía no están contruidos y asentados (la perspectiva de género, por ejemplo) y los aspectos visibles aún están poco consolidados (la cultura de la calidad, por ejemplo) porque los criterios y principios básicos necesarios no son transparentes.

Estas razones llevan a identificar como problema el insuficiente consenso sobre las señas de identidad de la cultura organizativa del sector.

Consecuencia de ello es la transición de algunas entidades hacia culturas empresariales buscando la eficacia para absorber la demanda pero, en ocasiones, significan culturas organizativas incoherentes con los objetivos y principios que se presuponen de las entidades sin ánimo de lucro.

Aspectos como la calidad se ven influidos en la medida en que no se cuenta con criterios propios del sector para la evaluación de la acción y se pone el acento en la evaluación tecnocrática de la eficacia casi de forma exclusiva.

Esta situación supone adoptar riesgos como el de proyectar una imagen distorsionada de los fines de las organizaciones donde son invisibles los valores añadidos y de la rentabilidad social que supone el sector, la pérdida de principios y valores que dieron origen a las organizaciones sociales y el deterioro, con ello, de la participación social y la pérdida del capital social acumulado.



RETOS DEL TERCER SECTOR DE ACCIÓN SOCIAL PARA CLARIFICAR LA CULTURA ORGANIZATIVA

En cuanto a fortalecimiento de estructuras y cultura organizativas	• Mayor integración de sistemas de planificación y gestión económica y financiera. • Identificación, interiorización y exteriorización de criterios y valores comunes a las entidades del tercer sector de acción social en cuanto a los principios organizativos. Difusión de dichos valores y de la identidad del sector para alimentar el tejido social. • Incorporación del enfoque de género en la acción y en la cultura organizativa del tercer sector de acción social. • Sistematización de las experiencias organizativas como punto de partida y herramienta de aprendizaje para el sector: permite transferencia de información, capitalización de métodos, divulgación y fomento de la reflexión. • Cambios en la gestión interna de las organizaciones que promuevan una mayor participación en la toma de decisiones. • Modernización de la gestión de las organizaciones sin pérdida de la orientación estratégica y con más evaluaciones y auditorías.
En cuanto a la planificación para la inclusión	• Estrategias para la inclusión social: — Planificación estratégica de soluciones a problemas, puesto que la inclusión tiene causas estructurales que hay que conocer previamente. — Estrategias de prevención e inserción que fortalezcan y restablezcan vínculos y redes laborales, sociales, comunitarias y familiares. — Prácticas en red (integradas, transversales y de proximidad), participativas (de construcción y regeneración de ciudadanía) e innovadoras (para dar respuesta al dinamismo social).
En cuanto a la gestión de recursos humanos y la toma de decisiones	• Identificar los criterios básicos para la gestión del personal del tercer sector de acción social. • Tender hacia una política integral de recursos humanos en el sector: selección y contratación, capacitación, planificación de carreras, evaluación y renovación constante. • Criterios para la contratación de personal. Condiciones mínimas en la contratación laboral. Sobre este aspecto, estudiar la estructura salarial y profesional para mejorarla. • Conciliar compromiso con sistemas de retribución dignos y buena gestión, cualidad con capacidad, voluntad con responsabilidad. • ¿Dónde está la necesidad?: ¿más personal empleado?, ¿más personal voluntario?, ¿más horas de voluntariado por parte de las personas asociadas o de colaboraciones? Responder es el reto. • Disminuir la burocracia innecesaria para evitar rigidez en las estructuras y frialdad en los procedimientos, tanto en las estructuras formales (plantillas) como en las informales de voluntariado.



En cuanto a la gestión de recursos humanos y la toma de decisiones	• Potenciar la democracia interna en la participación en planificación, gestión y control de las entidades sociales, como valor añadido del tercer sector de acción social o de las organizaciones sociales. • Renovar normas y formas de funcionamiento de las estructuras de participación, decisión y representación (por ejemplo el Consejo Estatal de ONG de Acción Social y sus grupos de trabajo).
Sobre la profesionalización y sistemas de calidad	• La profesionalización de las organizaciones, ¿para qué es necesaria? — ¿Problemas de calidad, de cantidad, de ambos?: ¿mejor formación para la plantilla empleada?, ¿más contrataciones de profesionales? — La formación del voluntariado, ¿para qué es necesaria?, ¿qué criterios pueden impedir que se produzca una competencia desleal con los profesionales y, fundamentalmente, con las personas en paro que intentan infructuosamente vender su fuerza de trabajo en el mercado? — ¿Deben profesionalizarse las personas que dirigen las organizaciones? En una buena parte de ellas se trata de personas socias voluntarias que dirigen la organización. Según algunos autores, es preciso evaluar las acciones directivas con indicadores institucionales, profesionales y de servicios. — También los miembros de los órganos de gobierno deben mejorar su formación de cara a prepararse y adaptarse a contextos cambiantes. • Revisión crítica y permanente de los criterios de calidad propios del sector para incorporar compromisos definitivos sobre transparencia y responsabilidad social.
En cuanto a la comunicación intersectorial	• Reducir las interferencias de los agentes externos, como la Administración o el mercado, si pueden distorsionar los criterios y reforzar los procesos internos de reflexión sobre la calidad. • Buscar soluciones viables de financiación del sistema de calidad. • Evitar los efectos distorsionantes de una proliferación excesiva de este tipo de etiquetas sociales. • Se propone profundizar y realizar estudios cuantitativos y cualitativos sobre la composición de los recursos humanos del sector que ofrezcan una visión actualizada y permitan elaborar propuestas metodológicas y estratégicas de futuro. • Intentar modular el grado de conocimiento público del sector, que pasa por un adecuado diseño y desarrollo de políticas o estrategias de comunicación que contemple a todas las entidades implicadas, desde los colectivos hasta las entidades, pasando por todo el personal voluntario o no voluntario. • Buscar la autoidentificación con códigos de conducta sobre mensajes e imágenes que contribuyan a clarificar el problema social y sus causas y a crear conductas de actuación éticas y responsables. Códigos de conducta también para fortalecer la imagen y la identidad del tercer sector de acción social a partir de la recomendación vinculante sobre los principios de transparencia, responsabilidad, independencia, democracia interna, honestidad, eficacia y calidad.



Sobre la promoción de redes	• Tras un diálogo intrasectorial, trabajar para potenciar redes que reflejen la heterogeneidad, difundan la identidad (visión, misión) del sector y puedan ser lugar de reconocimiento intrasectorial donde TODAS las entidades puedan verse, por encima del ámbito temático y territorial propios de cada una de ellas. • Potenciar las redes con un uso de las nuevas tecnologías de la información y la comunicación racional y acorde con la realidad, y difundir el valor o utilidad de las redes a través de las experiencias exitosas para lograr la creación de nuevos espacios de colaboración intrasectorial. • Difundir el valor o utilidad de las redes evitando las superestructuras a modo de conseguir que sean de interés general y disminuyan los recelos para participar en ellas, realizando un continuo esfuerzo de renovación de cargos y procedimientos. • Difundir el valor o utilidad de las redes en diálogo no sólo con las entidades del propio sector, sino con el sector privado, las administraciones públicas y la ciudadanía, explicando su significado y motivaciones y cuidando su imagen. • Evaluar e institucionalizar el trabajo en red como forma de compartir valores, métodos de trabajo y servicios a partir de fórmulas de gestión transparente y sometida a la autoevaluación interna y a la auditoría externa. • Ampliar las formas de colaboración voluntaria a través de redes que incluya la posibilidad de articulación sectorial territorial (comunidades autónomas). • Establecer un marco de regulación democrático de las relaciones entre las entidades que conforman las redes.
Sobre la operatividad del Consejo Estatal de ONG de Acción Social	• Desarrollar con reglamentos de régimen interno democráticos el objetivo de mejorar la estructuración del tercer sector de acción social a partir de la aprobación del Real Decreto de marzo de 2005 que modifica y actualiza la regulación del Consejo Estatal de ONG de Acción Social, con el fin de propiciar una mayor participación del sector y una operatividad de sus órganos. • Renovar permanentemente los espacios de toma de decisiones de las entidades y estructuras para evitar estancamiento de ideas, luchas de poder, deterioro de la participación y pérdida de capital social. • Buscar mejores procedimientos de coordinación de los grupos de trabajo del Consejo Estatal.

Los retos anteriores, combinados con fortalezas como la experiencia acumulada del sector que puede ser fuente de aprendizaje, la presencia cada vez más importante de la cultura de la calidad y la evaluación permanente, el incremento de las competencias y de la profesionalización de las personas que trabajan en el sector, la convicción de la fuerza innovadora del sector en la lucha por la inclusión social y el interés creciente unido a nuevas experiencias de colaboración intersectorial, conducen a la siguiente propuesta de objetivos y líneas de acción que pretenden caminar hacia la generación de un consenso en

torno a los principios y valores de la cultura organizativa del tercer sector de acción social.

OBJETIVO 7: EL SECTOR CUENTA CON ESTRUCTURAS ORGANIZATIVAS COHERENTES CON LA GESTIÓN DE SU ACCIÓN CON UNA CULTURA COMÚN EN LA QUE PRIMAN LOS PRINCIPIOS DE CALIDAD, JUSTICIA SOCIAL, SOLIDARIDAD, RESPONSABILIDAD Y AUTONOMÍA

Líneas de acción:

7.1. Sistematización y difusión de buenas prácticas organizativas teniendo en cuenta la diversidad de fórmulas jurídicas (entidades singulares, asociaciones, fundaciones), ámbitos de actuación y culturas organizativas.

7.2. Elaborar códigos internos de conducta con los que las organizaciones puedan autoidentificarse y que estén basados en los principios básicos del sector.

7.3. Fomentar la incorporación de sistemas de calidad en las organizaciones, sobre todo en las de menor tamaño.

7.4. Procurar la implantación de los sistemas de calidad desde los principios de la transparencia y la responsabilidad social.

7.5. Incorporar estrategias de comunicación interna que faciliten la difusión de la información y la consolidación de la cultura organizativa propia.

OBJETIVO 8: EL SECTOR SE DOTA DE HERRAMIENTAS METODOLÓGICAS PARA EL ANÁLISIS ESTRATÉGICO DE LA REALIDAD, LA PLANIFICACIÓN, EL SEGUIMIENTO Y LA EVALUACIÓN DE SU ACCIÓN PARA LA INCLUSIÓN Y LA PROMOCIÓN DE LOS DERECHOS SOCIALES

Líneas de acción:

8.1. Las ONG elaboran sus propios planes estratégicos por áreas de intervención.

8.2. Analizar las estrategias de prevención e inserción para la inclusión dotándose de manuales de buenas prácticas.

8.3. Incorporar el enfoque de género en la cultura organizativa y en la acción.

8.4. Incorporar a la acción de las organizaciones la cultura del seguimiento y la evaluación permanente.



8.5. Formación del personal de las organizaciones en herramientas metodológicas para el análisis de la realidad, la planificación, el seguimiento y la evaluación de su acción.

OBJETIVO 9: EL SECTOR CUENTA CON UNA POLÍTICA DE RECURSOS HUMANOS PARA LA SELECCIÓN Y CONTRATACIÓN, CAPACITACIÓN, PLANIFICACIÓN DE CARRERAS, EVALUACIÓN Y RENOVACIÓN CONSTANTE Y CON UNA ORGANIZACIÓN DE VOLUNTARIADO COHERENTE CON SUS PRINCIPIOS

Líneas de acción:

9.1. Debate intrasectorial sobre:

- los objetivos de la profesionalización, las condiciones en el empleo (estabilidad, retribuciones adecuadas, conciliación de la vida familiar y la laboral, etc.), los objetivos y las consecuencias para los distintos grupos de personas que trabajan en el sector: personal voluntario, asociado, remunerado, directivo, etc.
- los objetivos y principios de la gestión del voluntariado: el voluntariado por el que apuesta el sector.

9.2. Proponer acuerdos sobre cláusulas en las que se concilie retribución digna y buena gestión, cualidad y capacidad, voluntad y responsabilidad.

OBJETIVO 10: LAS ORGANIZACIONES DEL SECTOR ESTÁN VERTEBRADAS EN REDES DEMOCRÁTICAS SECTORIALES Y TERRITORIALES DE CONSULTA, APRENDIZAJE, COORDINACIÓN PARA LA ACCIÓN Y REPRESENTACIÓN ANTE LAS ADMINISTRACIONES PÚBLICAS Y LAS EMPRESAS PRIVADAS

Líneas de acción:

10.1. Potenciar redes entre las organizaciones, participativas, con un funcionamiento democrático e innovadoras en las respuestas.

10.2. Desarrollar estas redes en colaboración con el resto de los sectores y posibilitar la articulación territorial o por ámbitos de la acción organizada.

10.3. Rentabilizar el uso de las nuevas tecnologías de la información y la comunicación para la formación y el intercambio intrasectorial.

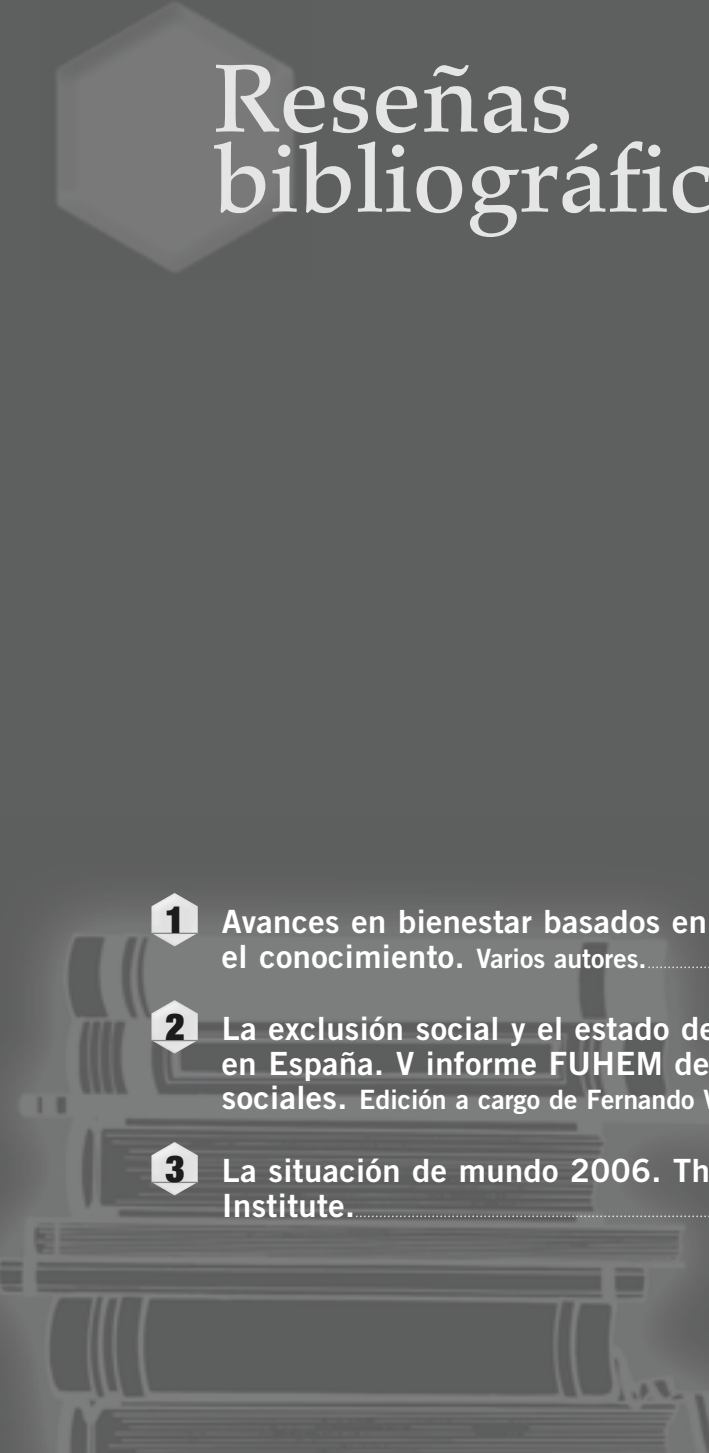


OBJETIVO 11: SE RENUEVAN LAS NORMAS, FORMAS DE FUNCIONAMIENTO DE LAS ESTRUCTURAS DE PARTICIPACIÓN DEL SECTOR Y MÉTODOS DE TRABAJO DE LOS CONSEJOS SECTORIALES, TERRITORIALES Y DEL CONSEJO ESTATAL DE ONG DE ACCIÓN SOCIAL

Líneas de acción:

11.1. El Consejo Estatal de ONG de Acción Social se reconoce como espacio de participación de las ONG, de sus intereses y reivindicaciones en la elaboración de las políticas públicas.

11.2. Potenciar la capacidad consultiva y decisoria de los consejos sectoriales y territoriales en el ámbito de las políticas sociales.



Reseñas bibliográficas

- 1** Avances en bienestar basados en el conocimiento. Varios autores..... **263**
- 2** La exclusión social y el estado de bienestar en España. V informe FUEM de políticas sociales. Edición a cargo de Fernando Vidal Fernández..... **265**
- 3** La situación de mundo 2006. The Worldwatch Institute..... **268**



Reseñas bibliográficas

AVANCES EN BIENESTAR BASADOS EN EL CONOCIMIENTO

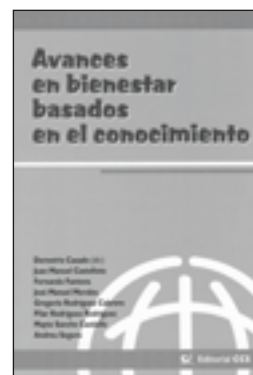
VARIOS AUTORES

Madrid, Editorial CCS, 2005

«Avances en bienestar social basados en el conocimiento» nos ofrece desde una perspectiva multidisciplinar la importancia, necesidad y resultados de la aplicación del conocimiento en el campo de la intervención y acción pro bienestar social.

En el primer capítulo, Demetrio Casado, director del libro, analiza los antecedentes de aplicación del conocimiento en las acciones pro bienestar social y enmarca y profundiza en el tema objeto del libro desde el contexto ideológico, el conocimiento empírico, las opciones prácticas —presentadas de manera alternativa—, para finalizar centrándose en la gestión y en la necesaria interrelación permanente con el conocimiento para la adecuación de las acciones en un entorno cambiante.

Andreu Segura Benedicto, especialista en salud pública, se centra en el enfoque de la promoción y protección de la salud y en el análisis de su aplicación a las políticas de bienestar social de las que forma parte. Partiendo del concepto de salud y de su evolución a lo largo del tiempo, analiza la importancia en la





salud del estilo de vida y del medio ambiente —junto a la condición biológica de los individuos y la asistencia medico-farmacéutica—. Finalmente, y en el marco de las políticas de bienestar social, el autor vincula la efectividad las acciones de promoción y protección de la salud a otros sistemas, como son servicios sociales, vivienda, educación... más allá del sanitario.

Fernando Fantova, especialista en organización y métodos, vincula en su artículo los cambios en las acciones pro bienestar social con la gestión del conocimiento. Profundiza en el enfoque de las redes y apoyos sociales y en el concepto gestión del conocimiento para, desde ahí, centrarse en tres campos: la salud mental, la rehabilitación basada en la comunidad y los servicios sociales.

En su artículo Juan Manuel Castellote, especialista en educación física, analiza los efectos de las terapias asistidas por animales y, en concreto, el resultado de estudios sobre equitación terapéutica y su efecto en los trastornos de comunicación, en las alteraciones motrices o en la reeducación postural. Del artículo se infiere la importancia de la prevención primaria, las posibilidades de intervención desde el entorno natural, la necesidad del conocimiento de la realidad de la persona y de la profundización en el estudio de los beneficios de la actividad.

Pilar Rodríguez Rodríguez, especialista en discapacidad y envejecimiento, ofrece un artículo en el que profundiza en propuestas de modelos de intervención desde la comunidad científica y los organismos internacionales. Partiendo del análisis de las propuestas de la comunidad científica —entre las que destaca la importancia de las actuaciones preventivas, el fortalecimiento de las capacidades y de los recursos de apoyo comunitario, la necesidad de recursos adaptados y diversificados...— y de los consensos internacionales, propone objetivos y bases para de la atención a la dependencia así como una reflexión sobre la red de servicios.

Gregorio Rodríguez Cabrero, catedrático de Sociología, profundiza en el concepto y análisis de la dependencia funcional, en los sistemas de cuidados, así como en el análisis de las distintas fuentes de información, para terminar desarrollando reflexiones y propuestas sobre la protección a la dependencia. Desde las diversas estimaciones sobre el número de personas dependientes hasta el lugar de residencia o las personas que prestan los cuidados, el artículo ofrece un completo análisis cuantitativo y cualitativo.

En estos momentos en los que se están realizando múltiples aportaciones y reflexiones sobre el futuro sistema de protección a la dependencia, estos artículos nos brindan claves para el análisis.

El artículo de Mayte Sancho Castiello describe la metodología, proceso de elaboración, contenido y resultados del material didáctico realizado en el

marco del proyecto «Saber envejecer, saber prevenir la dependencia». En este proyecto se elaboraron materiales para su difusión masiva con el objetivo de que propiciaran procesos de cambio. Estos materiales se realizaron partiendo de una investigación cualitativa sobre las reflexiones de las personas mayores y se validaron a través de otras dos investigaciones.

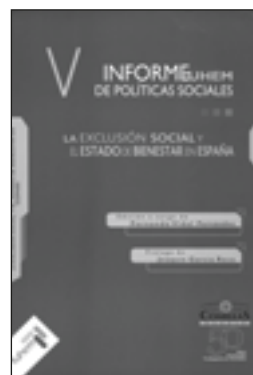
En último artículo del libro, Fernando Fantova y José-Manuel Morales enumeran, a modo de conclusión, diversas reflexiones sobre la gestión del conocimiento en las acciones pro bienestar social, destacando las buenas prácticas, la variedad de los tipos de conocimientos y de las modalidades y procesos de gestión, la necesidad de construir redes.

ANA ABRIL

LA EXCLUSIÓN SOCIAL Y EL ESTADO DE BIENESTAR EN ESPAÑA. V INFORME FUHEM DE POLÍTICAS SOCIALES

EDICIÓN A CARGO DE FERNANDO VIDAL FERNÁNDEZ

FUHEM. Madrid 2006



La exclusión social no es un sector, sino el criterio para orientar todo sector y por tanto este libro no habla tanto de un sector de la población como en realidad de la sociedad en general desde la perspectiva de los excluidos; quiere ser una forma de pensarnos desde la mayor división histórica en la que todos, de una forma u otra, tenemos nuestras vidas implicadas.

Estamos delante de un libro que tiene todos los ingredientes para convertirse en un libro de referencia de «nuestros dolores de cabeza» ante el fenómeno de la exclusión social. Y, si no vamos prevenidos con el correspondiente recetario de medicamentos, puede aportar algo que a los múltiples, y buenos, trabajos sobre la exclusión —y sobre la pobreza— se están produciendo entre nosotros, y ya no sólo traducidos que también.

Esto es algo absolutamente imprescindible para no marginalizar la potencialidad explicativa, comprensiva, de nuestro modelo social que la constata-



ción de los procesos que generan la ruptura social ponen encima de la mesa. En la marginalización del concepto andamos metidos corriendo mucho riesgo, pues está pasando al propio vocabulario, social y político, como sustituto del considerado pasado concepto de pobreza, aun no siéndolo, y del de marginación con el que progresivamente se va igualando en el imaginario colectivo de los propios decisores públicos, agentes sociales, instituciones, iniciativas sociales, etc.

Y este libro toma la opción de volver a poner encima de la mesa, y de nuestro «dolor de cabeza», que toda la fraseología de la exclusión como fenómeno estructural, y de los procesos de vulnerabilidad y ruptura social, de los riesgos de empobrecimiento y de exclusión, no se puede reducir a unas situaciones minoritarias, marginales, problemáticas, conflictivas, que además se utilizan de recursos para explicar la violencia, el déficit del comportamiento tipificado como «normalizado», etc.

Es decir, será necesario un profundo cambio cultural, a lo que el prólogo de Joaquín García Roca pone un marco excelente, realizando un estudio de filosofía social sobre los fundamentos de la exclusión social. Con ello rebasamos con creces una amable presentación para convertirse en uno de los ejes pivotaes de la reconsideración de la exclusión como eje vertebrador —desvertebrador— de nuestros procesos sociales que están construyendo un modelo antropológico deformado.

No cabe duda de que la apertura de este libro desde estos supuestos no sólo es declaradamente intencionada, sino que estructura la propia intencionalidad, y significado, de este excelente trabajo. Y la estructura si leemos transversalmente esta apertura, su prólogo y presentación, con su cierre que, quizá se puede considerar como la hipótesis de apertura del propio proceso que este trabajo puede generar. Se trabaja del trabajo de cierre de este libro, que firma Fernando Vidal Fernández sobre «La exclusión social remordenizada. Repensar la exclusión desde una sociología de la presencia».

Sería vano pretender hacer una evaluación del planteamiento que nos propone. Precisamente defendemos lo contrario. Antes de entrar a debatir hay que seguir invitando a proponer, pues aportaciones y propuestas como este libro nos propone en su cierre son invitación a la búsqueda y a la aportación. O sea, aún es pronto para la síntesis cuando aún apenas hemos esbozado alguna comprensión de la complejidad del fenómeno que es la exclusión social. Por ello valoramos como una de las aportaciones más novedosas de este trabajo el que el mismo termine con un estudio de los fundamentos de la exclusión social y su transformación en esta época de «la modernidad del riesgo».

Por ello, el libro, cuando se contempla en su totalidad con una mirada holística, genera como una especie de vértigo entre el marco de filosofía social y el cierre de una sociología de la presencia. Pero vértigo no de mareo, sino de retroalimentación casi contradictoria, dialógica, de preguntas, cuestiones, interrogantes, propuestas, dudas, sugerencias, ideas, trasgresiones, que piden una lectura reposada para la innovación y el cambio en el propio imaginario comprensivo y explicador de lo que el libro califica como «la mayor división histórica», tal que la lucha contra ella debería constituir el criterio estructurador de todas las agendas.

Éste, creemos, es el reto que abre y deja planteado este trabajo amplio, colectivo, referido a casi el universo de lo que habitualmente se entiende que debe entrar en un estudio sobre la exclusión social. A ello se dedican ampliamente los trabajos enmarcados entre el prólogo y presentación y el cierre organizados en dos partes.

En la primera de ellas aporta una serie de estudios acerca de los avances y planes contra la exclusión social y de políticas para la inclusión social. En ella encontramos aportaciones significativas sobre un sistema de indicadores que, partiendo de los indicadores aprobados en Laeken para los Planes para la Inclusión Social de la UE, logren un desarrollo complementario en España. También de los avances en los paradigmas del trabajo social, de la intervención psico-social, de las entidades voluntarias y, de forma destacada, de los propios Planes para la Inclusión social.

La segunda parte se dedica a los perfiles y enclaves de exclusión social, realizando un diagnóstico de los mismos y de las políticas que están implicadas. Se da cuenta de los factores territoriales, laborales, de factores ligados a la edad y a las situaciones familiares, de factores migratorios, de acceso comunicacional, discapacidad, salud, diversidad de orientación sexual. Y de situaciones en las que la exclusión severa constituye un signo definidor, como la prostitución, las personas sin hogar, las prisiones y las drogodependencias. Con todo ello, el trabajo muestra que estamos en presencia de cuestiones que afectan a los mismos fundamentos sobre las que construimos nuestro modelo social. En definitiva, el análisis de los mismos forma una red de teorías que buscan explicar la consistencia y la resistencia de la exclusión, pues se constata que no es un fenómeno en retroceso.

El diagnóstico realizado a través de los múltiples trabajos que constituyen este apartado muestra el diferencial de diagnóstico y de políticas que existen en España, uno de cuyos indicadores es su distancia a la media europea. Y esto, debe señalarse, se está produciendo en un periodo en que el crecimiento económico sostenido debería haber dado pie a una distribución igualmente soste-

nida, aunque éste sea sólo un indicador, pues lo que la exclusión social plantea como cuestión central es el propio cuestionamiento del propio modelo de crecimiento.

Por último, este libro se cierra con un Anexo en el que se presenta el trabajo dirigido por Rosalía Mota y por Fernando Vidal sobre un «Ensayo de sistema de indicadores sobre exclusión social», resultado de un proyecto de investigación realizado para Cáritas. Ello significa un avance en el necesario proceso de operacionalización del esfuerzo de «repensar la exclusión social». Porque, y éste es un reto en el que hay que seguir, es necesario repensar el propio diagnóstico de los propios perfiles y enclaves de exclusión repensándoles desde los vectores de la filosofía social, con que se abre este libro, y de la sociología de la presencia, con que se cierra; y de los vectores que transitan entre una y otra.

VÍCTOR RENES AYALA

LA SITUACIÓN DEL MUNDO 2006. **The Worldwatch Institute, 2006.** **Icaria y Fuhem, Barcelona.**

El Informe del Instituto Worldwatch es considerado internacionalmente uno de los mejores anuarios en materia de desarrollo sostenible. Este año 2006 el anuario hace énfasis en el papel de China y la India, las dos potencias emergentes, en el desarrollo sostenible global.

Antes de que la India alcanzase la independencia, alguien hizo una pregunta sencilla a Gandhi: si quería que la India fuese algún día un país tan desarrollado como el de sus señores coloniales. La respuesta de Gandhi fue un no rotundo. «Si Gran Bretaña ha necesitado saquear medio mundo para estar donde está, ¿cuántos mundos precisaría la India? Pese a los deseos de Gandhi, China y La India están asumiendo un acelerado desarrollo siguiendo básicamente el modelo occidental. La acelerada irrupción de China y la India en la escena mundial constituye un cambio sin parangón en el panorama mundial ya que reconfiguran la biosfera global. La población de los dos representa el 40 % del total mundial y, como un gigante que despierta con hambre, son grandes consumidores de recursos naturales y contaminadores. Los recursos y los ecosistemas actuales simplemente no son suficientes para man-



tener ese ritmo de crecimiento. Sólo EE. UU. supera ya el impacto ambiental y social de China en el planeta, que está agravándose rápidamente desde que su consumo de recursos entró en un periodo de hipercrecimiento a partir de 2001.

En conjunto, Estados Unidos, Unión Europea, Japón, India y China utilizan ya en torno al 75 % de la biocapacidad de la tierra, dejando al resto sólo un 25 %. Si para 2030 China y la India alcanzaran una huella per cápita equivalente a la actual de Japón, requerirían efectivamente un planeta Tierra entero para cubrir sus necesidades. Ello demuestra que el modelo moderno de desarrollo intensivo en recursos es un callejón sin salida.

El ritmo de transformación económica de China y la India es sobrecogedor. China está creciendo a un ritmo de cerca del 10 % anual ya, además de que ofrece un importante sector manufacturero que ha llevado a gran parte de las multinacionales a trasladarse a China y La India, también posee progresivamente una pujante industria propia. Dos signos: la empresa informática china Lenovo compró en 2005 la división de ordenadores personales de IBM mientras que Bangalore, India, se ha convertido en el nuevo Silicon Valley de la industria del software. Al ritmo de crecimiento actual, China se convertirá para 2015 en el mayor productor mundial de automóviles, pero ya actualmente es espectacular: China, por ejemplo, es ya el primer productor mundial de teléfonos móviles.

Los logros económicos de China y de la India no son sólo pasajeros, sino que su potencia económica tiene una base importante de recursos humanos tras décadas de inversión en la formación de su población, sobre todo en estudios superiores. Ambos países cuentan con Universidades punteras, de las que salen cada año 500.000 científicos e ingenieros, en comparación con los 60.000 que se gradúan en EE. UU.

Pero, ciertamente, la economía neoliberal ha encontrado en China y La India dos potencias a las que puede dar forma sin resistencias: los «milagros» económicos de estos dos países también tienen «sombras», especialmente oscuras desde las perspectiva medioambiental. Por ejemplo, la Llanura del Norte de China, el llamado «granero del país» se está secando. La mitad de los principales ríos de China están demasiados contaminados para el consumo humano. Lo mismo ocurre con muchos ríos en la India que se han convertido, según un reciente informe del Banco Mundial, en verdaderas «cloacas fétidas». Por otra parte, la gran dependencia del carbón agrava los problemas de contaminación del aire y problemas de salud. De las 20 ciudades del mundo con un aire más contaminado, 16 se encuentran en China. La misma degradación ambiental se ha convertido en un obstáculo para el desarrollo de estos países.



Un tema importante es el futuro energético de estos dos países. Por el momento, el carbón suministra las dos terceras partes de la energía de China y la mitad de la India. La pregunta es ¿hasta qué nivel puede aumentar su consumo de carbón? ¿Qué otras fuentes de energía utilizarán? Si ambos países alcanzasen en las próximas décadas un nivel de consumo de sólo la mitad que el estadounidense, implicaría que en el 2050 consumirían 200 millones de barriles de crudo diarios. Hay que tener en cuenta que en 2005, el consumo mundial total era sólo de 85 millones al día. Muy pocos geólogos creen que la producción de petróleo alcance ni siquiera la mitad de ese volumen antes de empezar a declinar. Estos países tienen que buscar por tanto alternativas al petróleo. Una de las alternativas es la energía nuclear. Está previsto construcción de 30 plantas nucleares en cada país. Pero estas no producirían en 2020 el 5 % de la electricidad que necesitan. Las fuentes de energías renovables, como la solar, la eólica y la biomasa, constituyen para China y la India una alternativa más práctica y, de hecho, parece que se han abierto al respecto importantes vías que llevarán a que en los próximos años estos dos países se conviertan en los mayores mercados de nuevas tecnologías energéticas. En 2005, el Congreso Nacional del Pueblo Chino adoptó una ley sobre energía renovables muy ambiciosa que se constata en que, por ejemplo, China haya acaparado recientemente el mercado de instalaciones solares para edificios y gracias a ello da servicio a 35 millones de edificios y suministra el 10 % del agua caliente del país. India, por su parte, ha desarrollado la 4.^a industria eólica del mundo y la mayor de los países en desarrollo. Los programas que están desarrollando las convertirán en los próximos años en líderes mundiales del desarrollo de energías renovables, por delante de las economías de los países ricos.

China y la India se ven obligadas a encontrar su propia senda hacia el desarrollo sostenible para poder competir. ¿Hay indicios de ello? Sí, hay algunos, y ello demuestra que las ideas innovadoras encaminadas hacia un desarrollo sostenible son capaces de hacer avanzar a estos países, evitando cometer los errores de las regiones ya industrializadas. Algunos signos son especialmente significativos como es el caso de la utilización creciente de bicicletas eléctricas dentro de la estrategia china de fomento del transporte público. Ya hay 10 millones en circulación y su venta triplica las previsiones de ventas de coches. Otra realidad es la aplicación generalizada de la antigua técnica tradicional de «cosechar agua de lluvia» mediante ordenanzas locales que hacen que sea preceptivo en todos los edificios nuevos. En Chennai, antes Madrás, en la India, 70.000 edificios recogen el agua de lluvia para las cocinas, cuartos de baño y para reponer el suministro de agua de la ciudad. Así nos encontramos diversos indicios como es el dato de que China ya sea líder mundial en tecnologías como bombillas fluorescentes eficientes así como en calentadores de agua solares.

La emergencia de China e India es una llamada de atención que debería incitar a las sociedades del mundo entero a tomarse en serio la necesidad de firmes compromisos para crear economías sostenibles.

El Informe 2006, además de privilegiar esta óptica asiática, aborda otros temas que considera cruciales en este momento y que inciden en las mismas conclusiones respecto al papel de India y China en el desarrollo global. Especialmente interesantes resultan los que abordan la política fluvial, los biocarburantes y la nanotecnología. Hay otras cuestiones como la dispersión global del mercurio industrial, la relación entre desarrollo sostenible y comercio justo o el efecto de las catástrofes «naturales» sobre los procesos de pacificación. En todos ellos aparece planteada una bifurcación entre un mundo en el que el poder de las potencias, que defienden la paradoja de la inevitabilidad y la insostenibilidad de su modelo de modernidad, es desafiado por las potencias emergentes que se ven obligados a explorar decididamente las alternativas medioambientales, energéticas y tecnológicas para poder equilibrar la competencia de las potencias hegemónicas. Insostenible e inevitable, puede que la farsa caiga antes de lo pensado.

FERNANDO VIDAL

Últimos títulos publicados

	Euros
N.º 114 Derechos Sociales y Constitución Española	9,92
N.º 115 España y el Desarrollo Social	9,92
N.º 116 El trabajo, bien escaso	9,92
N.ºs 117-118 Las Empresas de Inserción a debate	15,03
N.º 119 Ciudades habitables y solidarias	9,92
N.º 120 Adolescentes y Jóvenes en dificultad social	10,82
N.º 121 El desafío de la migraciones	10,22
N.º 122 2001 Repensar el voluntariado	10,22
N.º 123 Europa: proyecto y realidad	10,22
N.º 124 Jóvenes del siglo XXI	10,22
N.º 125 Las otras caras de la globalización	10,22
N.º 126 Deuda externa y ciudadanía	10,76
N.º 127 Salud y calidad de vida	10,76
N.º 128 La calidad como imperativo en la Acción Social	10,76
N.º 129 Trabajo en Red	10,76
N.º 130 Los procesos de inclusión y exclusión social de las personas con discapacidad	11,00
N.º 131 Violencia y sociedad	11,00
N.º 132 Migración: Hacia un modelo de integración social	11,00
N.º 133 Desarrollo local. Desarrollo social	11,00
N.º 134 Construcción y Constitución europea	11,00
N.º 135 Intervenciones ante la exclusión social	11,00
N.º 136 Los Objetivos de Desarrollo del Milenio	11,00
N.º 137 La Europa de los Gitanos	11,35
N.º 138 Vivienda y alojamiento	11,35
N.º 139 Ciudadanía	11,35
N.º 140 Comunicación y tercer sector	11,35
N.º 141 La protección social de la dependencia en España	11,35

Próximo título

N.º 142 La Cooperación al Desarrollo y la construcción de la paz	11,35
---	-------