

La protección de la dependencia: ¿Un pilar de barro?

Monografía

Tendencias recientes en la protección social de la Dependencia en la UE.
Gregorio Rodríguez Cabrero

La gobernanza del sistema y las diferencias interterritoriales en el SAAD.
Vicente Marbán Gallego

Perspectiva jurídica y de políticas en el SAAD.
Toni Vilà

La autonomía personal en la LAAD.
Demetrio Casado

Una aproximación al coste de la dependencia y su financiación.
M^a Dolores de Prada Moraga y Luis Moisés Borge González

La atención a la dependencia como motor de desarrollo económico.
Belén Díaz Díaz y Rebeca García Ramos

El impacto de la LAPAD en el movimiento asociativo de la discapacidad.
Agustín Huete García

Envejecimiento, dependencia y hábitat de residencia. Un análisis de la provisión de cuidado formal e informal a los mayores en los entornos rurales de Castilla y León.

Ángel Martín Gómez, Jesús Rivera Navarro e Israel Gómez Rodilla

El desarrollo de la LAPAD: propuestas para el futuro.
Julia Montserrat Codorniu

Valoración de la situación del SAAD y propuestas de futuro.
Antonio Jiménez Lara

La mirada desde la experiencia en la intervención social con personas dependientes.
Patricio Fuentes Maltés y José Ramón Solanillas Vilá

La protección de la dependencia: ¿Un pilar de barro?

Coordinación del número:

RAÚL FLORES MARTOS

DOCUMENTACIÓN SOCIAL es una *revista de ciencias sociales y de sociología aplicada*. Desde su inicio en 1957 aborda las cuestiones referidas al desarrollo social combinando el análisis y el diagnóstico riguroso con la formulación de propuestas para su aplicación.

Este objetivo se concreta en tres ejes temáticos. El primero es el análisis de la estructura social y la desigualdad, en el que se abordan los temas relacionados con la pobreza y la exclusión, los procesos de desigualdad social y los colectivos desfavorecidos. Como segundo, los actores sociales, el Tercer Sector y su papel, así como sus políticas y sus propuestas referidas a los ámbitos del desarrollo social, en especial a las estructuras sociales y a la desigualdad. Y el tercero, las estructuras internacionales y sus efectos en el desarrollo y en la pobreza en el mundo, así como la cooperación internacional y el papel de los organismos multilaterales para el desarrollo.

Todos los artículos publicados son evaluados de forma anónima.

DOCUMENTACIÓN SOCIAL está incluida en LATINDEX, ISOC, SOCIOLOGICAL ABSTRAC, RAS, DIALNET, PSICODOC, SUMARIS CBUC, ULRICH'S, DICE, RESH y en el listado de Revistas Fuente en Sociología (IN~RECS).

177

Director: Sebastián Mora. Servicios Generales de Cáritas Española

Director Técnico: Francisco Lorenzo. Fundación FOESSA

Consejo de Redacción: Jaime Atienza. *Intermón Oxfam*. Pedro José Cabrera Cabrera. *Dpto. de Sociología y Trabajo Social. Universidad Pontificia Comillas de Madrid*. Almudena Cortés Maisonave. *Dpto. de Antropología Social. Universidad Complutense de Madrid*. Mercé Darnell. *Cáritas Diocesana de Barcelona*. Antonio Elizalde. *Universidad Bolivariana de Chile*. Félix García Moriyón. *Universidad Autónoma de Madrid*. Auxiliadora González Portillo. *Universidad Loyola Andalucía*. Germán Jaraíz Arroyo. *Universidad Pablo Olavide*. Manuela Mesa Peinado. *Presidenta de la Asociación Española de Investigaciones para la Paz*. Teresa Montagut Antoli. *Dpto. Teoría Sociológica. Universidad de Barcelona*. Víctor Renes. *Servicios Generales de Cáritas Española*. Enrique del Río Martín. *Director PROEMPLOO Sociedad Cooperativa*. Imanol Zubero. *Dpto. de Sociología. Universidad del País Vasco*.

Consejo Asesor: Julio Alguacil Gómez. *UC3M*. Rafael Aliena. *UV*. Ana Arriba. *UAH*. Juana Aznar. *UMH*. Julio Bordas. *UNED*. Olga Cantó Sánchez. *Univ. Vigo*. María Antonia Carbonero. *Univ. Illes Balears*. Concha Carrasco. *UAH*. Pedro Castón Boyer. *UGR*. Pedro Chaves Giraldo. *UC3M*. Delia Dávila Quintana. *Univ. Las Palmas de Gran Canaria*. Natividad de la Red. *UVa*. Coral del Río. *Univ. Vigo*. Gonzalo Fanjul. *+Social*. Josefa Fombuena. *UV*. Carlos García Serrano. *UAH*. Jordi Garreta Bochaca. *UDL*. Emilio Gómez Ciriano. *UCLM*. Jorge Guardiola. *UGR*. Jordi Guiu. *UPF*. Enrique Lluch Frechina. *Univ. CEU Cardenal Herrera*. Graciela Malgesini. *EAPN-ES*. Miguel Ángel Malo. *USAL*. Vicente Marbán. *UAH*. Pau Mari-Klose. *UB*. Flavio Marsiglia. *School of Social Work – SIRC Director*. Bibiana Medialdea. *UCM*. Fausto Miguelez. *UAB*. Francisco Javier Moreno Fuentes. *CSIC*. Antonio Moreno Mejías. *Centro de Recursos para Asociaciones de Cádiz y la Bahía*. Rosalía Mota López. *U. Comillas*. Ricardo Pagán Rodríguez. *UMA*. Jesús Pérez. *UNEX*. Begoña Pérez Eransus. *Univ. Pública de Navarra*. Jorge Rodríguez Guerra. *ULL*. José Juan Romero. *ETEA*. Esteban Ruiz Ballesteros. *UPO*. María Rosario Sánchez Morales. *UNED*. Sebastián Sarasa. *UPF*. Constanza Tobío Soler. *UC3M*. Teresa Torns. *UAB*. Fernando Vidal. *U. Comillas*. Cristina Villalba Quesada. *UPO*. Juan José Villalón Ogáyar. *UNED*. Ángel Zurdo. *UCM*.

Redacción de la Revista: Embajadores, 162 1ª planta
28045 Madrid

Tel. 91 444 13 35
documentacionsocial@caritas.es

DOCUMENTACIÓN SOCIAL no se identifica necesariamente con los juicios expresados en los trabajos firmados. Los artículos publicados en esta revista no pueden ser reproducidos total ni parcialmente sin citar la procedencia.

© **Cáritas Española**. Editores

ISSN: 0417-8106

ISBN: 978-84-8440-614-3

Depósito Legal: M. 4.389-1971

Preimpresión e impresión: Advantia Comunicación Gráfica, S. A. • 28906 Getafe

Sumario



Presentación

Raúl Flores Martos **7**



Monografía

1 Tendencias recientes en la protección social de la Dependencia en la UE.

Gregorio Rodríguez Cabrero **19**

2 La gobernanza del sistema y las diferencias interterritoriales en el SAAD.

Vicente Marbán Gallego **41**

3 Perspectiva jurídica y de políticas en el SAAD.

Toni Vilà **61**

4 La autonomía personal en la LAAD.

Demetrio Casado **79**

5 Una aproximación al coste de la dependencia y su financiación.

M^a Dolores de Prada Moraga y Luis Moisés Borge González **97**

6	La atención a la dependencia como motor de desarrollo económico.	
	<i>Belén Díaz Díaz y Rebeca García Ramos</i>	119
7	El impacto de la LAPAD en el movimiento asociativo de la discapacidad.	
	<i>Agustín Huete García</i>	143
8	Envejecimiento, dependencia y hábitat de residencia. Un análisis de la provisión de cuidado formal e informal a los mayores en los entornos rurales de Castilla y León.	
	<i>Ángel Martín Gómez, Jesús Rivera Navarro e Israel Gómez Rodilla</i>	163
9	El desarrollo de la LAPAD: propuestas para el futuro.	
	<i>Julia Montserrat Codorniu</i>	181
10	Valoración de la situación del SAAD y propuestas de futuro.	
	<i>Antonio Jiménez Lara</i>	209
11	La mirada desde la experiencia en la intervención social con personas dependientes.	
	<i>Patricio Fuentes Maltés y José Ramón Solanillas Vilá</i>	227



Documentación

1	La protección social de la dependencia a través de la LAPAD.	251
----------	---------------------------------------------------------------------------	------------



Reseñas bibliográficas

- 1** **Atlas de la crisis. Impactos socioeconómicos y territorios vulnerables en España.**
Marta Domínguez Pérez **265**
- 2** **El paradigma de la flexiguridad en las políticas de empleo españolas: un análisis cualitativo.**
Natividad de la Red Vega **269**
- 3** **Europa sin Estados. Unión política en el (des) orden global.**
Luis Moreno **273**



Presentación

Decía Enrique Anrubia⁽¹⁾ al respecto de la vulnerabilidad humana: “la fragilidad pervive y permanece en distintos grados y territorios de su vida, pero siempre está presente y no lo abandonará hasta el final de sus días”.

Por otro lado, no debemos olvidar una de las aportaciones más importantes a la filosofía del siglo XX, la consideración de Martin Heidegger⁽²⁾ sobre el ser o la esencia del hombre, quien promulga que “la esencia del ser humano es el cuidado y la temporalidad inherente, es el sentido de su propio ser”.

La síntesis de esta fragilidad humana y del sentido del ser humano residente en el cuidado, nos la acerca Leonardo Boff⁽³⁾, a través de su idea del cuidado, facilitándonos la comprensión de que “antes que cualquier otra cosa, el ser humano es alguien que debe ser cuidado”.

El monográfico que presentamos centra su análisis en los cuidados, concretamente en los cuidados de larga duración, aquellos que suelen ser precisos para las personas que viven situaciones de dependencia funcional. El reciente trabajo de Rosalía Mota y Fernando Fantova, sobre “Relaciones familiares y comunitarias como parte del capital social”⁽⁴⁾, nos pone sobre la pista de la importancia que

(1) ANRUBIA, E. (2008): La fragilidad de los hombres: la enfermedad, la filosofía y la muerte. Ediciones Cristiandad, Madrid.

(2) HEIDEGGER, M (2009): Ser y tiempo, Editorial Trotta, Madrid.

(3) BOFF, L. (2012): El cuidado necesario. Editorial Trotta, Madrid.

(4) MOTA, R. y FANTOVA, F. (2014): Relaciones familiares y comunitarias (primarias) como parte del capital social: Con especial referencia a los cuidados, Documento de trabajo 7.1. para el VII Informe FOESSA.

tiene la combinación de los cuidados formalizados con aquellos que se producen “en el seno de las relaciones familiares, o en todo caso de relaciones no mercantilizadas, profesionalizadas o formalizadas”. La tesis compartida con ambos autores es que en los cuidados, las personas necesitamos dimensiones del mismo que solo pueden ser fruto de las relaciones primarias (familiares o comunitarias), junto a otras que solo pueden satisfacerse en el marco de las relaciones formalizadas. Y que ambos cuidados no se neutralizan mutuamente, sino que multiplican la capacidad del uno sobre el otro y su acción simultánea permite un mejor apoyo y satisfacción de las necesidades de las personas dependientes.

La participación del sector público en el ámbito de los cuidados, es por tanto la respuesta del estado de bienestar, al abordaje del riesgo social de la dependencia, un riesgo “nuevo” y creciente en la sociedad española. Un riesgo social que podría estar afectando a más de 1,2 millones de personas en España y cuya protección social se ha organizado desde hace 8 años, a través del Sistema para la autonomía y la atención a la dependencia (SAAD) creado en el año 2006, por la Ley de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia (LAPAD).

La revisión de la protección social de la dependencia en España y algunas propuestas orientadas a la mejora futura de ésta, configuran el eje vertebrador de este monográfico. Aunque han transcurrido más de ocho años desde la puesta en marcha de la LAPAD, la ley que configuró como un derecho subjetivo de ciudadanía la promoción de la autonomía personal y la atención a las personas en situación de dependencia, no ha conseguido garantizarlo. Se han detectado importantes dificultades tanto en la financiación del sistema como en la coordinación entre las administraciones, y preocupan las grandes disparidades que existen en el sistema entre las diferentes comunidades autónomas, así como las dificultades para establecer un sistema realmente basado en la equidad social. Son momentos, por tanto, en los que se abren interrogantes sobre el futuro de la protección social de la dependencia, sobre el SAAD, sobre la gobernanza del sistema, los costes y su financiación, la sostenibilidad, así como sobre el impacto que la LAPAD y su puesta en práctica está teniendo en los diferentes colectivos en la sociedad, y en especial entre las personas en riesgo de pobreza o exclusión social.

En la reciente publicación de la revista de servicios sociales *Zerbiztuan*, dedicada a “La organización social de los cuidados de larga duración en un contexto de austeridad y precariedad”⁽⁵⁾, se defiende la importancia de la res-

(5) Martínez, L., Martínez, R (2015): La organización social de los cuidados de larga duración en un contexto de austeridad y precariedad. Revista Nº 60 *Zerbiztuan*. SIIS Centro de Documentación y Estudios. Donostia.

ponsabilidad de la política pública en el ámbito de la atención a la dependencia, pero desde el reconocimiento y la inclusión de la participación de las familias en la provisión de cuidados. Un punto de partida compartido, que no solo aleja los cuidados de larga duración de la lógica de la privatización e individualización de los riesgos sociales sino que apuesta por una socialización del riesgo. Una toma de posición por la primacía de los intereses de las personas dependientes y de sus cuidadores familiares, así como por un modelo orientado a la calidad y a la atención centrada en la persona. Ambos elementos, configuradores del mejor seguro para la socialización del riesgo de dependencia entre los diferentes actores implicados. Por tanto nos acercamos a la protección social de la dependencia desde la confianza de que constituye un instrumento para lograr el bienestar y la calidad de vida de las personas en situación de dependencia y de que, al mismo tiempo, es una forma de inversión social.

Los artículos que componen la presente revista realizan un recorrido exhaustivo por cada uno de los niveles, sistemas y subsistemas, así como factores que se encuentran incidiendo en la protección social de la dependencia, por lo que en su conjunto constituyen una buena compilación del statu quo. La evaluación global de todos los artículos nos anima a compartir algunos de los elementos que han tenido mayor redundancia y trascendencia desde el punto de vista del bienestar de las personas y en especial desde la defensa de los derechos humanos y de las necesidades de las personas con mayor riesgo de pobreza y exclusión social.

- La cuestión de la financiación es crucial, ya que presenta una debilidad originada en la inexistencia de un soporte financiero sólido, con un alto nivel de coordinación interadministrativa que asegure la adecuada gobernanza del sistema, y con unos criterios homogéneos que establezcan la participación de los usuarios en el mismo. Los elementos expuestos en relación a la financiación, están generando una situación en la que se registran serias dificultades para asegurar la equidad entre las autonomías, y entre los diferentes niveles de renta. Especialmente graves son las repercusiones que el diseño del copago está teniendo entre la población con menos recursos, y por la progresiva pérdida de universalidad que el SAAD está sufriendo.
- Falta desarrollo y definición de los servicios dirigidos a la prevención de las situaciones de dependencia. Esta pasa por un trabajo en equipo multidisciplinar que integre a los profesionales, las personas dependientes y sus familias, de forma que dicha prevención, asegure el mantenimiento de la independencia y autonomía de la persona, procurando la disminución del coste de atención global y la mejora de la calidad de vida. De otro

lado, es necesaria y urgente la corrección de las dificultades y negaciones internas que la Ley acumula en cuanto a la promoción de la autonomía personal: eliminando la prioridad de los servicios sobre las prestaciones económicas, suprimiendo la excepcionalidad de la PECEF, revalorizando sus cuantías hasta niveles equiparables a las de las prestaciones alternativas, y ampliar las compatibilidades de las prestaciones económicas y los servicios, incluyendo la posibilidad de complementar la PECEF, no sólo con la teleasistencia, sino también con la ayuda a domicilio, los centros de día y de noche y las estancias residenciales.

- Es necesario incrementar los cuidados en el entorno familiar, y la compatibilidad de éstos con los cuidados formales, desarrollando su adecuada combinación. La promoción de los cuidados familiares, desde el aseguramiento de la libertad de elección, pero también del adecuado bienestar y cuidado de la persona dependiente. Para lo cual se estima como necesario el acompañamiento y la orientación a las familias, así como la existencia de servicios de respiro, servicios de ayuda a domicilio de menor intensidad, que hagan posible y satisfactorio el cuidado en la familia, que evite la desconexión con los servicios sociales, y mantenga una relación abierta entre la familia y la administración de forma que siempre se asegure el interés superior de la persona más débil.
- La oportunidad de que la atención a la dependencia sea una inversión social que actúe como motor de un desarrollo económico real, que pueda generar empleos bien remunerados, estables, protegidos y por tanto unas condiciones de vida dignas para las personas que ofrezcan los cuidados formales, y no solamente un gasto social totalmente justificado y éticamente imprescindible en una sociedad que protege los derechos humanos.
- La revisión del desarrollo que el SAAD está teniendo en el hábitat rural y su oportuna adaptación al medio físico en el que reside más del 20% de la población, y cuyas características espaciales y de recursos sociales son generadoras de mayores dificultades de integración social.
- Una atención centrada en la persona que anteponga su dignidad, a los resultados de la gestión (económicos o de otro tipo) del servicio, que proteja la dimensión social y comunitaria de la persona y de la intervención sobre la misma. El acceso y disfrute de los recursos comunitarios será un factor necesario para el mantenimiento y promoción de los vínculos comunitarios, así como la generación de nuevos vínculos. Una dimensión, la comunitaria, estrictamente necesaria para la viabilidad del rol social de las personas con dependencia, como miembros activos de la comunidad y como ciudadanos con derechos.

- La necesidad inminente de coordinación socio-sanitaria en la que los sistemas se adapten a cada persona y a sus necesidades, que redunde en una mayor calidad asistencial, una mejora de la calidad de vida de las personas en situación de dependencia y en la necesaria optimización de los recursos.

Iniciamos el monográfico abordando el marco de la protección social a la dependencia en el entorno de la Unión Europea, y observando el lugar que ocupa y las características contrastadas del caso español en el contexto europeo. El primer artículo de **Gregorio Rodríguez Cabrero**, permite situar las tendencias recientes en el desarrollo de la protección social a la dependencia en los diferentes estados de bienestar de la Unión Europea. Una aproximación a los modelos de atención a los cuidados de larga duración que realiza un recorrido desde la situación presente y sus principales impactos, al papel relevante como instrumentos para el bienestar social y como forma de inversión social. Para finalmente analizar los retos a afrontar en el contexto de políticas de austeridad y recortes sociales, de refamiliarización de los cuidados y remercantilización de servicios sociales públicos. Unos retos que precisan a la implicación de todos los actores y la adopción de mejoras en tres niveles: las mejoras integrales en los cuidados, las mejoras organizativas mediante la coordinación e integración de servicios, y la centralidad de la dimensión institucional o política.

El segundo artículo desarrollado por **Vicente Marbán Gallego** analiza la gobernanza de los principales sistemas de cuidados de larga duración europeos. Un análisis centrado en la coordinación entre los distintos niveles de las administraciones públicas y en las formas de gobierno multinivel. Tras la mirada al ámbito europeo, el autor se centra en la gobernanza de la dependencia en España abordando la gestación política del modelo y las limitaciones del mismo, entre la que destacan las diferencias e inequidades territoriales de nuestro sistema. Se describe un sistema de dependencia en el que la administración central posee una escasa capacidad para compensar los desequilibrios regionales y la descoordinación entre las distintas CCAA, así como un modelo de gobernanza entre las Administraciones Central y Autonómica relativamente inestable y sometido a vaivenes políticos. El artículo centra las cinco diferencias interterritoriales más importantes en: la demora en las resoluciones, las listas de espera, los diferentes niveles de cobertura del SAAD, la gran disparidad en el peso relativo de las aportaciones en la financiación de la dependencia, y en la valoración y criterios a emplear en el copago. El artículo concluye con la exposición de cinco propuestas orientadas al perfeccionamiento del sistema: el desarrollo de una Ley marco de los servicios sociales, el reforzamiento del papel de los consejos y comités consultivos, la recuperación de las cotizaciones en la Seguridad Social para los cuidadores, el reforzamiento y aseguramiento de la

financiación del SAAD mediante un pacto de Estado, y la asignación de mayor protagonismo a los municipios.

La contribución de **Toni Vilà** al monográfico nos acerca a una reflexión que sirva para la revisión del SAAD, desde las políticas y la legislación, en torno a cuatro líneas principales. En primer lugar la autonomía personal como principio y derecho del colectivo de personas en situación de dependencia a decidir sobre las cuestiones que afectan a su vida. En segundo lugar sobre la necesidad de aplicar el modelo de atención centrada en la personas. En tercer lugar sobre la utilización del enfoque territorial y la clarificación de las competencias y de las consecuentes responsabilidades, incluida la financiación. Para finalmente abordar la cuestión de la coordinación y/o integración del espacio sociosanitario como forma de promoción de la autonomía y atención a las situaciones de dependencia.

Para profundizar en el primero de los dos componentes del objeto de la Ley 39/2006 de Promoción de la Autonomía Personal y atención a las personas en situación de dependencia, conocida como LAPAD y LAAD, el monográfico acoge la aportación de **Demetrio Casado**, que establece un diagnóstico de la situación actual del desarrollo de la ley en cuanto a la autonomía personal y que plantea una serie de medidas para corregir las deficiencias observadas en este sentido. Aunque la LAAD incluye disposiciones favorecedoras de la autonomía moral, también contiene otras que la niegan; y en algunas de las normas de desarrollo aprobadas, se han adoptado reformas que añaden dificultades. Por otra parte, la LAAD, además de omitir la definición de los servicios de promoción de la autonomía personal, no cuenta con los medios, actuales y posibles, para ese fin del Sistema Nacional de Salud. Desde la detección de estos problemas relativos a la autonomía personal, se avanzan algunas posibles vías de trabajo para su superación, como podrían ser: la eliminación de la prioridad de los servicios sobre las prestaciones económicas, la supresión de la excepcionalidad de la PECEF, la compatibilización de las prestaciones económicas y los servicios, o la generación de una herramienta para el ejercicio de la autonomía de elección, a través de los fondos personales de dinero y/o horas.

El quinto artículo de la revista ha sido elaborado por **María Dolores de Prada y Luis Moisés Borge**, y realiza una aproximación al coste de la dependencia y a su financiación, como elementos de obligado análisis para el aseguramiento del cumplimiento de los objetivos del SAAD, así como para el correcto funcionamiento y sostenibilidad del sistema. El artículo presenta una estimación del estimado el coste de la atención a la dependencia en el año 2014 en España, para cada una de las prestaciones que constituyen el catálogo de la dependencia. Al mismo tiempo que analiza la financiación de la dependencia desde los tres

pilares básicos que contempla la ley: la Administración General del Estado, las Comunidades Autónomas y la aportación de los beneficiarios.

Además de la mirada al coste y por tanto al gasto público que precisa la protección social de la dependencia, el monográfico añade una reflexión sobre la atención a la dependencia como impulsor de la actividad económica y como factor generador de empleo, realizado por **Belén Díaz y Rebeca García** de la Universidad de Cantabria. Las autoras demuestran como el gasto social destinado a dependencia ha constituido y constituye un impulsor del empleo y de la actividad económica. A partir de un análisis de ratios, se compara el impacto económico del gasto social en atención a la dependencia considerando su efecto sobre el PIB, el empleo, los impuestos y la Seguridad Social, y concluyen que la importante contribución del sector de la atención a la dependencia al desarrollo económico y el empleo es incuestionable, habiéndose creado 150.000 puestos de trabajo entre 2006 y 2014 (mientras se destruía empleo en otros sectores de la economía española) y previéndose la creación de más de 80.500 puestos de trabajo vinculados a la actividad necesaria para satisfacer a las 393.012 personas pendientes de recibir prestación en España. Un ejemplo, por tanto, de cómo el gasto social es una importante inversión social, entre otras razones por el importante retorno que tiene para el desarrollo económico de las naciones.

El artículo firmado por **Agustín Huete**, nos propone un acercamiento a la intersección entre la dependencia y la discapacidad, a través de la revisión del impacto que la LAPAD ha tenido en el terreno de la discapacidad y concretamente en el movimiento asociativo de la misma. Se analiza el solapamiento y confusión de los conceptos “discapacidad” y “dependencia”, a partir de su configuración jurídica, demográfica y presupuestaria, en el contexto del denominado “modelo social de la discapacidad” y la Convención de Naciones Unidas sobre los derechos de las personas con discapacidad (CDPD). Al mismo tiempo que se elabora el análisis de como la Ley ha contribuido a precipitar algunos elementos críticos para las organizaciones sociales de la discapacidad, que tradicionalmente operaban en la prestación de apoyos a las personas con discapacidad. Impactos relacionados con su identidad, organización y financiación.

El octavo artículo introduce un ejemplo de la provisión de cuidados de larga duración en los entornos rurales de Castilla y León, que pone en relación el envejecimiento con la dependencia y todo ello con el hábitat rural. El trabajo desarrollado por **Angel Martín, Jesús Rivera e Israel Gómez**, se propone un doble objetivo. En primer lugar, corroborar si la puesta en marcha de la LAPAD en Castilla y León se puede catalogar de modélica y, en segundo lugar, analizar la adecuación de los recursos destinados a la provisión de cuidados de los mayores en el medio rural responde a las necesidades efectivas. Mientras

que Castilla y León es puesta como modelo de implementación de la LAPAD, entre otras razones por síntomas positivos en el cumplimiento de los plazos, la inversión económica destinada o la celeridad en tramitaciones de dictámenes y solicitudes. Sin embargo, también parecen existir evidencias de que no en todos los hábitats existe una adecuación de los recursos puestos a disposición de las personas en situación de dependencia a sus necesidades.

Desde la publicación de la LAPAD y su aplicación en el sistema para la autonomía y atención a la dependencia, se han producido una serie de desajustes en el modelo de financiación y provisión de las prestaciones establecidas en la Ley, que son analizados por **Julia Montserrat**, y que sirve como base para la elaboración de una serie de propuestas que persiguen la mejorar del sistema de financiación y del nivel asistencial establecido. El modelo de financiación, el equilibrio financiero entre la administración general del estado y las autonomías, la contribución de los usuarios a la financiación de las prestaciones y las políticas de contención de gastos más recientes, dan paso a un conjunto de propuestas de futuro que abarcan desde la reforma del sistema de financiación del SAAD (incremento de los módulos de financiación del nivel mínimo, la incondicionalidad de las transferencias a las autonomías, el copago no recaudatorio), hasta la revisión del catálogo de prestaciones de la LAPAD.

En la línea de valorar la situación actual del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, **Antonio Jiménez Lara**, presenta un artículo en el que valora la importancia que la Ley estableció al reconocer un derecho subjetivo de la ciudadanía y las dificultades que se han encontrado en estos más de ocho años para que dicho derecho fuera garantizado. Desde esa perspectiva, se formulan una serie de propuestas dirigidas a hacer viable y sostenible la atención a todas las personas en situación de dependencia, mediante algunas propuestas: un acuerdo de estado que exprese el compromiso de los distintos actores con la aplicación efectiva de la LAPAD, un blindaje que asegure la dotación de recursos suficientes, la incorporación plena de la dependencia en el modelo de financiación autonómica, el perfeccionamiento del modelo que permita la corrección de las disfuncionalidades observadas y la apuesta por el desarrollo efectivo del espacio sociosanitario.

A modo de cierre de este número de Documentación Social, se recoge la experiencia en la intervención social con personas dependientes que ha adquirido Cáritas a través de los diferentes programas que la entidad desarrolla en el contexto español. **Patricio Fuentes y José Ramón Solanillas** apuestan por la ética como espacio desde donde situar los argumentos y reflexiones que nos ayudarán a encontrar los valores, hábitos y costumbres más adecuados para dar respuesta a sus necesidades de las personas dependientes. Al mismo tiempo

que acercan al lector una serie de buenas prácticas que persiguen la mejora de las condiciones de vida de las personas dependientes y que demuestran el tipo de compromiso que la entidad ha adquirido en este terreno. Esta experiencia se observa a través de iniciativas como: *la atención centrada en la Persona, los centros libres de sujeciones, la estimulación multisensorial de la persona dependiente, la tutela de las personas sumamente dependientes o la prevención de la dependencia mediante el acompañamiento en domicilio.*

En la sección **Documentación** ofrecemos tres informes que nos ofrecen una mirada retrospectiva a los logros y los retos pendientes en la aplicación de la Ley de Promoción de la Autonomía personal y Atención a las personas en situación de Dependencia (LAPAD). Así mismo, los informes realizan una revisión, evaluación y algunas propuestas al Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD).

Por una parte, el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, a través del Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO) (Secretaría de Estado de Servicios Sociales e Igualdad) elabora anualmente un informe a partir de los datos aportados por las CCAA al Sistema de Información del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SISAAD). En esta ocasión presentamos el último informe elaborado (correspondiente a 2015), el *Avance de la evaluación 2015 del sistema para la autonomía y Atención a la dependencia*

Por otro lado, la Asociación Estatal de Directores y Gerentes de Servicios Sociales viene realizando de manera periódica unos informes correspondientes al observatorio de la Ley 39/2006 de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia (LAPAD). Tomamos como referencia el *XV Dictamen del Observatorio*, publicado en julio de 2015.

Para completar y cerrar la documentación más relevante y reciente al respecto de la LAPAD y el SAAD, aportamos el Informe N° 1.035 del Tribunal de Cuentas, órgano dependiente directamente de las Cortes Generales, que nos ofrece el *Informe de fiscalización sobre las medidas de gestión y control adoptadas por las comunidades autónomas para la adecuada aplicación de la ley 39/2006.*

RAÚL FLORES MARTOS

Monografía

1	Tendencias recientes en la protección social de la Dependencia en la UE.	
	<i>Gregorio Rodríguez Cabrero</i>	19
2	La gobernanza del sistema y las diferencias interterritoriales en el SAAD.	
	<i>Vicente Marbán Gallego</i>	41
3	Perspectiva jurídica y de políticas en el SAAD.	
	<i>Toni Vilà</i>	61
4	La autonomía personal en la LAAD.	
	<i>Demetrio Casado</i>	79
5	Una aproximación al coste de la dependencia y su financiación.	
	<i>M^a Dolores de Prada Moraga y Luis Moisés Borge González</i>	97
6	La atención a la dependencia como motor de desarrollo económico.	
	<i>Belén Díaz Díaz y Rebeca García Ramos</i>	119
7	El impacto de la LAAD en el movimiento asociativo de la discapacidad.	
	<i>Agustín Hueté García</i>	143
8	Envejecimiento, dependencia y hábitat de residencia. Un análisis de la provisión de cuidado formal e informal a los mayores en los entornos rurales de Castilla y León.	
	<i>Ángel Martín Gómez, Jesús Rivera Navarro e Israel Gómez Rodilla</i>	163
9	El desarrollo de la LAAD: propuestas para el futuro.	
	<i>Julia Montserrat Codorniu</i>	181
10	Valoración de la situación del SAAD y propuestas de futuro.	
	<i>Antonio Jiménez Lara</i>	209
11	La mirada desde la experiencia en la intervención social con personas dependientes.	
	<i>Patricio Fuentes Maltés y José Ramón Solanillas Vilá</i>	227



Tendencias recientes en la protección social de la Dependencia en la UE

Gregorio Rodríguez Cabrero

Universidad de Alcalá

gregorio.rodriguez@uah.es

Fecha de recepción: 30/11/2015

Fecha de aceptación: 15/12/2015

Sumario

1. Panorama actual de las políticas de CDL en la UE.
2. Las políticas de austeridad y su impacto en el bienestar y en la inversión social.
3. Retos en las políticas de CLD en la UE.

RESUMEN

En este trabajo se destacan las tendencias generales recientes en el desarrollo de la protección social a la dependencia o cuidados de larga duración (CLD) en los diferentes regímenes de bienestar de la Unión Europea (UE).

Para ello, y en primer lugar, trazamos una panorámica general de la situación de los CLD en la UE y sus principales impactos. En segundo lugar, analizamos los CLD desde la doble perspectiva de que son un instrumento para lograr el bienestar y la calidad de vida de las personas en situación de dependencia y de que, al mismo tiempo, son una forma de inversión social. Finalmente, se analizan los retos que afrontan las políticas de CLD en el contexto de las políticas dominantes de austeridad expansiva o recortes sociales, refamiliarización de los cuidados y remercantilización de servicios sociales públicos.

Palabras clave:

Cuidados de larga duración, protección social, cuidados informales y formales, régimen de bienestar, gasto social e inversión social.

**ABSTRACT**

This article emphasizes the recent tendencies on the development of social protection dependency or long-term care (LTC) in the European context of welfare regimens.

For it, in the first place, we outline a general overview of European LTC policies and man impacts. Secondly, we analyse the LTC under a double perspective, as programmes to achieve welfare and life quality for dependent people and also as a way of social investment. Finally, we describe the challenges of LTC policies in the context of the leading policies of expansive austerity or social spending cutbacks, re-familiarisation of care and recommodification of public social services.

Key words:

Long-term care, social protection, informal and formal care, welfare regime, social spending and social investment.

1 PANORAMA ACTUAL DE LAS POLÍTICAS DE CDL EN LA UE

Los CLD han sido el último desarrollo de los sistemas de protección social en la UE, bien como extensión de la red pública de servicios sociales universales (régimen nórdico de bienestar), como ampliación cualificada de la red asistencial de servicios sociales de dependencia (régimen anglosajón); como creación específica de programas nacionales en el marco de la Seguridad Social (régimen continental); como desarrollo de nuevas combinaciones protectoras entre los cuidados informales y los servicios sociales públicos y privados - bajo una lógica universal, como es el caso de España dentro del régimen mediterráneo de bienestar - o - bajo una lógica asistencial, como son los casos de Italia, Portugal y Grecia; o, finalmente, como nuevos desarrollos que tratan de crear programas asistenciales que apoyen la estructura social de cuidados informales (caso de los países que se pueden inscribir en el llamado régimen de bienestar del Este de Europa, con amplias diferencias en su seno).

Siendo la situación de dependencia una contingencia o riesgo social que en modo alguno es nueva⁽¹⁾, se ha considerado por la literatura sobre política social que la situación de dependencia es un riesgo nuevo debido al impacto creciente del envejecimiento de la población (si bien el envejecimiento, en sí mismo, no implica dependencia) y al hecho de que la carga de cuidados limita el acceso de las mujeres cuidadoras al mercado de trabajo, así como nuevos retos en la distribución de la carga de cuidados en el seno de los hogares. Por otra parte, los CLD no sólo afectan a las necesidades de cuidados personales e instrumentales, sino también al entorno físico (vivienda, eliminación de barreras) y social (la estructura social de los cuidados), lo que hace de los CLD una política compleja y transversal.

De hecho, los factores que influyen en la capacidad de tener una vida con una relativa o plena autonomía son muy variados y se refuerzan entre sí, tanto en su disponibilidad como en su posible carencia, como son la capacidad de vivir sólo y el tipo de hogar, la existencia de un entorno social y físico “amigable”, la existencia y accesibilidad de servicios formales, la coordinación sociosanitaria o la existencia y papel de las nuevas tecnologías de la información (caso de la teleasistencia y oferta de espacios domóticos).

(1) La protección a las situaciones de dependencia tiene una larga historia tanto en el sistema contributivo de la Seguridad Social (invalidez laboral), como en el sistema asistencial (la atención a la discapacidad de nacimiento o sobrevenida con el tiempo).



La respuesta a las situaciones de dependencia en la mayoría de los países que forman parte del modelo social europeo (MSE) es muy diversa debido a dos factores: a) por una parte, por el relativo nivel de institucionalización de los CDL (comparado con la atención sanitaria, por ejemplo, con la que tienen una elevada interrelación); b) por otra parte, por la variedad de regímenes de bienestar o de cuidados o de diferentes combinaciones de regulación, financiación, organización y provisión que existen entre los diferentes países, en los que los factores culturales tienen una gran importancia a la hora de explicar cómo se articulan los cuidados formales y los informales.

Dada su creciente importancia social y económica, la UE contempla los CLD, en cuanto última rama de la protección social, dentro de una estrategia integrada de la que forman parte el sistema de pensiones, una atención sanitaria sostenible y la política de inclusión social. Desde 2013 los CLD forman parte del denominado “paquete de inversión social”⁽²⁾. De acuerdo con el método abierto de coordinación (MAC) las políticas de CLD tienen cuatro objetivos: a) garantizar el acceso de las personas en situación de dependencia a la atención sanitaria y a los servicios sociales de cuidados, evitando las desigualdades y la pobreza; b) promover la calidad de la atención asegurando que los programas de cuidados se adaptan a las necesidades de las personas y sus preferencias, aplicando el criterio de proactividad; c) promover la salud y estilos de vida saludables; d) y, por último, hacer un uso racional o sostenible de los recursos a la vez que favorecer un tipo de gobernanza de enfoque cooperativo entre los diferentes actores sociales e institucionales y entre los diferentes niveles de gobierno.

Las recomendaciones de la Comisión Europea, desde casi los inicios de este siglo, han promovido la lógica de que los CLD se materialicen en programas que se orienten al logro de tres objetivos: avanzar hacia una cobertura universal basada en el derecho subjetivo, garantizar unos cuidados de calidad y hacer sostenibles las políticas dado el peso del envejecimiento y sus consecuencias en la esperanza de vida (en la que la discapacidad tiene un peso creciente con la edad, caso de las enfermedades cognitivas o demencias como el Alzheimer).

Dar una respuesta eficaz a las situaciones de dependencia implica lograr avances en eficiencia (reduciendo costes de oportunidad y aumentando la demanda de trabajo en el mercado ordinario de los cuidadores y mejorando la coordinación entre las diferentes prestaciones y servicios sociales), así como en calidad de vida (de las personas cuidadas, de los cuidadoras y evitar la institucionalización temprana). Sin embargo, existen dificultades para comparar los

(2) European Commission (2013): “Social investment Package”. Staff Working Document (SWD): “Long-term care- Challenges and policy options”. Brussels: EC. 20.2.2013, SWD.

distintos modelos nacionales de CLD de la UE y su rendimiento debido a las diferencias institucionales existentes entre dichos modelos, la ausencia de una definición común (existente, por el contrario, en el ámbito sanitario), la desigual combinación de las dimensiones social y sanitaria y a las dificultades de medición de los resultados (en los que tiene mucho peso la dimensión subjetiva)⁽³⁾.

Al trazar una visión panorámica de los CLD en la UE hay que tener en cuenta diferentes niveles de análisis: a) la combinación de cuidados formales e informales, b) el marco institucional de los cuidados y las formas de organización de la provisión y c) la sostenibilidad de los sistemas y sus resultados. Estos tres niveles de análisis son los que consideramos a continuación con el fin de mostrar las grandes tendencias que definen la naturaleza de las políticas de CLD. Buena parte de estos niveles de análisis han sido recogidos tanto por la literatura propia⁽⁴⁾, como extranjera⁽⁵⁾, a la que nos remitimos como marcos de análisis que pueden contribuir a clarificar la complejidad de la regulación, financiación y organización de los CLD.

A continuación analizamos de manera sucinta estos tres niveles, centrándonos más en las tendencias generales del MSE de CLD que en las diferencias específicas entre regímenes de bienestar que serán objeto de consideración en el siguiente epígrafe.

a) Los CLD como combinación específica de cuidados formales e informales. Todos los modelos europeos son una combinación de cuidados formales e informales. En lo que se refiere a los cuidados formales el peso de la atención sanitaria viene a suponer aproximadamente el 30% del coste y el resto, un 70%, es coste en servicios sociales. Por su parte, los cuidados informales constituyen

(3) LEICHSENRING, K., J. BELLINGS y H. NIES (2013): "Long-term care in Europe-Improving policy and practice. Basingstoke: Palgrave MacMillan. EUROPEAN COMMISSION (2015): "2015 Ageing Report. Economic and Budgetary projections for the 28 EU Member States (2013-2060). Brussels. European Commission.

(4) ARRIBA, A. y J. MORENO (ED.) (2009): "El tratamiento de la dependencia en los regímenes de bienestar europeos contemporáneos. Madrid. IMSERSO; RODRÍGUEZ CABRERO, G. (2011): "Políticas sociales de atención a la dependencia en los regímenes de bienestar de la Unión Europea", Cuadernos de Relaciones Laborales, vol. 29, n.º 1 (enero-junio), 2011; RODRÍGUEZ CABRERO, G. (2011): "Tendencias recientes en el desarrollo de los sistemas públicos europeos de atención a la dependencia", Actas de la dependencia n.º 1, págs. 66-91. RODRÍGUEZ CABRERO, G. y V. MARBAN GALLEGO (2014): "Atención a la dependencia en una perspectiva europea: de la asistencialización a la cuasi-universalización", en Eloísa del Pino y Josefa Rubio Lara: "Los Estados de Bienestar en la encrucijada". Madrid: Tecnos.

(5) PACOLET, J. (2006): «Protección social de personas mayores dependientes: sostenibilidad del Estado de Bienestar y ámbito del seguro de cuidados de larga duración», Revista Española del Tercer Sector, n.º 3, mayo-agosto, 111-160.

WOITTEZ, I. y STEVENS, J. (2007): Comparing care, the care of the elderly in ten EU Countries, the Netherlands, Institute for Social Research/SCP, The Hague.

PAVOLINI, E. y RANCI, C. (2008): «Restructuring the Welfare State: reforms in long-term care in Western European countries», Journal of European Social Policy, vol. 18, n.º 3, 246-259; POMMER, E.

HUBER, M.; RODRIGUES, R.; HOFFMANN, F.; GASIOR, K.; MARIN, B. (2009): Facts and figures on Long-term care: Europe and North America, European Centre for Social Welfare Policy and Research, Viena.

COLOMBO, F. y otros (2011): Help wanted?. Providing and Paying for Long-term Care. Paris: OCDE.

RANCI, C. and PAVOLINI, E. (2013): Reforms in long-term care policies in EU countries, Springer. New York.



aún hoy el peso fundamental de la estructura de los CLD. Estos son mixtos en su más amplio sentido ya que combinan tanto la atención personal como la de carácter instrumental; también combinan acciones de prevención, rehabilitación, cuidado y respiro; combinan servicios con prestaciones económicas, siendo estas últimas un medio de pago de servicios o una forma de compensar parcialmente el trabajo del cuidador informal. En todo caso, la naturaleza mixta de los CLD viene dada, sobre todo, por el hecho de que la acción pública y los cuidados familiares intervienen siempre en mayor o menor medida.

En todos los modelos nacionales de CLD el peso del cuidado informal o familiar es abrumador. Así, lo constatan los diferentes informales nacionales e internacionales. Así, según la OCDE⁽⁶⁾, referido a información de 2013, la población con 50 y más años que realiza trabajo de cuidados alcanza un porcentaje del 15 %. Países como Bélgica (19,7%), Reino Unido (17,5%), Francia (16,5%), Holanda (15,9%) e Italia (15,4) superan a España (13,5). Una actividad realizada en gran medida por mujeres con porcentajes que varían entre un máximo del 70,1% (Eslovenia) y un mínimo en países como Suecia (54,8%), Dinamarca (55,9%), Bélgica (56,1%) y Holanda (57,9%), ocupando posiciones intermedias Francia (63,3%), Italia (63,2), España (61,9%) y Reino Unido (61,7%). Por lo tanto, la franja de edad de más de 50 años femenina tiene una clara sobrerrepresentación en el sistema de CLD.

Este último factor es el realmente importante si bien las diferencias entre países no son especialmente dramáticas. La frecuencia con la que las personas en situación de dependencia reciben cuidados informales diariamente alcanza su máximo en el caso de España (86% de las personas cuidadas) y su frecuencia mínima en Suecia (59%). En los países continentales la intensidad del cuidado informal diario es también muy elevada, tal como sucede en Austria (79%), Francia (78%) y Alemania (71%).

Este panorama de la extensión e intensidad de los cuidados informales nos lleva a dos conclusiones obvias: que los cuidados informales en la UE son un elemento estructural del sistema de CLD sobre el que se sostiene todo el andamiaje de las políticas públicas de protección social a la dependencia, a los que estas vienen a complementar y reforzar y excepcionalmente a sustituir; en segundo lugar, las diferencias entre países con avanzados sistemas de protección (países nórdicos) y otros países (continentales y del Sur de Europa), tienen una relativa importancia en cuanto a la intensidad de los cuidados informales pero, en mucho menor grado, en lo que se refiere a la concentración de la carga de cuidados en las mujeres.

(6) OCDE (2015): *Health at a glance*. París: OCED.

En las tendencias recientes de las políticas de CLD, bajo el contexto de las políticas de austeridad expansiva, el retroceso o congelación de la acción pública ha supuesto un mayor reconocimiento del cuidado informal con el objetivo de abaratar los costes públicos, ya que en conjunto el gasto en prestaciones económicas viene a ser la tercera parte del coste en servicios. Pero al mismo tiempo, las políticas de activación e inversión social tienen como objetivo promover una mayor participación de las mujeres en el mercado de trabajo, lo cual supone una suerte de cuadratura del círculo si no se desarrollan sistemas flexibles de conciliación, compensaciones económicas en el caso de los contratos a tiempo parcial que hagan posible los cuidados, si no se dispone de una red extensa de servicios comunitarios de apoyo y respiro del cuidador y, no menos importante, si no se promueven políticas de igualdad en la distribución de la carga entre hombres y mujeres.

b) El marco institucional de los cuidados y las formas de organización de la provisión. En general, el MSE de CLD inició a principios de la pasada década un proceso de transición desigual desde un modelo asistencial (CLD para población en situación de dependencia sin recursos) y de Seguridad Social (prestaciones sociales en el caso de la invalidez) hacia un modelo que tiende a orientarse, con profundas desigualdades entre países, hacia el reconocimiento del derecho subjetivo a los CLD para todos los ciudadanos a los que se reconoce la situación de dependencia.

Se trata de un proceso evolutivo desigual ya que los países del régimen nórdico empezaron a materializar la cobertura universal desde finales de la década de los años 70 del siglo pasado: los países continentales han avanzado en esa dirección entre 1995 y 2005; los países mediterráneos, con la excepción de España que pone en marcha una cobertura universal el 1 de enero de 2007 (actualmente en situación de estancamiento), se encuentran en un proceso de regresión (Grecia y Portugal) o de estancamiento (Italia); los países anglosajones siguen instalados en un sistema asistencial, concentrando las políticas de cuidados en la población con niveles más graves de dependencia; y los nuevos países miembros de la Europa del Este se encuentran en una fase de reorganización y expansión de sus sistemas asistenciales.

La crisis económica y financiera de 2008 y las políticas aplicadas de reducción del gasto social han tendido al descompromiso de los Estados en la respuesta pública a la dependencia y a derivar hacia la familia y el individuo una mayor responsabilidad de la respuesta a la contingencia. La responsabilidad familiar no sólo sigue siendo central en la atención a la dependencia sino que ha tendido a reforzarse en los últimos años mediante políticas de conciliación que no siempre asumen las empresas cuando se plantean períodos largos de



excedencia. La posición en el mercado de trabajo es un factor explicativo central en la medida en que, por ejemplo, las mujeres trabajadoras profesionales compran en el mercado, formal o informal, la prestación de servicios privados antes de poner en riesgo su empleo o su promoción profesional; por el contrario, las mujeres con empleos precarios pueden encontrar incentivos al abandono del mercado de trabajo si la suma de las prestaciones económicas y el alejamiento de malas condiciones de trabajo y bajos salarios compensa el abandono del mercado de trabajo.

Por todo ello, el proceso de extensión universal que se pone en marcha en el régimen continental de bienestar, así como en España desde 2007, no supone retroceso alguno en la responsabilidad familiar, que con la crisis ha vuelto a reforzarse, ni una reorganización interna de los cuidados que favorezca a las mujeres, en la medida en que el grueso de los cuidadores son mujeres alejadas del mercado de trabajo o que lo abandonan ante sus malas condiciones laborales.

Por otra parte, la diversidad de actores institucionales y económicos que intervienen en la atención a la dependencia hace que los sistemas de CLD sean complejos en cuanto a coordinación y organización de la provisión. Así, la mayoría de los sistemas han tendido a la descentralización con una división de funciones entre el Estado (regulación y parte de la financiación), las administraciones regionales (que planifican, financian y controlan los servicios especializados y las prestaciones económicas) y los gobiernos locales (puerta de entrada en el sistema de CLD y gestores de los servicios comunitarios). Todo ello sin considerar aquí la importancia de la sanidad en la evaluación de la situación de dependencia y en la atención que realiza como apoyo a los servicios sociales. En general, la tendencia general de todos los modelos europeos ha sido hacia la descentralización y formas de coordinación entre sistemas sociales y sanitarios.

Uno de los ejes de fuerza que han favorecido el desarrollo de los sistemas de dependencia ha sido la necesidad de descargar al sistema sanitario (más caro que los servicios sociales y menos eficiente en cuanto a cuidados personales en la vida cotidiana) de los cuidados personales a la vez que crear formas de coordinación entre ambos sistemas para la mejora de la calidad de la atención y de la eficiencia de la intervención conjunta.

Finalmente, si la gestión de las prestaciones económicas es de responsabilidad pública no sucede lo mismo con la gestión de los servicios. Históricamente, en los países de régimen continental y mediterráneo ha tenido un peso dominante el sector no lucrativo en la provisión de servicios de dependencia. Con la importancia creciente de la demanda social de cuidados, una mayor regulación pública de los CLD y la consolidación de la filosofía de externalizar la provisión de servicios, se ha producido un proceso de desplazamiento selectivo del sector

no lucrativo por el sector mercantil que ha encontrado en el sector de la dependencia un espacio de rentabilidad. Una competencia a la que el sector no lucrativo trata de resistir mediante cláusulas sociales que ponderen el valor añadido del servicio frente a la estricta lógica del precio.

La reestructuración del Estado de Bienestar y la tendencia hacia mayores exigencias de consolidación fiscal están favoreciendo un sistema mixto que amplía el campo de la oferta privada de servicios, como colaboradora del sector público y, también, como oferta propia a los grupos de mayor renta. En este contexto, la intervención del Estado, como institución con competencia para avanzar en el objetivo de lograr equilibrios sociales y territoriales y con capacidad de redistribución de recursos, se hace quizás más necesaria para garantizar no solo un mínimo protector sino la cohesión del conjunto del sistema de atención a la dependencia.

c) La sostenibilidad de los sistemas de CLD. Casi en el mismo momento en que los CLD empiezan a extender su cobertura en una parte de los países del espacio social europeo, bien por la vía asistencial o bien por la vía de la cobertura universal, las políticas públicas acompañan dicha extensión bajo la cautela de la sostenibilidad financiera, sometiendo a una cierta sospecha la viabilidad de los sistemas públicos de CLD. Una cautela que se plantea en un contexto de limitado nivel de institucionalización y de relativa baja cobertura de la atención a la dependencia en la mayoría de países miembros de la UE, es decir, justamente en el momento en que la atención a la dependencia empezaba a desbordar el ámbito de lo privado-familiar y se convertía en una contingencia social ampliada por la confluencia del envejecimiento, los cambios en las formas de solidaridad familiar y la incorporación creciente de la mujer al mercado de trabajo.

Este proceso de cambio social e institucional nos plantea dos preguntas: si es sostenible la financiación del gasto público en CLD y de qué tipo de sostenibilidad hablamos.

La respuesta a la primera pregunta ha sido objeto de no escasos análisis, tanto por parte de la UE⁽⁷⁾ como por la OCDE⁽⁸⁾ o de manera conjunta⁽⁹⁾. Un primer problema es que no siempre se especifica el contenido del gasto en CLD ya que,

(7) EUROPEAN COMMISSION (2015): Ageing report 2015. Brussels: EC. También en Ageing Report 2012; EUROPEAN COMMISSION (2013): Long-term care in ageing societies- Challenges and policy options. European Commission, Staff Working Documents (SWD) 41. Brussels: EC; COUNCIL OF THE EUROPEAN UNION AND SOCIAL PROTECTION COMMITTEE (2014): Adequate social protection for long-term care needs in an ageing society.

(8) DE LA MAISONNEUVE, C., J.O. MARTINS (2013): Public spending on Healths and Long-term Care: a new set of projections. OECD Economic Policy Papers, nº 6. Paris: OECD.

(9) OECD and European Commission (2013): A good life in old age?. Monitoring and improving quality in long-term care. OECD health Policy Studies. Paris: OECD.



en unos casos, es la suma del gasto social y sanitario y en otros se refiere solamente al gasto social que, en conjunto supone dos terceras partes del anterior. En el caso de la información de la OCDE (ver referencia de la nota 8) el gasto en CLD agrega el gasto sanitario y el gasto social. Según ello el gasto medio de los países miembros de la OCDE en CLD en 2013 suponía el 1.7% del PIB. En algunos países el gasto sanitario es casi la mitad del gasto total en CLD (tal es el caso, por ejemplo, de los Países Bajos cuyo gasto total en CLD es el 4,3% del PIB pero el gasto sanitario es el 2% del PIB). El gasto español en CDL para ese año se estima en el 0,7% del PIB pero su componente sanitario es solamente el 0,1% del PIB. A ello ha de sumarse el gasto privado de los hogares mediante seguros, copagos y otras formas de contratación de servicios. Aunque a veces las fronteras no son fáciles de definir, en principio, el gasto en CLD debe reducirse al coste social de los cuidados (atención personal e instrumental mediante prestaciones económicas y servicios) o, en todo caso, deben precisarse sus componentes.

Existe un acuerdo en la investigación social en que el gasto en CLD crecerá en los años venideros tanto por el envejecimiento de la población y el aumento de la esperanza de vida a edades elevadas (donde se concentra más de la mitad de los beneficiarios de los CLD) como por la sustitución de la atención informal por otra de tipo formal o mixta y por el hecho de tratarse de un sector de la protección social que es altamente intensivo de fuerza de trabajo, femenina sobre todo⁽¹⁰⁾. Como consecuencia, en 22 países de la OCDE el gasto en CLD, en su concepción ampliada, ha tenido un crecimiento real entre 2005 y 2013 del 4% (en el caso de España un 3,9%). Un enfoque similar – los CLD como atención social y sanitaria – adoptan los informes de la UE sobre envejecimiento, citados en la nota 7, ya que se considera tanto la atención personal como servicios médicos básicos como son los de enfermería, prevención, rehabilitación y servicios paliativos.

El interés por la sostenibilidad de los CLD procede tanto de los cambios en las políticas de gasto social – frenar el gasto público trasladando al ciudadano una parte del coste mediante racionamientos de la oferta, copagos y concertación de servicios –, como por ser los CLD un área de interés económico relativamente rentable para el sector privado mercantil. Aunque el sector de los servicios sociales de dependencia en los regímenes de bienestar, con la excepción del nórdico, ha tenido históricamente una naturaleza mixta, con un peso mayoritario de la economía social, los programas públicos de CLD han favorecido una mayor competencia entre los proveedores, produciéndose de este modo una

(10) La mayoría de las personas empleadas en este sector son mujeres que trabajan a tiempo parcial, y de manera creciente procedentes de la inmigración regular e irregular. Tal como Colombo y otros (2011) señalan es un sector en el que se precisan mejoras en cuanto a formación, mejoras de condiciones de trabajo y avances en productividad vía cambios organizativos y tecnológicos.

relativa sustitución de la oferta social o no lucrativa por la de tipo mercantil, impulsada en parte por las propias políticas de la Comisión Europea⁽¹¹⁾.

Por otra parte, los determinantes del gasto social en esta área de bienestar⁽¹²⁾ son variados y junto, al peso del factor demográfico, existen otros que condicionan el volumen del gasto como son el nivel de esperanza libre de discapacidad o prevalencia de la dependencia, sobre todo la más invalidante de la autonomía personal, el volumen de población cuidadora informal (la mayor o menor persistencia de una economía moral basada en la responsabilidad de la mujer cuidadora o la valoración de los costes de oportunidad que el modelo tradicional supone en términos de integración laboral e igualdad de género), el modelo de política (universalista o asistencial, y dentro de cada opción la mayor o menor cobertura e intensidad protectora) y la existencia de un mercado de trabajo de cuidadores relativamente bien organizado o, como en parte sucede en muchos países, con un elevado peso de los trabajadores irregulares de apoyo a los hogares⁽¹³⁾. De cómo se combinen estos factores así resultaran unos u otros escenarios de gastos⁽¹⁴⁾ que, en conjunto, y partiendo de un gasto medio en la UE del 1,6% del PIB en 2013 se prevé que alcancen dentro de 45 años niveles medios entre el 3,6 y el 4% del PIB, con amplia dispersión del gasto entre países. Lo que supone que los incrementos de gasto en los diferentes escenarios estarían entre el 1% y el 2,7% del PIB. Resultados que, en principio, son asumibles en el marco de una opción institucional favorable a una relativa socialización del riesgo y sobre la base de que los niveles seculares de crecimiento y productividad se mantienen a lo largo plazo.

Pero, en todo caso, ¿de qué sostenibilidad hablamos?. Parte de la literatura sobre la sostenibilidad de los CLD es de naturaleza financiera y se basa en el supuesto de que los Estados de Bienestar no podrán asumir en el futuro el coste creciente de la protección social de la dependencia tanto por razones demográficas como por la naturaleza de los costes unitarios de este tipo de prestaciones, altamente intensivas en fuerza de trabajo. Si adoptamos un enfoque institucional cabe considerar que los acuerdos entre los actores sociales y políticos⁽¹⁵⁾ pue-

(11) CASAS MÍNGUEZ, F. (2010): «Los servicios sociales y el mercado de servicios en la Unión Europea», en Rodríguez Cabrero, G. (Coor.): *Servicios sociales y cohesión social*, Madrid: CES, p. 47-74.

(12) Para el caso de España ver: MONTERRAT CODORNIU, J. (2005): «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, 309-325.

– (2009): «Evolución y perspectivas de la financiación del sistema para la autonomía y atención a la dependencia», *Documentación Administrativa*, n.º 276/277, 412-442.

(13) COLOMBO, F.; FUJISAWA, R.; LLENA, A.; PEARSON, M. (2009): «La necesidad creciente de trabajadores para cuidados de larga duración (CLD). ¿Qué están haciendo los países de la OCDE?», *Revista Economistas*, n.º 122, 37-47.

(14) Ver los escenarios de gasto del informe de la Comisión Europea: *Ageing report 2015* (páginas 149-162).

(15) MARBÁN, V. (2009): «La atención a la dependencia», en Moreno, L. (ed.): *Reformas de las políticas de bienestar en España*, Madrid: Siglo XXI, pp. 207-238.

– (2012): «Actores Sociales y Desarrollo de la Ley de Dependencia en España», *Revista Internacional de Sociología*, 70 (2), 375-398.



den producir un compromiso para mantener a lo largo del tiempo la respuesta pública al riesgo, lo que implica compromisos de financiación estable y modos de gestión que garanticen una cobertura suficiente y de calidad para todas las personas en situación de dependencia. En este enfoque, la variable género es un factor determinante, junto al criterio de equidad. Pero en todo caso, un enfoque estructural de la desigualdad adoptaría una lógica integral del problema en la que junto a los criterios de equidad y eficiencia se contemplan otros criterios que o bien reducen a largo plazo el coste de los CLD (mediante la reducción de la prevalencia de la discapacidad a lo largo de la pirámide población, políticas de prevención del riesgo y envejecimiento activo, apoyo a la autonomía de las personas) o contemplan los retornos económicos y sociales de las políticas como son el incremento del empleo de las mujeres en las edades intermedias, la expansión del empleo formal en CLD y una mejora continua de la distribución de la carga de los cuidados en el seno de los hogares.

2 LAS POLÍTICAS DE AUSTERIDAD Y SU IMPACTO EN EL BIENESTAR Y EN LA INVERSIÓN SOCIAL

Los CLD son un tipo de gasto social que se transforma en gran medida en una inversión social, tanto por los retornos económicos que genera la creación de empleo en servicios sociales, sobre todo, o las prestaciones económicas de dependencia, como por el hecho de que esta inversión libera carga de trabajo informal que se puede trasvasar al mercado ordinario o, sencillamente, por el hecho de que los servicios sociales de dependencia, aun siendo intensivos en trabajo directo producen espacio para mejoras en productividad a través de innovaciones en los servicios, en la organización y en la gestión de los CLD. Finalmente, porque la inversión social tiene como objetivo estratégico potenciar la capacidad de autonomía y autocuidado de las personas de forma que las situaciones de dependencia, con la excepción de las más graves, no impidan la participación social ni la contribución de las personas en situación de dependencia a la solidaridad intergeneracional.

En 2013 la Comisión Europea publicó un documento de trabajo sobre CLD en relación con la inversión social para el crecimiento y la cohesión social, seguido de un análisis aplicado al ámbito de los CLD⁽¹⁶⁾. Dichos documentos de trabajo trazaron un marco orientativo de acción para los Estados miembros que,

(16) EUROPEAN COMMISSION (2013): Long-term care in ageing societies- Challenges and policy options. European Commission, Staff Working Documents (SWD) 41. Brussels: EC; COUNCIL OF THE EUROPEAN UNION AND SOCIAL PROTECTION COMMITTEE (2014): Adequate social protection for long-term care needs in an ageing society.

una vez concretado en políticas y programas nacionales, han sido objeto de valoración. Entre las evaluaciones realizadas hay que mencionar la realizada en 2015 por la Comisión Europea sobre inversión social en la que se valoran diferentes políticas, una de ellas la de CLD⁽¹⁷⁾, a la que nos referimos a continuación.

Un análisis panorámico de las políticas de CLD en la UE nos muestra una amplia diversidad en cuanto al derecho de acceso, cobertura, financiación, organización institucional, provisión, combinación de prestaciones y servicios e impactos sociales y económicos. Pero también líneas de convergencia en cuanto a los objetivos, medios y estilos de las políticas. Dar cuenta exhaustiva de todo ello excede los objetivos de este texto, si bien es posible trazar los rasgos y tendencias más importantes.

En general, en el modelo social europeo de CLD el sistema tradicional de cuidados familiares sigue teniendo un peso fundamental en la estructura de los cuidados, tanto de niños como de personas en situación de dependencia, no son excepción los países del régimen nórdico de bienestar caracterizados por una amplia oferta de servicios sociales públicos. Ahora bien, el aumento de las necesidades sociales en este ámbito y una oferta de apoyo informal con un menor peso y en fase de recomposición o división social interna debido a la incorporación de las mujeres al mercado de trabajo, están suponiendo una extensión de la oferta pública y privada en servicios domiciliarios de apoyo que no solo son preferidos por la población sino también, hasta un cierto punto, de menor coste que los servicios de tipo residencial.

Por otra parte, el hecho de que la atención a la dependencia conlleve atención social y, en su caso, sanitaria plantea problemas de coordinación de servicios, del mismo modo que la cadena de servicios sociales requiere de un “continuo” coordinado para dar respuesta integral a las necesidades.

La compleja gobernanza de los sistemas de CLD, objeto de otro trabajo en este número monográfico, es otro de los problemas comunes que comparten una gran mayoría de los sistemas nacionales ya que las competencias se comparten en diferentes niveles de gobierno y entre distintos actores sociales y económicos. La descentralización y la municipalización generan también efectos imprevistos en cuanto a desigualdad en el acceso y la calidad entre los distintos territorios. Por otra parte, las políticas de austeridad han tenido un amplio impacto en muchos países reduciendo la oferta pública de servicios y la calidad de las prestaciones sociales. La política de dar prioridad a las prestaciones económicas en menoscabo de los servicios, el apoyo a los cuidados informales (me-

(17) BOUGET, D., H. FRAZER, E. MARLIER, E., S. SABATO, S. y B. VANHERCKE, (2015): “Social Investment in Europe: A study of national policies”, European Social Policy Network (ESPN). Brussels: European Commission.



dian­te presta­cio­nes eco­nó­mi­cas y mo­dos de con­ci­lia­ción) y la con­cen­tra­ción de la ac­ción en las de­pen­den­cias más gra­ves, con­sti­tuyen una es­tra­te­gia rela­ti­va­men­te co­mún en los sis­te­mas na­cio­na­les de CLD, cuyo ob­je­ti­vo fi­nal es re­ducir el gas­to pú­bli­co y tras­la­dar una parte cre­cien­te del cos­te a los ciu­da­da­nos, en vez de crear cír­cu­los vir­tu­o­so­so­so­so entre presta­cio­nes y entre la aten­ción for­mal e in­for­mal. En este sen­ti­do, la po­lí­ti­ca de dar prio­ri­dad a las presta­cio­nes eco­nó­mi­cas, ba­jo el ar­gu­men­to de fa­vo­re­cer la li­ber­ta­dad de elec­ción, que na­die puede ne­gar, tie­nde a crear, se­gún la va­lo­ra­ción de la Co­mi­sión Euro­pea, in­cen­ti­vos per­ver­so­so­so en las mu­je­res me­nos cuali­fi­ca­das para ac­ce­der al mer­ca­do or­di­na­rio de tra­ba­jo, si bien el ti­po de mer­ca­do de tra­ba­jo con­di­ci­ona la to­ma de de­ci­sio­nes. Todo lo cual pa­rece fa­vo­re­cer de ma­ne­ra in­di­rec­ta una re­fe­me­ni­za­ción de los cui­da­dos in­for­ma­les.

En su­ma, el mo­de­lo euro­peo de CLD, en su con­jun­to, pa­rece ma­ni­fes­tar una se­rie de ten­den­cias co­mu­nes que su­ponen, en sí mis­mas, una re­ver­sión, y en todo caso un fre­no, al de­sar­rol­lo de una po­lí­ti­ca ne­ce­sa­ria a lar­go pla­zo, de­man­da­da por los ciu­da­da­nos y que se en­cuen­tra en una fa­se de des­pe­gue en mu­chos paí­ses. Ta­les ten­den­cias, en re­su­men, son las si­guien­tes: una ma­yor in­di­vi­dua­li­za­ción del ries­go, re­for­za­do me­diante una ma­yor li­ber­ta­dad de elec­ción; re­fe­me­ni­za­ción de los cui­da­dos a la vez que se po­ten­cia el dis­curso de la in­clu­sión la­bo­ral de las mu­je­res; una cre­cien­te pre­sen­cia de la ofe­rta mer­can­til en la ges­tión de ser­vi­cios pú­bli­cos y como ofe­rta es­pe­cí­fi­ca para gru­pos de ren­ta que no va­lo­ran como su­fi­cien­te la ofe­rta y ca­li­dad de los ser­vi­cios pú­bli­cos; y una cier­ta de­ri­va asis­ten­cial al con­cen­trar la ofe­rta pú­bli­ca en las de­pen­den­cias gra­ves en de­tri­men­to de la res­pues­ta a las de ti­po se­ve­ro y mo­de­ra­do.

Aho­ra bien, este pa­no­ra­ma ge­ne­ral de ten­den­cias rela­ti­va­men­te co­mu­nes va­ría entre los di­fe­ren­tes ré­gi­me­nes de bie­nes­tar y entre paí­ses den­tro de cada ré­gi­men, por lo cual aquí ha­ce­mos una va­lo­ra­ción sín­te­ti­ca de al­gunas de las ten­den­cias exis­ten­tes en cin­co ré­gi­me­nes de bie­nes­tar de CLD.

– His­tó­ri­ca­men­te, el ré­gi­men de bie­nes­tar nór­di­co es el pio­ne­ro en el de­sar­rol­lo de los pro­gra­mas de CLD, no con le­yes es­pe­cí­fi­cas, sino como de­sar­rol­lo del sis­te­ma de ser­vi­cios so­cia­les y cam­bios en el sis­te­ma sa­ni­ta­rio. En to­dos ellos, sobre todo en Di­na­mar­ca y Sue­cia, se ha pro­ducido un am­plio pro­ce­so de de­sen­tra­li­za­ción de los ser­vi­cios a ni­vel mu­ni­ci­pal, a la vez que de de­sin­sti­tu­ci­o­na­li­za­ción, de for­ma que las per­so­nas de­pen­dien­tes vi­van en su casa ha­sta don­de sea po­si­ble con el so­por­te de ser­vi­cios co­mu­ni­ta­rios de ca­li­dad que per­mitan la sus­ti­tu­ción y/o apo­yo a los cui­da­dos fa­mi­lia­res. En ge­ne­ral, da­dos sus ele­va­dos ni­ve­les de gas­to en CLD, en co­mpa­ra­ción con el res­to de los paí­ses de la UE (con la ex­ce­pción del caso hí­bri­do de Ho­lan­da), su­pe­ran­do li­ge­ra­men­te el 3% del PIB, la ten­den­cia de los úl­ti­mos años ha sido la de con­ten­ción del gas­to

público, reduciendo el gasto en residencias, extendiendo la red de servicios comunitarios y, en el caso de Suecia, mediante un apoyo a los cuidados informales, lo que ha supuesto atraer mujeres del mercado de trabajo para dedicarse a la actividad de cuidados informales compensada con prestaciones económicas y servicios de apoyo. Tanto en Dinamarca, como sobre todo en Suecia, se ha reducido en los últimos años la población que recibe CLD formales, en parte por racionamiento del gasto (Suecia) y en parte por ajustes a la baja de la población mayor de 67 años (caso de Dinamarca). Las políticas de prevención y de vida independiente se han consolidado como un modelo de CLD basado en servicios de apoyo comunitarios.

- En el régimen de bienestar anglosajón el modelo asistencial tradicional (Irlanda y Reino) no sólo sigue presente sino que, como consecuencia de las políticas de reducción del gasto social, ha tendido a reducir la oferta pública de servicios y prestaciones sociales, produciendo dos efectos: reducción de servicios comunitarios y concentración de la respuesta pública en las dependencias más graves, renunciando así a la protección de otras dependencias. Estas políticas ponen en riesgo la inclusión laboral de las mujeres que se ven obligadas a dar repuesta informal a las dependencias menos graves o a financiarlas privadamente.

- En el régimen continental de bienestar, con una sólida tradición de cuidados por parte de las familias y con un peso predominante de la economía social en la gestión de servicios de dependencia, se ha producido un giro histórico a partir de 1995 con la aprobación de leyes de protección de la dependencia en el marco de la Seguridad Social que garantizan el derecho subjetivo a las personas a determinadas prestaciones en función del grado de dependencia. El proceso de expansión de este sistema ha sido notable hasta la crisis de 2008. A partir de este momento se han producido ajustes en casi todos los países de este régimen con la excepción de Bélgica. Así en Austria, donde el 59% de las personas dependientes reciben cuidados en el hogar por familiares, el 22% cuidados informales y servicios comunitarios, el 16% en residencias y el 4% cuidados personales en el hogar durante las 24 horas del día, se ha producido una reducción de la cobertura y de la intensidad protectora y, como consecuencia, ha aumentado la demanda del empleo a tiempo parcial por parte de los cuidadores para hacer frente a los recortes. Por su parte, en Bélgica no se han producido recortes intensos pero ha tenido lugar un progresivo desplazamiento de las competencias del nivel federal al nivel municipal con el fin de contener el gasto y sin prever los efectos en la equidad territorial. Al mismo tiempo, se ha producido una mayor extensión de los servicios comunitarios siguiendo la doble lógica de abaratar el coste del sistema a la vez que da respuesta a una demanda social que apoya un sistema de cuidados en el domicilio.



En el caso de Alemania, el sistema de atención a la dependencia se produce tanto por la vía del cuidado informal como formal. El peso histórico que han tenido y tienen los cuidados familiares ha supuesto que en la práctica las prestaciones económicas sean insuficientes para garantizarlos y hacerlas compatibles con el empleo de las mujeres cuidadoras en el mercado ordinario de trabajo. Como consecuencia, desde el inicio de la crisis en 2008 hasta 2015 se han producido cambios legislativos para favorecer la conciliación del trabajo y los cuidados informales (y entre estos últimos y los tipo formal comunitario). Así, la ley de cuidados de 2008 (Pflegezeitgesetz) reconoce el derecho de conciliación entre empleo y cuidados durante un período de 6 meses en las empresas de más de 15 trabajadores, aunque sin compensación económica por la pérdida parcial del salario. Un avance tiene lugar en 2011 aprobando la jornada de 15 horas semanales para cuidadores hasta un período máximo de 2 años pero sin compensación económica ni derecho al trabajo a tiempo parcial. Es en 2015 (ley para una mayor conciliación de la familia, los cuidados y el empleo) cuando se reconoce, finalmente, el derecho a la reducción de la jornada laboral hasta un máximo de 2 años, a la jornada flexible y a una compensación económica por la pérdida de salario, en las empresas de más de 25 trabajadores. Obviamente este modelo requiere, para hacer compatible el empleo y los cuidados, la extensión de los servicios comunitarios (centros de día y de noche, adaptación del hogar, pisos protegidos, atención residencial de corto plazo o fin de semana y vacaciones, entre otros).

De este modo, en el modelo continental el ajuste del gasto se produce mediante un mayor desplazamiento hacia los cuidadores informales de la carga del cuidado compensado de manera desigual con servicios comunitarios y modos de conciliación.

– En el régimen mediterráneo de bienestar las políticas de ajuste fiscal han tenido un efecto dramático en los sistemas de dependencia, sobre todo en los países del Sur de Europa que tenían sistemas escasamente desarrollados de CLD. Solamente España pone en marcha en plena crisis un sistema universal ambicioso que las políticas de consolidación fiscal van a someter a un ajuste a la baja de la intensidad protectora a partir de 2011.

Grecia, por ejemplo, partía en 2008 de un sistema público infradesarrollado de servicios y prestaciones, en un contexto cultural en el que las mujeres tienen el peso fundamental de la carga de los cuidados. Ya antes de la crisis se estaba produciendo un cierto desplazamiento de la mujer nativa trabajadora por la mujer inmigrante en los cuidados informales (con menor intensidad que en Italia y España). Ha sido la financiación del Fondo Social Europeo la que ha permitido impulsar programas como el de “reconciliación de la vida y el trabajo

familiar” mediante la provisión de servicios comunitarios de día para personas mayores que viven solas, sin recursos y con limitada movilidad. Programas que pueden quedar en situación testimonial si los ayuntamientos no garantizan a medio plazo su financiación, lo que en la actual situación de Grecia es más que dudoso. Por su parte, Portugal ha desarrollado a pesar de la crisis la prestación de ayuda a domicilio para apoyar la autonomía de las personas mayores. El problema es que la tasa de utilización se ha reducido con la crisis por el efecto de los copagos en las rentas familiares o se han aprobado programas nuevos, pero no se han puesto en marcha por problemas de financiación (caso del programa integrado de CLD de salud mental).

El caso de Italia es en cierto modo paradójico ya que cuenta con una red de servicios sociales municipales de cierta importancia, aunque no orientados a la atención de la dependencia y una prestación económica para personas mayores dependientes. Sin embargo, no cuenta con una regulación nacional que reconozca el derecho subjetivo a la atención de la dependencia ni su red de servicios comunitarios es suficiente para dar respuesta a la necesidad. Los recortes del gasto en dependencia entre 2010 y 2014 han sido del 13% y ello ha afectado a la extensión de la actual red. El actual sistema de dependencia, que combina el cuidado informal de la familia, prestaciones económicas, nivel medio de servicios y el trabajo de cuidados de mujeres inmigrantes, no parece ser suficiente ni eficiente para dar respuesta al riesgo desde una lógica universalista.

Finalmente, el caso de España, analizado en detalle en otros textos de este número monográfico, nos ofrece un panorama dual. Por una parte, es el único país del Sur de Europa que ha puesto en marcha un sistema universal, siguiendo la lógica de los países del modelo continental y, por otra parte, las políticas de ajuste aplicadas desde 2011, y sobre todo desde el verano de 2012, han producido un estancamiento en la cobertura del sistema, una elevada reducción de la intensidad protectora y un efecto real de expulsión mediante la política de copagos, junto a un creciente descompromiso financiero de la Administración Central que ha derivado buena parte del coste a las Comunidades Autónomas y las familias.

– Finalmente, el régimen de bienestar que podemos denominar de manera global, a pesar de su gran diversidad interna, como del Este de Europa, configura un mosaico de modelos de CLD que, en todo caso, comparten tres rasgos: los cuidados están fuertemente anclados en la tradición familiar, con cargo a las mujeres; la oferta pública es muy limitada, cuando no rudimentaria, para dar respuesta a un riesgo social del que los países han tomado conciencia de su importancia en los próximos años; y, finalmente, la lógica del modelo público es asistencial y se reduce a la protección de las personas sin recursos o mediante su pago.



La entrada en la UE de los países del Este de Europa, a partir de mediados de la pasada década, ha supuesto un cierto impacto en las políticas de CLD, quizás más en la filosofía que en la práctica institucional pero que, sin duda, supone el inicio de una cierta convergencia en este ámbito. Así, por ejemplo, en Polonia se está produciendo una cierta europeización de las políticas de CLD en la medida en que están empezando a favorecer la desinstitucionalización, la expansión de los servicios comunitarios y el recurso al mercado formal e informal por parte de los hogares que necesitan sustituir o apoyar a la mujer trabajadora en la función tradicional de los cuidados. En el caso de Lituania, por mencionar otro país del régimen del Este, también se está favoreciendo la desinstitucionalización de los servicios sociales y el desarrollo de los servicios comunitarios que, en la actualidad, recibe el 2,2% de la población mayor de 65 años. Las políticas de ajuste han reducido el gasto en servicios de día de forma que la población usuaria se ha reducido el 23% entre 2011 y 2013 y se ha reforzado el modelo familiar de cuidados incidiendo negativamente en la participación de las mujeres en el mercado de trabajo. Finalmente, en el caso de Eslovenia, como en el resto de los países de este régimen de bienestar, se confirman y refuerzan estas tendencias de desinstitucionalización, avances en el desarrollo de servicios comunitarios, frenados por las políticas de recortes del gasto, apoyo a los cuidados informales (desde 2004) y ausencia de una regulación estatal de los CLD que se encuentra dispersa entre los diferentes sistemas de bienestar (sanidad, pensiones, servicios sociales y sistemas de transferencias). Este país aprobó un programa nacional de cuidados para el período 2013-2020 pero su concreción legislativa está pendiente de desarrollo.

En resumen, aunque las diferencias entre los modelos nacionales de CLD son muy marcadas por la distinta madurez de los Estados de Bienestar, las culturas nacionales de cuidados y los diferentes compromisos institucionales y sociales que subyacen a los modelos, cabe indicar algunas de las tendencias comunes o de convergencia relativa entre los diferentes regímenes de CLD, más allá de la profundas diferencias en cuanto a cobertura e intensidad protectora:

- a) En primer lugar, los CLD se están abriendo paso como un sistema o rama más de los sistemas de protección social si bien, en general, su grado de institucionalización es muy desigual entre países e inferior al de otros sistemas de bienestar.
- b) Segundo, los cuidados informales no sólo mantienen un peso abrumador en los CLD, tanto por razones culturales como por tratarse de cuidados personales, sino que se está dando una tendencia a su reforzamiento por la vía de las prestaciones económicas y el refuerzo de la conciliación (en este caso de manera paralela a la conciliación del trabajo

con el cuidado de niños); ello supone una forma de refeminización de los cuidados que afecta sobre todo a los hogares con mujeres con dificultad para integrarse en el mercado de trabajo, a la vez que la mujer de clase media profesional es sustituida vicariamente por mujeres inmigrantes, con lo que la lógica de la socialización del riesgo se debilita en favor de la lógica de la responsabilidad individual y familiar.

- c) Tercero, persistencia de la lógica asistencial de forma que la población sin recursos y las personas con dependencias más graves tienen preferencia en el acceso al sistema; ello supone una forma de limitación en el acceso al sistema del resto de las dependencias y de los colectivos de renta media.
- d) Cuarto, la provisión de servicios sigue la senda de la externalización que, en el centro y sur de la UE supone la sustitución selectiva de las organizaciones sin fin de lucro por las de tipo mercantil, mientras que en el norte de Europa, aun siendo central la provisión pública, también se está abriendo camino la provisión cooperativa y mercantil.
- e) Quinto, el desarrollo de los CLD supone una inversión en la construcción de un envejecimiento basado en la autonomía de las personas y en la prevención, lo que sin duda permite liberar tiempo para desarrollar formas de vida participativas y retornos sociales y económicos de gran impacto. Sin embargo, estos avances pueden bloquearse en la medida en que persista en los años venideros el descompromiso de los Estados con los CLD transfiriendo de nuevo a los hogares, es decir, a las mujeres, la carga de los cuidados y se abandone la senda iniciada de universalización por la tradicional de tipo asistencial.

3 RETOS EN LAS POLÍTICAS DE CLD EN LA UE

A la luz de la evolución reciente de los sistemas de CLD y la valoración del mismo desde la lógica de la inversión social, cabe establecer de manera tentativa algunos de los retos que afronta el modelo social europeo de CLD, contemplado desde una lógica de convergencia relativa en la construcción de un sistema de derechos sociales iguales para todos los ciudadanos de la UE.

El punto de partida para establecer los retos de futuro de los CLD en la UE debe tener en cuenta que la satisfacción de la necesidad social de CLD se basa en la confluencia de factores como son: los cambios en la dinámica demográfica (crecimiento de la población de 80 y más años), la incertidumbre sobre las



mejoras futuras en esperanza de vida libre de discapacidad, sin considerar el impacto de la enfermedad mental y, por último, los cambios en la estructura social de los hogares y en la distribución e intensidad de la economía moral de los cuidados.

Estos factores están operando en un entorno de políticas sociales que, ya antes de crisis, se orientaba a reducir el papel del Estado como financiador y organizador de la socialización del riesgo, trasladando una mayor responsabilidad a los ciudadanos individualmente y a los hogares. La contención del gasto en CLD, cuando no su reducción en la mayoría de los Estados miembros, no parece ser solamente un efecto de corto plazo de las políticas sociales de CLD durante los años de la crisis, sobre todo entre 2010 y 2014. Todo indica que antes de la crisis, en su génesis, estaba implícito el designio de que los CLD fueran no sólo una vía de reducción del gasto sanitario sino, sobre todo, de organización de los CLD de forma tal que fueran un modo de apoyo a la estructura social de cuidados familiares existente pero en modo alguno, excepto en casos muy determinados, de sustitución de dicho sistema de economía moral, basado sobre todo en el trabajo no remunerado de las mujeres (si bien la incorporación de los hombres como cuidadores se está acelerando por la parte alta de la pirámide de edad). Por tanto, la socialización del riesgo siempre ha sido limitada, tanto más cuanto más peso tiene el sistema informal de cuidados y cuanto menor es el compromiso de las políticas públicas en el logro de una amplia cobertura y una intensidad que garantice la calidad de vida de las personas en situación de dependencia y sus cuidadores.

El factor demográfico no es el determinante de las políticas de CLD, ni tampoco, a pesar de su importancia, de la prevalencia de la discapacidad y de la dependencia, ni sólo el coste de los servicios, con ser intensos en fuerza de trabajo y con recorridos limitados de mejoras de productividad (parcialmente compensadas por las tecnologías de la información, caso de la teleasistencia y las mejoras domóticas). Todos estos son factores condicionantes, mientras que el factor determinante es el compromiso que los actores institucionales y sociales adoptan sobre el tipo de política que se está dispuesto a asumir y el compromiso de su financiación y, en consecuencia, del tipo de reparto de la carga de cuidados que se establece o modelo de socialización del riesgo. Este compromiso es el que subyace a un modo concreto de sostenibilidad y que conlleva actuaciones de regulación, financiación, organización y provisión que tengan en cuenta todos los factores que subyacen a la misma.

Si en las próximas décadas se opta en el espacio social europeo por profundizar la convergencia en los CLD mediante políticas de atención a la dependencia de calidad y centrada en la persona, como compromiso de socialización

del riesgo entre los diferentes actores implicados, Estado, los hogares, personas afectadas, las entidades sociales y las empresas, y la sociedad civil en general, será necesario adoptar mejoras en tres niveles sobre los que puede discurrir una convergencia relativa que combine los cuidados de calidad y su impacto en el acceso al empleo y en la igualdad de género:

- En primer lugar, **mejoras integrales en los cuidados** mediante avances en prevención desde la infancia y a lo largo de la vida, la detección de los grupos de riesgo, la rehabilitación temprana de las grandes discapacidades congénitas o sobrevenidas, la participación activa de las personas en situación de dependencia en sus propios cuidados, la capacitación de los cuidadores informales, el enfoque en favor de una vida autónoma en entornos amigables, entre otras actuaciones, en su mayoría en desarrollo en los modelos más avanzados de CLD y cuyo objetivo final consiste no sólo en atender las situaciones de dependencia sino también en reducir la demanda social futura.
- En segundo lugar, las **mejoras organizativas mediante la coordinación e incluso integración de servicios**, sobre todo los sociales y sanitarios, la creación de continuos asistenciales, flexibilidad en la combinación de prestaciones, el uso eficiente de las tecnologías de la información, amplia flexibilidad para conciliar el trabajo y los cuidados acompañada de la extensión de servicios de respiro para el cuidador y la mejora de la cualificación de los cuidadores informales no familiares.
- Finalmente, **la dimensión institucional o política es central** y en ella intervienen el sector público, los sindicatos, las organizaciones empresariales y las entidades sociales (tanto reivindicativas como prestadoras de servicios). Llegar a acuerdos políticos de largo plazo para hacer de los CLD una política central del Estado de Bienestar es la cuestión crucial. Estos acuerdos tienen que venir seguidos de la mejora en la gobernanza multinivel que caracteriza a los políticas de CLD, coordinación sociosanitaria, la integración de los CLD en la agenda de la negociación colectiva, en las políticas de innovación organizativa y tecnológica para la mejora de la vida cotidiana de las personas en situación de dependencia y en el propio sistema de educación para la salud.



La gobernanza del sistema y las diferencias interterritoriales en el SAAD

Vicente Marbán Gallego

*Profesor contratado doctor
Universidad de Alcalá
vicente.marban@uah.es*

Fecha de recepción: 27/11/2015

Fecha de aceptación: 14/12/2015

Sumario

1. Introducción.
2. La gobernanza de los cuidados de larga duración en la Unión Europea.
3. La gobernanza de la dependencia en España: gestación política, limitaciones e inequidad interterritorial.
4. Conclusiones y propuestas.
5. Referencias bibliográficas.

RESUMEN

En el texto se analiza la gobernanza de los principales sistemas de cuidados de larga duración europeos entre los cuales también se encuentra el sistema español articulado en torno a la Ley 39/2006 de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia (LAPAD). La gobernanza de los cuidados de larga duración está estrechamente relacionada con la coordinación entre los distintos niveles de las administraciones públicas. Aunque hay diferencias entre los estados europeos, la pauta general es la existencia de sistemas descentralizados organizados en torno a formas de gobierno multinivel. En el caso español, analizamos cómo se ha gestado el actual modelo de gobernanza y sus principales limitaciones entre las que destacan las diferencias e inequidades interterritoriales de nuestro sistema. El texto concluye con una serie de reflexiones sobre el modelo de dependencia hacia el que avanzar en el futuro inmediato.

Palabras clave:

Dependencia, cuidados de larga duración, autonomía personal, estado de bienestar.



ABSTRACT

Governance of main European long-term care models are analysed including the Spanish system structured around the Law 39/2006 of Promotion of the Autonomy and Care of People in a Dependent Situation, (LAPAD). The governance of long-term care is closely linked to the coordination between different levels of government. The general pattern in UE is the existence of decentralized systems organized around multilevel government systems although there are differences between European countries. In the Spanish case, we analyze the current governance model and its main limitations such as the inter-regional inequalities. The text concludes with some considerations on the dependency model for the immediate future.

Key words:

Dependency, long term care, personal autonomy, welfare state.



1 INTRODUCCIÓN

La protección social de la dependencia se ha convertido desde principios del siglo XXI en una de las políticas que mayor desarrollo ha tenido dentro de la política social europea en un espacio de tiempo relativamente corto. En el caso español, contamos con un sistema de CLD “recién estrenado” que en apenas nueve años ha pasado de ser definido en tiempos de bonanza a ser implementado en tiempos de crisis y depresión económica.

En el diseño de un sistema de cuidados de larga duración (CLD en adelante) se tienen en cuenta, entre otros, aspectos como la provisión de cuidados formales e informales, sus costes y los modos de financiarlos, el tipo de prestaciones y los destinatarios de las mismas, la cobertura, así como la gobernanza del sistema, es decir, la definición de las competencias y la responsabilidad de cada nivel de la administración pública en la atención a las personas dependientes. Este último aspecto es el que suscita nuestro interés en el artículo que se presenta a continuación en este monográfico sobre dependencia. En primer lugar, analizamos de manera sucinta la gobernanza en los sistemas de CLD más representativos de la Unión Europea. Posteriormente nos centramos en el caso español tanto en la gestación y desarrollo del actual modo de gobernanza del Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD en adelante) como en sus principales limitaciones, en especial en las desigualdades interterritoriales de las que adolece desde sus inicios en 2007. Concluimos con una serie de consideraciones finales y propuestas sobre nuestro modelo de gobernanza de la atención a la dependencia.

2 LA GOBERNANZA DE LOS CUIDADOS DE LARGA DURACIÓN EN LA UNIÓN EUROPEA

Los cuidados de larga duración en la Unión Europea se basan, como norma general, en un sistema de regulación y financiación pública, de planificación, organización y evaluación regional, gestión municipal y mixta en cuanto a la provisión (público-privada). Los cuidados de larga duración están ampliamente descentralizados y se han organizado en torno a formas de gobierno multinivel donde todas las Administraciones Públicas intervienen en el diseño y respuesta de la política (Estado Central, Regiones y Comunidades, Gobierno local), sien-



do cruciales el Gobierno Local y los mesogobiernos. Concretamente, el Estado regula el conjunto del sistema, garantiza unas prestaciones básicas que materializan el derecho a la protección y ejerce una cierta coordinación “blanda” del sistema para reequilibrar las políticas regionales y locales. Los mesogobiernos suelen ser la estructura operativa del sistema (normalmente descargando parte de la gestión sobre los municipios), los que planifican la oferta, valoran la dependencia, gestionan las prestaciones y conciertan la prestación de servicios con el sector privado-mercantil y sin fin de lucro. En buena parte de los Estados las autoridades locales suelen encargarse de asegurar la calidad de los servicios de atención. La financiación y la oferta de prestaciones dependen del tipo de prestaciones previstas. Tiende a ser compartida entre las autoridades centrales y locales cuando se trata de prestaciones en metálico ofertadas por el Estado o por los municipios mientras que las prestaciones en servicios son provistas generalmente por los municipios o las regiones según los casos (Yghemonos, 2014). Por su parte, la familia sigue siendo la estructura central en el sistema de cuidados.

Otro rasgo común en los diferentes regímenes de bienestar es la multiplicidad de actores y de diferentes grupos de interés. En el plano reivindicativo y de movilización sobre todo las organizaciones de personas mayores y de personas con discapacidad, los agentes sociales mediante el Diálogo social y en menor medida los partidos políticos. En el plano económico, los grupos económicos y de interés en torno a la dependencia juegan un papel central en todos los países de la UE defendiendo la provisión privada de servicios públicos y promoviendo los seguros privados como fuente de financiación del copago. La provisión privada reforzada por amplios grupos de interés, la llamada Nueva Gestión Pública (centrada en la lógica de la eficiencia) y la libertad de elección que tan amplio éxito ha tenido, han contribuido al desplazamiento de los servicios públicos por el cheque servicio o la prestación al cuidador informal. (Rodríguez Cabrero y Marbán, 2013).

A pesar de estos rasgos generales, cada “modelo” de CLD tiene sus peculiaridades.

1. En el modelo anglosajón (Reino Unido e Irlanda), la atención a la dependencia se basa en dos pilares. Por un lado, los servicios sociales municipales a los que pueden acceder todos los ciudadanos gratuitamente mediante prueba de carencia de medios o mediante el copago correspondiente. Por el otro, las prestaciones monetarias financiadas por la Seguridad Social para personas mayores dependientes, personas con discapacidad y ayudas a los cuidadores familiares, también bajo prueba de carencia de recursos. En el Reino Unido las responsabilidades de financiación, evaluación y prestación de servicios están muy



fragmentadas entre los departamentos gubernamentales de la administración central y las administraciones locales. La financiación de los CLD se integra en presupuestos separados de distintos organismos tanto del Servicio Nacional de Salud (NHS), de las autoridades locales y del Departamento de Trabajo y Pensiones. Por lo general, la atención residencial, la atención a domicilio o los centros de día, así como la evaluación de las necesidades de los cuidadores, son responsabilidad de los departamentos de servicios sociales municipales y se financian mediante impuestos nacionales, distribuidos por el gobierno central a las autoridades locales, impuestos locales sobre la propiedad y tasas (Glendinning, 2013).

2. En el régimen nórdico de bienestar los CLD fueron incluidos progresivamente en el sistema de servicios sociales municipales como una prestación más bajo una lógica de cobertura universal. La influencia de la nueva economía (o neoliberalismo económico) y la llegada al gobierno de partidos conservadores ha supuesto un giro progresivo hacia nuevas políticas en las que se combina la contención del gasto social con fórmulas de gestión de servicios basadas en la externalización y la competencia entre proveedores mercantiles, así como un mayor impulso de las prestaciones económicas y los personal Budget. La reciente reforma del sistema holandés en 2015 (WLZ: Ley de cuidados intensivos de larga duración) bajo el paradigma de la “obligación moral” y la “sociedad participativa” ha supuesto una comunitarización de los cuidados (por ejemplo, mediante el retorno a la comunidad de los ancianos menos dependientes que venían siendo cuidados en residencias de la tercera edad) y una mayor transferencia de los costes de cuidados a las familias y de responsabilidad a los municipios sobre todo en materia de centros de día y ayuda a domicilio (Rodríguez, 2014; Parent and Arue, 2014).

En Suecia, su fuerte tradición de autonomía municipal confiere a las autoridades locales un peso muy importante en la gestión del sistema tanto por ser los principales responsables de organizar los servicios de cuidados públicos, tanto en atención a domicilio como residencial, como por su importante autonomía fiscal que hace que lleguen a financiar hasta el 85% de presupuesto público de cuidados formales para personas mayores y el 70% para personas con discapacidad (Meagher and Szebehely, 2014). Los municipios tienen autonomía para decidir el tipo de servicio de cuidados más adecuados para cada colectivo. Ello no significa que el papel de la administración central sea testimonial. La administración central tiene un sustancial impacto en la política de cuidados de los municipios no solo legislando y regulando aspectos como la población mínima de un municipio para que este pueda ofertar servicios de cuidados, la acreditación de las organizaciones que pueden ofertar los servicios o cuánto pueden cobrar por los servicios ofertados sino también mediante supervisión y orien-



tación o con incentivos financieros. Entre los incentivos financieros destacan la introducción desde 2009 de modelos de libre elección de servicios de CLD por los que, mediante la introducción de cheques servicio, el usuario puede optar entre varios proveedores, incluidos proveedores privados, lo que ha acentuado las diferencias municipales en cuanto al peso que tienen los proveedores privados, muy superior en aquellos municipios de corte político más conservador⁽¹⁾.

En Dinamarca cuentan con una Ley de Servicios Sociales (*serviceloven*) que regula los servicios sociales provistos por los municipios. En dicha ley se les atribuye un peso muy relevante tanto en la provisión directa de servicios, sobre todo para las personas mayores, como en la financiación del sistema de CLD a través de los impuestos municipales y de transferencias de los presupuestos de la administración central. El objetivo de estas transferencias es compensar las desigualdades entre los municipios bajo criterios más redistributivos que tienen en cuenta las bases fiscales de cada municipio y las diferencias sociales y etarias municipales. Los intereses de los municipios son gestionados por el Gobierno Local Danés (Kommunernes Landsforening) que además es el órgano encargado de negociar anualmente con el Ministerio de Hacienda el marco económico para la provisión de los servicios sociales municipales. En general, los municipios deben asegurar la financiación y la oferta de servicios suficientes para atender los CLD de las personas mayores. Para racionalizar los CLD, en 2007 se reformó la estructura de las regiones aboliendo algunos condados, estableciendo 5 nuevas regiones, fusionando municipios pasando de 271 a 98 (Jespersen, 2014) y fortaleciendo la colaboración entre los municipios de modo que en los casos donde la provisión local es insuficiente se oferta una combinación de servicios propios y servicios de otros municipios o proveedores privados.

3. El régimen continental de CLD (Austria, Alemania, Francia, Luxemburgo, Bélgica) ha construido sus sistemas a partir del sistema de Seguridad Social. Se financian mediante impuestos y cotizaciones, además del copago, y se gestionan coordinadamente entre la Administración Central, los mesogobiernos y los municipios. En este modelo la provisión de servicios es mixta. En Alemania, las prestaciones básicas son financiadas mediante cotizaciones sociales, si bien, la prestación de servicios sociales por los municipios también se financia mediante impuestos generales y recursos propios municipales.

Desde 1993, en Austria se transforma el modelo asistencial de CLD en otro de cobertura universal, vía Seguridad Social manteniéndose dos ramas de pro-

(1) Por ejemplo, según Meagher and Szebehely (2014), en Estocolmo, con mayoría política conservadora entre 2006 y 2010 el porcentaje de los cuidados a domicilio financiados con fondos públicos provistos por entidades privadas pasó del 37% al 60% mientras que en Gotemburgo, de mayoría Social Demócrata, todos los servicios de cuidados a domicilio son de provisión pública.



tección: la primera no genera un derecho subjetivo, es la rama tradicional de servicios sociales asistenciales (financiados con impuestos generales), que sigue vigente, bajo gestión provincial; la segunda rama protectora, que crea el seguro universal de dependencia, tiene una dimensión estatal, bajo el sistema de Seguridad Social, y crea una nueva rama de protección universal basada en el derecho subjetivo. A esta rama se accede mediante valoración por parte de la Seguridad Social, y las cotizaciones sociales financian las prestaciones, que son todas monetarias y topadas y cuya cuantía depende del grado de dependencia. Las prestaciones monetarias de CLD son pagadas por el gobierno federal y las regiones son las responsables del desarrollo de las prestaciones en servicios de CLD garantizando la cobertura en cooperación con los municipios y las organizaciones no lucrativas en todo el Estado. Ante las dificultades de las regiones y los municipios para financiar las prestaciones en servicios, desde 2010 el gobierno federal las dotó con transferencias fiscales adicionales para que pudieran estimular dichas prestaciones (Rodríguez, 2015). En 2011 las regiones y los municipios acordaron la introducción de un fondo de CLD de carácter provisional para afrontar dichas dificultades hasta 2014 que sería ampliado un año después hasta el 2016 (Miklautz and Habersberger, 2014).

4. El régimen mediterráneo de atención a la dependencia, comprende el conjunto de países del Sur de Europa en los que históricamente la familia tiene un papel central en la función de cuidados y el sector público interviene de manera subsidiaria y asistencial (caso de Italia) y solo recientemente mediante una cobertura semiuniversal contenida (caso de España que después se comentará). El modelo italiano completa su cobertura asistencial con los servicios sociales municipales y regionales, de base asistencial, externalizados hacia empresas y organizaciones no lucrativas mediante una extensa delegación de los cuidados a las mujeres in-

Cuadro 1. La gobernanza de los CLD en Europa

	Modelo anglosajón (Reino Unido, Irlanda)	Modelo continental (Alemania, Francia, Austria, Luxemburgo, Bélgica)	Modelo nórdico (Suecia, Holanda, Finlandia, Dinamarca)	Modelo mediterráneo (España, Italia, Portugal)
Responsabilidad de organización y gestión	Municipal	Seguridad Social, Regiones y Municipios	Municipal	Regional y Municipal
Gobernanza	Fragmentación institucional y regulación central	Regulación central y gestión regional con financiación compartida	Regulación central y gestión municipal	Fragmentación con tendencia a sistematización

Fuente: Rodríguez Cabrero y Marbán (2013).



migrantes por parte de las familias y las mujeres trabajadoras que mantienen la dirección y control de los cuidados (Bettio, Simonazzi y Villa, 2006). Se trata de un modelo en proceso de cambio pero con una arquitectura incompleta (Pavolini y Ranci, 2008; Naldini y Saraceno, 2008) que no logra superar el ámbito asistencial.

3 LA GOBERNANZA DE LA DEPENDENCIA EN ESPAÑA: GESTACIÓN POLÍTICA, LIMITACIONES E INEQUIDAD INTERTERRITORIAL

La gestación política de la gobernanza del actual SAAD

En general, la ley contó con un alto consenso social y político. Desde el punto de vista social, en los años previos a la reforma el 76,1% de los encuestados consideraba la atención a las personas dependientes como una prioridad inmediata para aliviar la sobrecarga que sus cuidados suponían para las familias (CIS, 2004). Desde el punto de vista político, durante su aprobación parlamentaria Nafarroa Bai se abstuvo y rechazaron la reforma los partidos políticos CIU, PNV y EA porque, entre otras razones, entendían que la financiación era insuficiente y sobre todo porque la ley invadía competencias exclusivas de las CCAA en materia de servicios sociales (Marbán, 2009).

El grado de acuerdo fue sustancial en aspectos básicos como su universalidad e igualdad de acceso, el reconocimiento de los derechos de los cuidadores en la Seguridad Social (extinguido desde 2012), la preferencia por un modelo de prestaciones por servicios o, como no podía ser de otro modo, la importancia concedida a la prevención, la formación y la calidad en la prestación de servicios. Por el contrario, el desacuerdo fue mayor en dos aspectos relacionados con la gobernanza y que están estrechamente relacionados entre sí como el marco protector (su inclusión dentro o fuera del sistema de Seguridad Social) y el ámbito competencial.

En España, hasta la aprobación de la LAPAD en 2007, la atención a las situaciones de dependencia tenía una doble respuesta. Por una parte, la Seguridad Social mediante la pensión de gran invalidez contributiva y la ley de prestaciones no contributivas de 1990 para las personas con elevado grado de discapacidad que les impide realizar actividades de la vida diaria. Por otra parte, la rama de servicios sociales de los Municipios, Diputaciones y Comunidades Autónomas responde a las necesidades de la dependencia de manera fragmentada y bajo criterios asistenciales. Durante el proceso de elaboración de la LAPAD, la inclusión del sistema de CLD en el marco de la Seguridad Social como sucede en el modelo alemán, o bien fuera de ella optando por ser financiada vía impuestos como en el sistema nórdico, fue objeto de intenso debate entre los agentes sociales. Aunque las razones por las que se decidió finalmente financiar la



implementación de la Ley con impuestos no fueron del todo justificadas por los responsables políticos, según nuestras indagaciones (Marbán 2012)⁽²⁾ se debió, entre otros, a los siguientes factores, todos ellos estrechamente relacionados con las distintas coaliciones de intereses de los actores sociales implicados:

Por un lado, mientras la patronal, gran parte de las CCAA y los partidos políticos de corte más autonomista mostraron su rechazo a incluir los derechos y prestaciones de la dependencia en el ámbito de la Seguridad Social, por otro lado, los sindicatos, una buena parte de los expertos consultados y las organizaciones del Tercer Sector eran proclives a su inclusión en dicho marco competencial.

Una parte de la decisión de desvincular el nuevo sistema de CLD de la rama contributiva de la Seguridad Social se gestó en el “acuerdo social sobre la acción protectora de la atención a las situaciones de dependencia”⁽³⁾ firmado entre patronal, sindicatos y gobierno en diciembre de 2005 donde se tomó como base de debate la elaboración del Libro Blanco de la Dependencia (IMSERSO, 2005). En dicho acuerdo social los sindicatos cedieron ante la presión de la patronal fundamentalmente por dos razones: 1) Por el rechazo de la patronal a un incremento de las cotizaciones y 2) porque la integración de la protección de la dependencia en la rama contributiva de la Seguridad Social podría implicar un replanteamiento del Pacto de Toledo, cuya dinámica era la de incluir en el sistema contributivo solo las prestaciones económicas de modo que al quererse dar prioridad en el nuevo sistema de CLD a las prestaciones en servicios éstas no encajarían bien en el sistema contributivo.

Descartada su inclusión en la rama contributiva, otra opción habría sido incorporarlo en la rama no contributiva de la Seguridad Social y, por lo tanto, tener una financiación fiscal separada no sujeta a cotizaciones sociales. En este caso, la oposición se debió fundamentalmente a razones competenciales por el rechazo de buena parte de las CCAA y también de los partidos políticos más autonomistas, los cuales tenían una importante presencia parlamentaria durante la legislatura en la que se aprobó la Ley y pudieron ejercer una mayor presión política en sintonía con sus planteamientos. Sus argumentos se basaban en que incluir la Ley de Dependencia en el sistema de la Seguridad Social, aunque fuese en la rama no contributiva, conferiría al Gobierno central una capacidad imperativa que invadía las competencias de las CCAA en servicios sociales y que las restaba legitimidad para intervenir en la práctica.

(2) Con la LAPAD recién “estrenada” realizamos 17 entrevistas en profundidad entre octubre de 2007 y julio 2008 a actores sociales estratégicos donde les consultamos sobre el proceso de elaboración de la LAPAD. Estas entrevistas se realizaron en el marco del proyecto de investigación NURSOPOB desarrollado por el CSIC-UPC dentro del Plan Nacional de I+D+I del Ministerio de Educación y Ciencia.

(3) Los detalles del acuerdo pueden consultarse en <http://www.dependencia.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/acuerdoaassdependencia.pdf>



Ello supuso finalmente la opción por un modelo de CLD financiado con impuestos sometido a reglas de cooperación y coordinación institucional y financieramente contenido. Todo ello ha propiciado inevitables tensiones institucionales y financieras en la puesta en marcha de un sistema complejo, con asimetrías en su desarrollo y resultados y con una limitada transparencia financiera de las Comunidades Autónomas en los niveles de copago y en su aportación a la financiación del SAAD en la medida en la que no todas las regiones desglosan el gasto en CLD al estar integrado dentro del gasto en Servicios Sociales en general.

De tal modo, el haber situado la Ley de Dependencia fuera de la Seguridad Social ha supuesto para la Administración Central el tener que pactar con todas y cada una de las Comunidades Autónomas perdiendo así la oportunidad de conseguir un sistema más equilibrado regionalmente. En otras palabras, la no inclusión en el marco de la Seguridad Social del sistema de dependencia ha supuesto una menor capacidad de la administración central para compensar los desequilibrios regionales y la descoordinación entre las distintas CCAA en el acceso a las prestaciones por dependencia. Con ello, entre finales de 2007, cuando el sistema empieza realmente a aplicarse ya que los primeros meses fueron de producción normativa para el desarrollo de la ley, y la actualidad, se ha desarrollado un sistema de creciente cobertura, con amplias diferencias entre Comunidades Autónomas, y un modelo de gobernanza entre las Administraciones Central y Autonómica relativamente inestable y sometido a vaivenes políticos.

A dicha descoordinación dentro del sistema elegido también ha contribuido negativamente la inexistencia de una ley marco de servicios sociales que pudiese garantizar un sistema menos desigual en el acceso y calidad de las prestaciones en todo el territorio español. Experiencias como la danesa con su Ley de Servicios Sociales han demostrado su utilidad para regular los servicios sociales provistos por los mesogobiernos con el establecimiento de criterios redistributivos para reducir las desigualdades territoriales atendiendo, entre otros criterios, a las diferencias sociales entre los municipios.

La gobernanza del sistema en la actualidad y las diferencias territoriales del SAAD

Nuestro actual sistema de CLD es financiado fundamentalmente con impuestos⁽⁴⁾ y copago de los usuarios. La gestión del sistema está descentrali-

(4) La financiación pública del sistema está estructurada en varios niveles: 1) Un nivel mínimo de protección igual en todo el Estado, financiado por la Administración Central; 2) Un nivel de financiación complementario acordado entre el Estado y las Comunidades Autónomas en el que cada parte aporta una cantidad similar; 3) Un nivel de financiación adicional que las Comunidades Autónomas con cargo a su financiación pueden aportar voluntariamente al nuevo sistema.



zada: la Administración Central (Administración General del Estado- AGE) regula las condiciones básicas del sistema para garantizar la igualdad del derecho de atención de CLD en todo el Estado. Es la administración responsable de la gestión del sistema de información del SAAD (SISAAD), actualmente en proceso de perfeccionamiento. La AGE garantiza unas prestaciones mínimas y, junto con las Comunidades Autónomas (CCAA), ejerce a través del Consejo Interterritorial del SAAD (CISAAD) las funciones de acordar una cierta coordinación del sistema, un marco de cooperación interadministrativa, la intensidad de los servicios del catálogo, las condiciones y cuantía de las prestaciones económicas, los criterios de participación de los beneficiarios en el coste de los servicios o el baremo para el reconocimiento de la situación de dependencia. Las Comunidades Autónomas son la estructura operativa del sistema pues son las competentes de la gestión de la dependencia, desde el inicio, con la recepción de la solicitud hasta la concesión efectiva de las prestaciones, pasando por la valoración del grado de dependencia conforme a un baremo de valoración y la concertación de la prestación de servicios. Los ayuntamientos, a través de la Federación Estatal de Municipios y Provincias (FEMP), también forman parte del Consejo Territorial de Servicios Sociales y del SISAAD y pueden complementar la cesta de prestaciones con recursos propios, sobre todo ayuda a domicilio (o podían hasta la aprobación de la Ley 27/2013, de 27 de diciembre, de racionalización y sostenibilidad de la Administración Local)⁽⁵⁾, si bien en la práctica ocupan un lugar subordinado en el gobierno del sistema y en la financiación del mismo.

Los agentes sociales y de la sociedad civil se incorporan al sistema respectivamente mediante los comités y los consejos consultivos de personas mayores, personas con discapacidad y las ONG de acción Social con las funciones de informar, asesorar y formular propuestas sobre materias que resulten de especial interés para el funcionamiento de dicho sistema (art. 40 y 41 de la LAPAD).

El resultado de nuestro sistema de CLD en términos de gobernanza es limitado por varias razones: 1) porque la participación de los Consejos Consultivos y el Comité Consultivo es incompleta al realizarse “a posteriori” y con una escasa influencia en el proceso de toma de decisiones; 2) la presencia institucional en el SAAD de las organizaciones profesionales es escasa; 3) La cooperación entre las administraciones es insuficiente; 4) y la implementación del SAAD en las CCAA se ha producido a distintas velocidades con sus consiguientes efectos de inequidad interterritorial (despliegue desigual entre las CCAA con diferencias

(5) Disponible en http://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2013-13756



en el copago, en los procedimientos de acceso, en niveles de cobertura y en el esfuerzo financiero). Con respecto a las diferencias interterritoriales nos detenemos en las siguientes:

1. **Demoras en las resoluciones** de reconocimiento de la prestación. Según el Tribunal de Cuentas (2014) hay diferencias significativas entre CCAA en el cumplimiento del plazo de seis meses desde la presentación de la solicitud del reconocimiento de la situación de dependencia prevista por la LAPAD. Entre enero de 2011 y abril de 2013 el plazo medio de resolución era de algo más de siete meses y fue especialmente alto en Andalucía, Asturias, Comunidad Valenciana y Extremadura, frente a otras regiones claramente por debajo como Castilla y León, Cantabria, La Rioja, Navarra, Madrid, País Vasco, Cataluña, Asturias y Extremadura.
2. **Diferencias interregionales en las listas de espera** de personas pendientes de recibir prestación. Con datos a 31 de diciembre de 2014⁽⁶⁾ existían 745.720 personas con prestación reconocida de un total de 893.722 con derecho a prestación (lista de espera de 148.000 personas, 16, 5%). Las listas de espera superaron ampliamente la media en la Comunidad Valenciana, Andalucía, Galicia, Aragón o Murcia y estuvieron claramente por debajo en Castilla y León, Ceuta y Melilla, Madrid, Asturias o Navarra.

Como consecuencia de la incorporación tardía al SAAD de las personas con dependencia moderada debido a los sucesivos retrasos en su incorporación (en 2011 con el Real Decreto 20/2011⁽⁷⁾ y en julio de 2012 con el Real Decreto 20/2012⁽⁸⁾), desde julio de 2015 hay 315.000 personas con Grado I con derecho a recibir prestaciones. Dado el escaso tiempo transcurrido ha aumentado significativamente la lista de espera. Según el SAAD, en noviembre de 2015⁽⁹⁾ 1.181.554 personas tenían reconocido el derecho a la prestación aunque solo 788.542 las recibían lo que implica que más de 393.000 personas (el 33,3%) se encuentran en lista de espera (tabla 1). Dichas listas de espera son especialmente elevadas en Canarias, Aragón, Castilla La Mancha, Cataluña, Comunidad Valenciana o Galicia y están por debajo de la media en Ceuta y Melilla, Castilla y León, Madrid o Asturias (gráfico 1).

(6) Datos de la evaluación del SAAD de 2014, disponible en <http://www.dependencia.imserso.gob.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/estsisaad20141231av.pdf>

(7) Real Decreto Ley 20/2011 de 30 de diciembre, <http://goo.gl/nwsPTL>.

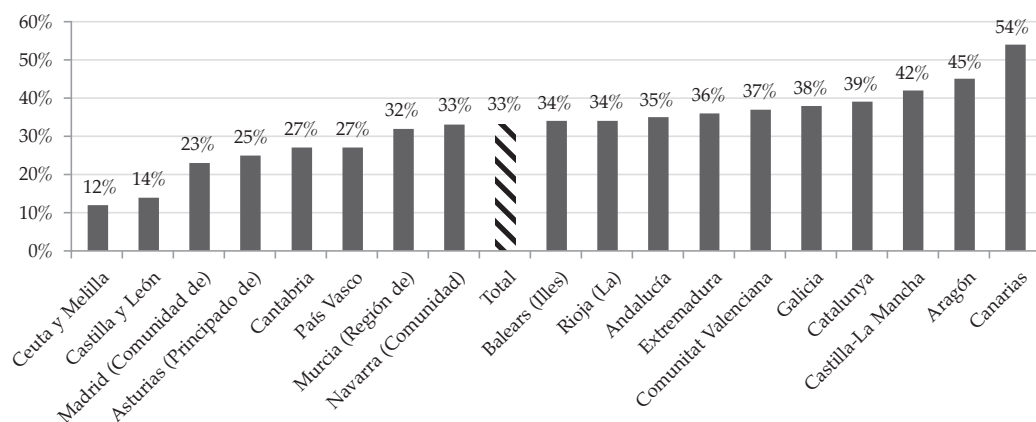
(8) Real Decreto Ley 20/2012, de 13 de julio, <http://goo.gl/VQDLZ>.

(9) Datos provisionales de noviembre de 2015 disponibles en <http://goo.gl/nJGEzZ>

**Tabla 1. Personas beneficiarias y pendientes de concesión en las CCAA (noviembre 2015)**

	Beneficiarios con derecho a prestación	Beneficiarios con prestaciones	Personas pendientes de concesión de prestación	% de personas pendientes de concesión de prestación
Andalucía	276.027	179.590	96.437	35%
Aragón	32.136	17.581	14.555	45%
Asturias	22.677	17.033	5.644	25%
Baleares	17.279	11.484	5.795	34%
Canarias	30.020	13.727	16.293	54%
Cantabria	18.931	13.855	5.076	27%
Castilla y León	85.051	72.920	12.131	14%
Castilla-La Mancha	63.518	36.640	26.878	42%
Cataluña	206.522	126.967	79.555	39%
Comunidad Valenciana	67.432	42.495	24.937	37%
Extremadura	34.110	21.884	12.226	36%
Galicia	65.079	40.388	24.691	38%
Madrid	127.593	98.809	28.784	23%
Murcia	39.969	27.123	12.846	32%
Navarra	13.296	8.882	4.414	33%
País Vasco	69.184	50.167	19.017	27%
Rioja	10.085	6.681	3.404	34%
Ceuta y Melilla	2.645	2.316	329	12%
Total	1.181.554	788.542	393.012	33%

Fuente: Elaboración propia a partir de datos del SAAD de noviembre 2015

Gráfico 1. % de personas pendientes de concesión de prestación (noviembre 2015)

Fuente: Elaboración propia a partir de datos del SAAD de noviembre 2015.



3. **Diferencias en la cobertura del SAAD** en términos de las prestaciones de dependencia reconocidas sobre sus respectivas poblaciones. A fecha de noviembre de 2015, sobre una media del 1,69% de la población española que está recibiendo prestaciones, hay CCAA como Castilla- León (2,92%), Cantabria (2,35%) o País Vasco (2,29%) donde se supera ampliamente este porcentaje mientras que en otras es muy inferior (0,65% en Canarias, 0,85% en la Comunidad Valenciana, 1% en Baleares o 1.33% en Aragón).
4. Asimismo, se aprecia una gran **disparidad en el peso relativo de las aportaciones en la financiación de la dependencia**. Según el Tribunal de Cuentas (2014) hay diferencias relevantes en los recursos propios no procedentes de fondos transferidos por el Estado que las CCAA destinan a la dependencia. Madrid, Extremadura y Castilla-La Mancha se encuentran entre las regiones que más destinan frente a las que dedican menos como Galicia, Illes Balears y Andalucía. En términos del gasto público en dependencia por habitante y año, según la Asociación Estatal de Directores y Gerentes de Servicios Sociales (AEDGSS), a fecha de diciembre de 2014 Canarias, Ceuta y Melilla, la Comunidad Valenciana y Baleares apenas gastaban más de la mitad de la media nacional mientras que otras como Cantabria, País Vasco o La Rioja superaban en más de un 50% dicha media⁽¹⁰⁾.
5. Finalmente, existen **diferencias** significativas entre las CCAA en cuanto a la **valoración de la capacidad económica de los beneficiarios y a los criterios de copago**. Según el Tribunal de Cuentas (2014) varias CCAA, o no han adaptado sus normativas a los criterios comunes del Consejo Territorial para el copago o lo han hecho de manera incompleta, lo que en la práctica supone la existencia de diecisiete modelos diferentes de copago (Montserrat, 2012). Por otro lado, la falta de transparencia de las CCAA en la contabilización de los copagos por la ausencia de mecanismos de contabilidad analítica o el escaso desglose de los copagos en algunas CCAA en función de la renta y el patrimonio dificultan la realización de comparativas fiables.

4 CONCLUSIONES Y PROPUESTAS

La gobernanza de los sistemas de CLD europeos, y del nuestro en particular, está estrechamente relacionada con la coordinación del sistema en dos niveles.

(10) XV dictamen del observatorio julio 2015, disponible en <http://www.directoressociales.com/documentos/dictamenes-observatorio.html>



A nivel horizontal, entre los servicios sociales y sanitarios, y a nivel vertical entre las distintas administraciones públicas (Parent and Arue 2014). Este último nivel, es el que ha centrado nuestra atención en este texto.

Como hemos comprobado, la gobernanza del sistema en los países analizados a su vez está muy influida, a nivel sociohistórico, por los desarrollos y prácticas tradicionales de colaboración institucional y, a nivel económico, por las fuentes de financiación, el margen de maniobra de cada administración para gestionarlas o el tipo de modelo de financiación principal (vía impuestos generales, regionales o municipales o vía cotizaciones gestionadas en el ámbito de la Seguridad Social). Autores como Rodríguez (2015) han comparado las ventajas de la financiación por ambas vías. En cuanto a los sistemas financiados principalmente por impuestos, la principal ventaja según el autor es su flexibilidad para dotar con más recursos al sistema en la medida en la que su base impositiva es más amplia (los ciudadanos en su conjunto) que la de un sistema contributivo (los cotizantes), si bien como se ha observado con la crisis, esta vía de financiación también está sometida a importantes tensiones fruto del alto desempleo, la menor renta disponible y la caída del consumo de los ciudadanos. Entre las principales ventajas de un sistema de Seguridad Social de CLD estarían 1) la transparencia en la asignación de prestaciones en la medida en la que el acceso se hace en un punto único de evaluación y 2) la armonización de las prestaciones con su potencial efecto positivo en la reducción de las desigualdades geográficas (Rodríguez, 2015) que, como acabamos de constatar, es uno de los principales déficit de nuestro sistema de CLD.

A este respecto, con la elaboración de la LAPAD se desaprovechó la ocasión para poder incluir el SAAD dentro del sistema de la Seguridad Social tal y como proponía el Informe del Defensor del Pueblo (2000) y en cierto modo propugnaba el Libro Blanco (IMSERO, 2005) ⁽¹¹⁾. Ello habría ocasionado tensiones y conflictos de intereses con la patronal, opuesta a un aumento en las cotizaciones en el caso de incluirse en la rama contributiva, y con las CCAA al querer preservar sus competencias en servicios sociales. Por el contrario, habría supuesto una mayor capacidad de la administración central para compensar los desequilibrios regionales y la descoordinación entre las distintas CCAA en el acceso a las prestaciones por dependencia en la medida en la que simplificaría el proceso mediante la existencia un punto único de acceso y de valoración de la dependencia si bien en colaboración con el resto de administraciones públicas.

(11) Resultará muy útil al lector recuperar la valoración del Libro Blanco sobre la inclusión del SAAD en el sistema de Seguridad Social (páginas 739-742 <http://www.dependencia.imsero.es/InterPresent1/groups/imsero/documents/binario/libroblanco.pdf>)



Su incardinación en el ámbito contributivo de la Seguridad Social, no obstante habría sido compatible con un sistema descentralizado y con el recurso a diferentes fuentes de financiación como sucede en los países de la UE con modelo de Seguridad Social que hemos analizado. En estos países la gestión de las prestaciones económicas suele estar centralizada, mientras que la de los servicios está descentralizada en las Administraciones territoriales, y donde las prestaciones básicas son financiadas mediante cotizaciones sociales complementadas con financiación vía impuestos para cubrir las prestaciones no contributivas y equilibrar financieramente el sistema.

Su inclusión como modelo de protección universal en la rama no contributiva de la Seguridad Social, manteniendo las ventajas de punto único de acceso y valoración, también sería compatible con un sistema descentralizado si bien en este caso su financiación debería fijarse con cargo a los impuestos generales del Estado incluyendo una parte de la recaudación de determinados impuestos o multas relacionados con actividades susceptibles de generar situaciones de dependencia (impuestos especiales sobre el alcohol y el tabaco, multas de tráfico, incumplimiento de las normas sobre prevención de riesgos laborales, etc.).

Estas propuestas de “máximos”, más si cabe su inclusión en la rama contributiva, no prosperaron entonces y probablemente no prosperarían en el futuro no tanto por su inviabilidad, sobre todo si se incluyese en la rama no contributiva, sino por los elevados costes de transacción y negociación que supondría cambiar el sistema actual en un contexto de crecientes necesidades de CLD.

Toda apunta a que, y así se refleja en los programas electorales de los partidos políticos de mayor espectro político que concurrieron a las elecciones generales de diciembre de 2015, la tendencia de cambio sería hacia un perfeccionamiento del actual SAAD caracterizado porque la Administración Central regula el sistema, garantiza unas prestaciones mínimas y ejerce, junto con las Comunidades Autónomas, una cierta coordinación del sistema, donde éstas además planifican la oferta, valoran la dependencia, gestionan las prestaciones y conciertan la prestación de servicios. Dicho perfeccionamiento debería venir acompañado, a nuestro entender, de las siguientes propuestas de mejora:

- Desarrollar un Ley marco de servicios sociales de ámbito estatal para garantizar una mayor equidad interterritorial en el acceso y calidad de las prestaciones.
- Reforzar el papel de los Consejos y Comités Consultivos fomentando su participación ex ante en la gestión del SAAD e incluyendo a los colegios profesionales implicados en la atención a la dependencia dentro de los órganos consultivos del SAAD.



- Recuperar las cotizaciones en la Seguridad Social para los cuidadores de personas en situación de dependencia.
- En el ámbito de la financiación, reforzar y asegurar la financiación del SAAD mediante un pacto de Estado (AEDGSS, 2015) que contemple aspectos como: 1) la incorporación de la dependencia en el nuevo modelo de financiación autonómica garantizando constitucionalmente una financiación suficiente tanto en los presupuestos autonómicos como de la AGE; 2) la diversificación de las fuentes de financiación no solo con impuestos generales sino también afectando una parte de la recaudación de impuestos como el de Patrimonio, Sucesiones o de los impuestos especiales aplicados sobre actividades generadoras de dependencias como el alcohol y el tabaco, multas de tráfico o incumplimiento de las normas sobre prevención de riesgos laborales, sin descartar un pequeño aumento de las cotizaciones a la Seguridad Social, en torno al 0,1% como acaba de producirse en Alemania en 2015, para destinarlas a un fondo común para la dependencia. Medidas que deberían ir acompañadas de la unificación efectiva de los criterios de copago y de aplicación del baremos en todas las regiones o de la introducción de mecanismos de contabilidad analíticas en los presupuestos de las CCAA que permitan diferenciar el gasto en dependencia de otros gastos en servicios sociales
- En el ámbito competencial, asignar un mayor protagonismo a los municipios para que dejen de ocupar un lugar subordinado en el gobierno del sistema en línea con la mayor parte de los estados de la UE donde los Ayuntamientos son la pieza clave en el sistema de protección y en la organización de los servicios sociales comunitarios. Sucede, empero, que para conciliar eficacia y proximidad en los CLD sería necesario un redimensionamiento y regulación del tamaño, estructura administrativa y de la financiación local semejante a la de otros estados norte-europeos para superar nuestro actual minifundismo municipal tal y como recomienda el Consejo de Europa (Davey, 2011)⁽¹²⁾. El caso danés, ya mencionado, es un buen ejemplo de redimensionamiento y de fortalecimiento de la colaboración intermunicipal en la provisión de servicios de CLD (Parent and Arue 2014; Jespersen, 2014). Dicho redimensionamiento podría venir acompañado de un mayor peso de las entidades

(12) Según Rodríguez González (2006), España se corresponde con el modelo “latino” del sur de Europa caracterizado por la proliferación de pequeños municipios para cuya racionalización se recurre a fórmulas de asociacionismo voluntario o a la creación de entes de cooperación supramunicipal tipo Diputaciones, frente a un modelo de Europa del Norte con estructuras municipales fuertes y eficientes con mayor capacidad de gestión de los servicios públicos que se racionalizan mediante agregación-fusión de los municipios a partir de la aplicación de leyes específicas para este fin.



locales en el CISAAD, mayor dotación presupuestaria, del diseño de mecanismos ágiles de colaboración intermunicipal para los casos donde sea necesaria una combinación de servicios propios y servicios de otros municipios, y del establecimiento de un sistema de “acreditación” de los municipios cogestores del SAAD que garantice que los CLD se desarrollan con unos estándares mínimos de calidad y cobertura teniendo en cuenta, entre otros, criterios como el tamaño de población de los municipios o la capacidad instalada y la calidad de los servicios sociales y sanitarios.

5 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AEDGSS (Asociación Estatal de Directores y Gerentes de Servicios Sociales) (2015): XV Dictamen del Observatorio; Madrid: AEDGSS, <http://www.directoressociales.com/images/documentos/dictamenes/XV%20DICTAMEN%20del%20OBSERVATORIO%20meu.pdf>
- BETTIO, F.; SIMONAZZI, A. y VILLA, P. (2006): “Change in Care Regimes and Female Migration: The Care Drain in the Mediterranean”. *Journal of European Social Policy*, 16(3): 271-285.
- CENTRO DE INVESTIGACIONES SOCIOLÓGICAS (CIS) (2004): “Estudio n.º2581, Barómetro de noviembre de 2004”. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas. http://www.cis.es/cis/opencm/ES/1_encuestas/estudios/ver.jsp?estudio=4355.
- DAVEY, K. (2011): *Local government in critical times: policies for crisis, recovery and a sustainable future*, Strasbourg: Council of Europe, http://www.ccre.org/docs/Local_Government_in_critical_times.EN.pdf
- DEFENSOR DEL PUEBLO (2000): *La atención sociosanitaria en España: perspectiva gerontológica y otros aspectos conexos. Recomendaciones del Defensor del Pueblo e Informes de la Sociedad Española de Geriatriá y Gerontología y de la Asociación Multidisciplinaria de Gerontología*. Madrid: Defensor del Pueblo.
- GLENDINNING, C. (2013): “Long Term Care Reform in England: A Long and Unfinished Story” en, en Ranci, C. and Pavolini, E. (2013): *Reforms in long-term care policies in EU countries*, New York: Springer, pp. 179-200.
- IMSERSO (2005): *Libro Blanco de atención a las personas dependientes en situación de dependencia en España*. Madrid: IMSERSO, <http://www.dependencia.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/libroblanco.pdf>



- MARBÁN GALLEGO, V. (2009): “La atención a la Dependencia”, en Moreno, L. (coord.) (2009): *Reformas de las políticas del bienestar en España*, pp. 207-238, Ed. Siglo XXI, Madrid.
- MARBÁN GALLEGO, V. (2012): “Actores Sociales y Desarrollo de la Ley de Dependencia en España”, *Revista Internacional de Sociología*, vol 70, pp: 375-398
- MEAGHER, G. and SZEBEHELY, M. (2014): “Long-Term Care in Sweden: Trends, Actors, and Consequences”, en Ranci, C. and Pavolini, E. (2013): *Reforms in long-term care policies in EU countries*, New York: Springer, pp. 55-78.
- MIKLAUTZ, A. and HABERSBERGER, J. (2014): The Austrian Long-term Care System, Long-term care – Dilemmas concerning sustainable financing, Peer Review on financing of long-term care, Slovenia 2014.
- MONTSERRAT, J. (2012): “El copago en la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia en La reforma del sistema de dependencia: costes y financiación”. *Revista Actas de la dependencia*, n°. 6, pp. 75: 99.
- NALDINI, M. y SARACENO, C. (2008): “Social and familiar policies in Italy: not totally frozen but far from structural reforms”. *Social policy Administration*, vo. 42, 2: 733-748.
- PARENT, A.S. and ARUE, B. (2014): “Between universal right and neglected social risk: an overview of the financing of long-term care in Europe”, AGE Platform Europe, Comments paper – AGE Platform Europe, Peer Review on financing of long-term care, Slovenia 2014.
- PAVOLINI, E. and RANCI, C. (2008): “Restructuring the Welfare State: reforms in long-term care in Western European countries”. *Journal of European Social Policy*, volume 18, n° 3: 246-259.
- RANCI, C. and PAVOLINI, E. (2013): *Reforms in long-term care policies in EU countries*, New York: Springer.
- RODRÍGUES, R. (2015): Long-term care – the problem of sustainable financing, European Centre for Social Welfare Policy And Research, Synthesis Report, Peer Review in Social Protection and Social Inclusion Social Europe, Slovenia, 18-19 November 2014.
- RODRÍGUEZ CABRERO, G. y MARBÁN GALLEGO, V. (2013): “La atención a dependencia en una perspectiva europea: de la asistencialización a la cuasi-universalización” en Del Pino y Rubio (2013): *Los Estados de Bienestar en la encrucijada*, pp.237-261, Madrid: Tecnos.



RODRÍGUEZ GONZÁLEZ, R. (2006): “El territorio local en Europa. Reestructuración de su base organizativa y posibilidades para España”, *Xeográfica, Revista de Xeografía, Territorio e Medio Ambiente* N° 6, 2006, 115-132.

TRIBUNAL DE CUENTAS (2014): Informe de Fiscalización sobre las medidas de gestión y control adoptadas por las Comunidades Autónomas para la adecuada aplicación de la Ley 39/2006, <http://goo.gl/JNQCCT>

YGHEMONOS, S. (2014): “Long-term care – Dilemmas concerning sustainable financing”, Comments paper – Eurocarers, Peer Review on financing of long-term care, Slovenia 2014.

Perspectiva jurídica y de políticas en el SAAD

Toni Vilà

Investigador del IGOP-UAB
antoni.vila@uab.cat

Fecha de recepción: 2/12/2015

Fecha de aceptación: 22/12/2015

Sumario

1. Presentación. 2. Antecedentes: el punto de partida. 3. Cuatro cuestiones clave. 4. Bibliografía.

RESUMEN

En este trabajo se reflexiona sobre el Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD) con el fin de determinar algunos aspectos que precisan de una reforma urgente. Para ello, se describe, en primer lugar, la situación de las políticas anteriores a la LAPAD para determinar el contexto en que se desarrolla y valorar sus aportaciones. A continuación se analizan cuatro cuestiones que, desde la perspectiva de las políticas y la legislación, requieren la revisión del sistema: a) la autonomía personal como principio y derecho del colectivo de personas en situación de dependencia a decidir sobre las cuestiones que afectan a su vida; b) la necesidad de aplicar el modelo de atención centrada en la persona; c) la utilización del enfoque territorial y la clarificación de las competencias y de las consecuentes responsabilidades, incluida la financiación; d) la coordinación y/o integración del espacio sociosanitario para promover la autonomía y atender las situaciones de dependencia.

Palabras clave:

Autonomía, sociosanitario, dependencia, atención centrada en la persona, políticas sociales, legislación.



ABSTRACT

This paper reflects on the Autonomy and Dependency Care System (SAAD, for its acronym in Spanish) in order to determine some aspects that need urgent reform. First of all, for this purpose, it describes the situation of past policies to LAPAD (Personal Autonomy Promotion and Dependency Care Law) to determine the context in which it develops and value their contributions. Here are four questions discussed, from the perspective of policy and legislation, require the revision of the system: a) personal autonomy as a principle and right group of people in situations of dependency to decide on matters affecting their lifetime; b) the need to apply the person-centered care model; c) use of the territorial approach and clarifying the powers and consequent responsibilities, including funding; d) the coordination and / or integration of socio-sanitary space to promote autonomy and to attend situations of dependency.

Key words:

Autonomy, socio-sanitary, dependency, person-centered care, social policies, legislation.

1 PRESENTACIÓN

Las políticas dirigidas a afrontar las crecientes necesidades de las personas en situación de dependencia se concretaron en España mediante la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia (LAPAD). Esta Ley no ha respondido a las expectativas creadas, especialmente debido a la complejidad del modelo elegido y a los recortes de los servicios y prestaciones realizados con el pretexto de la crisis.

Cuando se cumplen nueve años de su aprobación y se cuestiona su contenido y desarrollo, parece un buen momento para reflexionar sobre el Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD) con el ánimo de revisar y detectar los aspectos que exigen, desde el punto de vista de las políticas públicas, de una reforma en profundidad.

En el presente trabajo no se pretende evaluar la LAPAD, ya que desde instancias públicas y entidades privadas ya se han elaborado varios informes, valorando los resultados de su aplicación y se han presentado propuestas para su perfeccionamiento, a los cuales nos remitimos⁽¹⁾. El objetivo del trabajo se centra en el análisis de cuatro cuestiones generales elegidas por ser piezas clave en la configuración del SAAD y por requerir acciones urgentes de adecuación a la normativa y a las políticas actuales. La primera de las cuestiones que se tratan se refiere a la autonomía personal como principio y derecho básico del colectivo de personas en situación de dependencia que les permite decidir sobre las cuestiones que afectan a su vida y la segunda, muy ligada a la anterior, versa sobre la necesidad de implantar un modelo de atención que debería centrarse en la persona, sus decisiones y preferencias. La tercera cuestión aborda el enfoque territorial y la clarificación de los aspectos relacionados con las competencias y las consecuentes responsabilidades sobre el sistema y, finalmente, la cuarta se refiere a la necesidad de coordinar y/o integrar el espacio sociosanitario para mejorar la atención a dicho colectivo.

(1) Por ejemplo: Informe final del grupo de expertos para la evaluación del desarrollo y efectiva aplicación de la Ley 39/2006 14 de diciembre de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en situación de Dependencia, 2009; AEVAL, 2009. Evaluación sobre la participación de la Administración General del Estado en el sistema para la autonomía y atención a la dependencia, Madrid: Agencia Española de evaluación y calidad; IVÀLUA, 2012. Sistema Català d'Autonomia i Atenció a la Dependència (SCAAD): una agenda d'avaluacions; los dictámenes del Observatorio de la dependencia, pueden consultarse en: <http://www.directoressociales.com/documentos/dictamenes-observatorio.html>



2 ANTECEDENTES: EL PUNTO DE PARTIDA

Antes de tratar de las cuestiones citadas parece oportuno recordar, aunque sea brevemente, algunos aspectos de la evolución y las principales características de las políticas públicas existentes en el momento de la aprobación de la LAPAD, con el fin de poder juzgar la dirección e intensidad de los cambios que impuso el nuevo modelo. Deben tenerse en cuenta las diferencias del contexto socioeconómico de este periodo y la menor incidencia y complejidad del fenómeno en relación a la situación actual.

Los antecedentes próximos podemos situarlos en las acciones emprendidas para la estructuración del nuevo modelo de Seguridad Social, a partir de la Ley de Bases de 1963, que, además de las prestaciones por gran invalidez para el trabajador “impedido para realizar los actos más elementales de la vida y precisa continuados auxilios de otra persona”⁽²⁾, creó, como complemento del sistema de la seguridad social, los servicios sociales, entre los que preveía el de reeducación y rehabilitación de inválidos, que se concretó en 1970 en el Servicio de Recuperación y Rehabilitación de Minusválidos (SEREM). Este mismo año se instituyó, también como complemento del mencionado sistema, el Servicio Social de Asistencia a Pensionistas (SAP), entre cuyas prestaciones ya preveía las residencia asistida para pensionistas que no podían valerse por si mismos, sanatorio geriátrico de rehabilitación, hospital de día o la ayuda a domicilio. Ambos organismos se integraron el año 1978 en el Instituto Nacional de Servicios Sociales (INSERSO).

En la etapa democrática, una de las primeras normas sociales aprobada fue la Ley de Integración Social de los Minusválidos (LISMI, 1982), que desarrollaba el artículo 49 de la Constitución Española (CE). Esta norma incluía un subsidio por ayuda de tercera persona y un subsidio de movilidad y compensación para gastos de transporte, contemplando además varios servicios adecuados para dicho colectivo, como la atención domiciliaria, las residencias, los centros ocupacionales o los de atención especializada. Esta ley fue completada unos años más tarde por la Ley de igualdad de oportunidades, no discriminación y accesibilidad universal de las personas con discapacidad (LIONDAU, 2003) que definió los principios básicos, como el de vida independiente, la normalización, la accesibilidad universal o el diseño para todos, además de obligar a los poderes públicos a adoptar medidas suplementarias para los colectivos que

(2) Además del derecho a la rehabilitación y readaptación, se les incrementaba la prestación un 50 % para remunerar a la persona que le atendiera o, a petición del interesado, podía reemplazarse dicho recargo por el internamiento en una institución asistencial.



sufren mayor discriminación, como pueden ser las personas en situación de dependencia⁽³⁾.

Durante este periodo y hasta la aprobación de la LAPAD, se establecieron diferentes programas y leyes sectoriales que afectan al ámbito que tratamos. Una primera norma, fue la Ley General de Sanidad (1986) que permitió la universalización del sistema, ampliando la cobertura a las personas no incluidas en la seguridad social sin recursos económicos. A finales del año 1990, se aprobó la Ley que estableció en la seguridad social las prestaciones no contributivas, que incluía la pensión de invalidez, con un complemento para los casos que precisaran de la ayuda de otra persona para la realización de los actos esenciales de la vida y las prestaciones por familiares a cargo, que igualmente establecía un complemento para los hijos mayores de edad, con una discapacidad superior al 75 %, que precisaran ayuda para las actividades de la vida diaria.

Así pues en el ámbito de la protección social, el colectivo de personas con discapacidad disponía de un marco jurídico protector y de recursos técnicos y económicos que incluían las situaciones de dependencia. En cambio las personas mayores, si bien disponían de servicios y equipamientos para atenderlos, no existía ningún complemento específico previsto para las situaciones de dependencia en las pensiones de jubilación (contributiva y no contributiva).

Desde el ámbito laboral, además de diversas medidas para la integración al trabajo y para la jubilación anticipada de las personas con discapacidad, se reconoció, mediante la Ley de conciliación de la vida laboral y familiar (1999), el derecho de los trabajadores a una excedencia o reducción de jornada para cuidar a un familiar que no pudieren valerse por sí mismos, aunque con disminución proporcional del salario y sin medidas de compensación de dicha pérdida de ingresos. Como prestación familiar contributiva se reconoció la consideración del periodo de cotización efectiva durante el primer año de la citada excedencia.

Con el cambio de siglo, se propician diversos estudios que ponen de relieve la magnitud y características de la problemática y presentan algunas propuestas. Fueron referentes en el ámbito de los servicios sociales el estudio sobre la Protección social de la dependencia, coordinado por el profesor Gregorio Rodríguez Cabrero (1999), y el Plan gerontológico estatal, 2000-2005 (IMSERSO, 2000). Desde salud se publicó el Programa de atención a las personas mayores (INSALUD, 1999). Durante este período algunas comunidades autónomas (CCAA) optaron por la legislativa sectorial, como Andalucía que aprobó leyes específicas para personas mayores y persona con discapacidad con algunas re-

(3) Actualmente ambas leyes se han refundido en la Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social, mediante el Real Decreto Legislativo 1/2013, de 29 de noviembre.



ferencias a las situaciones de dependencia y Castilla y León que unos años después legisló también para las personas mayores⁽⁴⁾.

A nivel estatal se regularon por primera vez prestaciones sociosanitarias mediante la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud (2003), aunque luego no se incluyeron en la cartera de servicios del citado sistema. A nivel autonómico las medidas de mayor calado se establecieron a partir del año 2003, con la promulgación de las leyes de servicios sociales de Asturias y de Madrid⁽⁵⁾, que iniciaron el proceso de incluir y regular de forma explícita la atención a las situaciones de dependencia en las normativas de servicios sociales, aunque desde hacía años las CCAA prestaban servicios y ayudas dirigidos a este colectivo.

Finalmente el Libro Blanco de Atención a las personas en situación de dependencia (IMSERO, 2004) realizó un diagnóstico de la situación de las personas dependientes en España y ofreció alternativas útiles para la elaboración del proyecto de la LAPAD. Las opciones para configurar las políticas en esta materia giraban en torno a las cuestiones siguientes: a) cobertura universal en el ámbito de la protección pública o en el marco regulador de la Seguridad Social; b) acceso abierto a toda persona con dependencia o limitado a determinados niveles de severidad; c) prestación de servicios o de prestaciones económicas; d) financiación a través de impuestos generales, finalistas o cotizaciones; e) cofinanciación de los beneficiarios o de carácter gratuito; f) gestión centralizada o descentralizada en las CCAA y los municipios; g) alcance de la financiación de las Administraciones Públicas para la protección a la dependencia (Cobo, P., 2006-2007:18).

A partir de estas posibilidades, el modelo que establece la LAPAD se configura a partir de la creación de un derecho subjetivo de ciudadanía universal (para todos los ciudadanos, no se constituye sólo para personas mayores, sino para todo el colectivo de personas que se hallaban en situación de dependencia) a unos servicios (catálogo de servicios que prioriza) y prestaciones económicas para la promoción de la autonomía personal y atención a las situaciones de dependencia (aunque son pocas las prestaciones y acciones para la prevención y para la promoción de la autonomía). Para ello, establece el SAAD como cauce para la colaboración y participación de las Administraciones Públicas, que tiene como eje el Consejo Territorial (instrumento de cooperación para la articulación del sistema). La Ley optó por la inclusión del SAAD en el sistema de servicios

(4) Ley 1/1999, de 31 de marzo, de atención a las personas con discapacidad de Andalucía, Ley 6/1999, de 24 de junio, de atención y protección a las personas mayores de Andalucía, Ley 5/2003, de 3 de abril, de atención y protección a las personas mayores de Castilla y León, Ley 6/2001, de 20 de noviembre de protección a las Personas Dependientes de Cantabria.

(5) Ley 1/2003, de 24 de febrero, de servicios sociales del Principado de Asturias y la Ley 11/2003, de 27 de marzo, de servicios sociales de la Comunidad de Madrid.



sociales, en colaboración con los servicios sanitarios. Establece la financiación vía impuestos con aportaciones de las administraciones públicas y la participación de los usuarios (no los familiares), en la que la Administración General del Estado se hace cargo del nivel mínimo de protección garantizado.

Como conclusión, podemos afirmar que antes de la LAPAD existían políticas de atención a las situaciones de dependencia desde sanidad y servicios sociales, aunque de forma independiente, dispersa y descoordinada que, debido al aumento de la demanda de los últimos años y de la complejidad de las situaciones, los dispositivos existentes fueron insuficientes y se vieron desbordados. Era necesario establecer un sistema coherente y sostenible para dar respuesta a las necesidades derivadas de las situaciones de dependencia, especialmente a las personas mayores que no disponían de prestaciones específicas. La LAPAD estableció el nuevo sistema (SAAD), cuyos perfiles se han descrito anteriormente.

3 CUATRO CUESTIONES CLAVES

3.1. Autonomía personal

Como consecuencia de las negociaciones con los representantes del ámbito de la discapacidad, se incorporó la “promoción de la autonomía personal” al título de la LAPAD, aunque poco en el contenido, que presenta un sesgo de su acción protectora a favor del “soporte a la dependencia”. El artículo 2 de esta Ley define el concepto de autonomía en su acepción moral (controlar, afrontar y tomar, por propia iniciativa, decisiones personales acerca de cómo vivir de acuerdo con las normas y preferencias propias) y funcional (desarrollar las actividades básicas de la vida diaria). Esta opción a favor de la autonomía es sin duda uno de los aspectos más remarcables de la mencionada Ley, aunque ella misma, en su contenido, se contradice, por ejemplo al señalar el carácter prioritario de los servicios (art. 14.2) o la excepcionalidad de la prestación económica para cuidados en el entorno familiar (art. 18.1). Las reformas posteriores de la ley, especialmente las del año 2012, redujeron la facultad de decidir, mediante el incremento de la rigidez del sistema, la uniformidad de las prestaciones y suprimiendo directamente la capacidad de elección para acceder a la prestación económica de atención en el entorno familiar (Vilà, T., 2013:63).

A nivel internacional, al mes siguiente de la aprobación de la LAPAD, el 13 de diciembre de 2006, Naciones Unidas aprobó la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD), que España firmó y ratificó, por lo que desde el 3 de mayo de 2008 forma parte del ordenamiento jurídico español. La CDPD impacta con gran fuerza en la LAPAD ya que comparten el mismo colectivo (todas las personas en situación de dependencia son personas



con discapacidad) y, por tanto, la LAPAD debe ajustarse plenamente a dicha Convención.

No es ni el momento ni el lugar de realizar un análisis sobre dicha Convención, aunque sí parece necesario hacer algunos comentarios generales relativos al concepto de autonomía y a los ajustes que deberían realizarse en la LAPAD. En primer lugar, la introducción en el ordenamiento jurídico español de la CDPD exigía una adaptación de la normativa que se realizó mediante la Ley 26/2011, de 1 de agosto, de adaptación normativa a la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Sorprende que ninguno de los cambios se refiera a la LAPAD cuando consideramos que afecta a varias de sus disposiciones. En cambio en el ámbito sanitario se modificó, entre otras disposiciones, el apartado 5, relativo a consentimiento por representación⁽⁶⁾, del artículo 9 de Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

El primer principio que establece la CDPD se refiere “la autonomía individual, incluida la libertad de tomar las propias decisiones”, que luego complementa y adecua a determinados derechos. Este principio, aunque concuerda en líneas generales con la definición de autonomía de la LAPAD, entra en conflicto con varias disposiciones de dicha ley, como por ejemplo la limitada participación en el Programa Individual de Atención (PIA) o el carácter excepcional para acceder a las prestaciones económicas para cuidado en el entorno familiar.

Por otra parte, el ejercicio de la autonomía precisa muchas veces de “ajustes razonables”, que según la Convención son las “modificaciones y adaptaciones necesarias y adecuadas que no impongan una carga desproporcionada o indebida, cuando se requieran en un caso particular, para garantizar a las personas con discapacidad el goce o ejercicio, en igualdad de condiciones con las demás, de todos los derechos humanos y libertades fundamentales”. La denegación de dichos ajustes constituye una discriminación por motivo de discapacidad (art. 2 CDPD). Este derecho entra en conflicto con la disposición adicional tercera de la LAPAD, relativa a las ayudas económicas para facilitar la autonomía personal, ya que deja su concesión en manos de la disponibilidades presupuestarias, cuando debería ser un derecho subjetivo en los casos que se tratara de un ajuste razonable.

Otra cuestión relevante para la autonomía es el nuevo concepto de capacidad jurídica que establece el artículo 12 de la CDPD, que reconoce que “las per-

(6) “... Si el paciente es una persona con discapacidad, se le ofrecerán las medidas de apoyo pertinentes, incluida la información en formatos adecuados, siguiendo las reglas marcadas por el principio del diseño para todos de manera que resulten accesibles y comprensibles a las personas con discapacidad, para favorecer que pueda prestar por sí su consentimiento.”



sonas con discapacidad tienen capacidad jurídica en igualdad de condiciones con las demás en todos los aspectos de la vida”. Con ello pretende “reemplazar el tradicional modelo de sustitución en la toma de decisiones por un modelo de apoyo en la toma de decisiones con la finalidad de garantizar mejor el respeto de la dignidad inherente y la autonomía individual y la regulación del proceso de modificación de la capacidad de obrar” (Informe Olivenza 2014:11). Además sujeta los apoyos a salvaguardas que impidan los abusos: asegurar el respeto a los derechos, así como a la voluntad y las preferencias de la persona; que no haya conflicto de intereses ni influencia indebida; que sean proporcionales y adaptadas a las circunstancias de la persona; que se apliquen en el plazo más corto posible; y que estén sujetas a exámenes periódicos por parte de una autoridad o un órgano judicial competente, independiente e imparcial. Sin embargo, a pesar de los años de vigencia de la CDPD, el informe de CERMI del 2014 considera que “el sistema español de la modificación de la capacidad sigue siendo uno de sustitución en vez de uno de apoyos, es decir, se continua con el sistema de incapacitaciones judiciales que priva a las personas de sus derechos a través, principalmente, de la tutela”⁽⁷⁾. El respeto a estos derechos exige cambios significativos en todo el proceso de toma de decisiones que, en el caso de la LAPAD, debería aplicarse a todo su contenido, especialmente a la elaboración PIA o a la elección de servicios y prestaciones.

Es importante destacar que la jurisprudencia ha empezado a reinterpretar la incapacitación a la luz de la CDPD, así por ejemplo la sentencia de la Sala Primera del Tribunal Supremo, dictada el 24 de junio (1220/2012), estimó el recurso de casación formulado por un incapacitado y el propio Ministerio Fiscal, en el sentido de modificar la extensión y límites de la incapacidad judicialmente declarada.

Finalmente debe considerarse que el ejercicio de la libertad, puede comportar ciertos riesgos, como pone de relieve la Ley de servicios sociales del País Vasco cuando, al tratar del derecho a la autonomía, señala que ésta incluye la “disposición a asumir en la misma ciertos niveles de riesgo calculado, siempre que dispongan de capacidad jurídica y de obrar para ello, en los términos previstos en la normativa vigente” (art. 9.1, c). Debería, por tanto, respetarse el derecho de la persona a asumir el riesgo y garantizar, en el caso de personas que lo precisen, la medidas oportunas para el ejercicio de su capacidad jurídica para decidir, con las salvaguardas adecuadas y efectivas para impedir cualquier abuso (art. 12.4, CDPD). En relación a la tensión y los conflictos entre libertad y seguridad, Martha C. Nussbaum (2012) opta claramente por la libertad, ya

(7) El Comisario del Consejo de Europa para los Derechos Humanos ha exhortado a España para que complete el proceso de reforma de la legislación relativa a la capacidad jurídica de las personas con discapacidad.



que considera que ante la cuestión sobre qué ámbitos de la libertad se podrían suprimir a favor de la seguridad, responde que sólo sería justificable en casos graves, cuando la violación de la libertad fuera necesaria para garantizar la dignidad humana, aunque para esta autora es aceptable la regulación razonable de la seguridad. Se trata en definitiva de encontrar un equilibrio entre ambos derechos fundamentales, que la LAPAD debería incorporar para hacer efectivo el derecho a la autonomía de las personas y evitar la inseguridad jurídica de los profesionales y de las entidades que respetan dicho derecho.

El propio concepto de autonomía de la LAPAD y especialmente el nuevo paradigma que establece la CDPD imponen la autonomía individual, entendida como la libertad para tomar las propias decisiones. Este concepto obliga a cambios substanciales, en primer lugar, a revisar las incongruencias de la propia LAPAD y de las introducidas por las modificaciones posteriores y, en segundo lugar, a examinar todo el texto de la Ley a la luz de principio de autonomía y de capacidad jurídica que establece la CDPD para introducir las adaptaciones necesarias, buscando la armonía entre capacidad, libertad y seguridad de las personas.

3.2. Atención centrada en la persona

El reconocimiento de la dignidad, la autonomía y la capacidad de las personas requieren la aplicación del modelo de atención centrada en la persona (ACP), cuya formulación se atribuye a Carl R. Rogers (1902-1989) que lo aplicó inicialmente a la intervención terapéutica: “terapia centrada en el cliente” (Rogers, C., 1942). En poco tiempo este modelo se extendió a la salud, la educación y también a los servicios sociales, especialmente al ámbito de la discapacidad y más recientemente a todo el colectivo de personas que precisan cuidados de larga duración. Pilar Rodríguez (2014:120) define el modelo como el “que promueve las condiciones necesarias para la consecución de mejoras en todos los ámbitos de la calidad de vida y el bienestar de las personas, partiendo del respeto pleno a su dignidad y derechos, de sus intereses y preferencias y contando con su participación efectiva”. Para hacerlo posible son necesarios cambios importantes en el diseño de las políticas y la legislación, ya que desde el inicio deberían planificarse los programas, recursos y la organización de acuerdo con dicho modelo.

La LAPAD, además de definir la autonomía, recoge diferentes principios (personalización de la atención, medidas de estímulo social y mental, mayor grado de autonomía posible, permanencia en el entorno, accesibilidad a los servicios, participación) y derechos (respeto a la dignidad e intimidad, recibir información, autorizar la participación en proyectos docentes o de investigación, respeto a la confidencialidad, participación, decidir sobre la tutela de su perso-



na y bienes, decidir libremente el ingreso en un centro residencial, ejercer sus derechos jurisdiccionales y patrimoniales, etc.) relacionados con ACP. Por su parte, las Leyes autonómicas de servicios sociales, especialmente las de nueva generación, también incluyen como uno de los principios rectores la atención personalizada (Vilà, A., 2009) y en el mismo sentido el Capítulo IV de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica regula el respeto de la autonomía del paciente. Así pues las leyes relacionadas con la atención a las personas en situación de dependencia exigen la aplicación del modelo de ACP, sin embargo estudios recientes muestran como a nivel reglamentario son múltiples las disposiciones que dificultan su aplicación (Vilà, T., 2013, b), como por ejemplo, la normativa relativa a las condiciones materiales y funcionales de los centros, los reglamentos de régimen interior, las plantillas de los recursos humanos, la rigidez de las carteras de servicios o el tipo de inspección. En general se constata la preponderancia normativa de las medidas de seguridad en detrimento de la libertad de las personas, como se ha comentado en el punto anterior. Actualmente se produce una asimetría de dos derechos fundamentales –la libertad y la seguridad– cuando constitucionalmente se sitúan al mismo nivel.

Por otra parte, la aplicación de la ACP implica la introducción del concepto de vida independiente y el derecho a la inclusión en la comunidad, que establece el artículo 19 de la CDPD. Este derecho se concreta en tres aspectos: a) la oportunidad de elegir el lugar de residencia y dónde y con quién vivir y que las personas no se vean obligadas a vivir con arreglo a un sistema de vida específico; b) el acceso a una variedad de servicios de asistencia domiciliaria, residencial y otros servicios de apoyo de la comunidad, incluida la asistencia personal; c) que las instalaciones y los servicios comunitarios para la población en general estén a disposición de las personas con discapacidad y tengan en cuenta sus necesidades. Estos derechos colisionan, como ya se ha señalado, con la preferencia por los servicios o la excepcionalidad de determinadas prestaciones que determina la LAPAD.

El concepto legal de autonomía establecido en la LAPAD, la CDPD y las normas de sanidad y las autonómicas de servicios sociales exigen la implantación de un modelo de atención centrado en la persona. A pesar de la contundencia de las leyes, la normativa reglamentaria y la práctica frecuentemente dificultan, cuando no impiden, la aplicación de este modelo; por ello, convendría que en los replanteamientos del SAAD se tuviera en cuenta y se concretara el modelo de ACP y se adecuara urgentemente los reglamentos a este modelo que proclaman las leyes.

3.3. Territorio y competencias

Uno de los elementos en que se observa mayor coincidencia en las propuestas para el diseño de políticas relacionadas con la dependencia es la necesidad de un enfoque territorial y de proximidad, que permita mantener en su entorno a la persona y aprovechar todas las sinergias comunitarias. Para el éxito de dicho enfoque es imprescindible que previamente se establezcan las reglas de juego: delimitar claramente las competencias/responsabilidades (incluida la financiación) de los agentes públicos y privados que intervienen, así como de las personas afectadas, sus familiares, los profesionales y la comunidad.

El régimen competencial de la LAPAD viene fijado en la disposición final octava que recoge el título competencial del Estado en la competencia exclusiva que le otorga el artículo 149.1.1º CE para regular las “condiciones básicas” que garanticen la igualdad de todos los españoles en el ejercicio de los derechos y el cumplimiento de los deberes constitucionales. Las competencias autonómicas se reconocen genéricamente en el artículo 11 (las que le son propias según la Constitución, los Estatutos de Autonomía y la legislación vigente) y detalla las concernientes al SAAD, y el artículo 12, referente a las competencias de las entidades locales, se limita a remitir a las normativas de sus respectivas CCAA y a establecer la “posibilidad” de participar en el CT. Con esta distribución del quantum competencial la LAPAD pretende establecer un cauce de colaboración y participación de las Administraciones Públicas, es decir un modelo de cooperación interadministrativa, mediante el citado CT, que define como “instrumento de cooperación para la articulación del sistema”, al que le atribuye importantes funciones (art. 8). El otro instrumento son los convenios de cooperación (art. 9).

Se ha discutido este encuadre, ya que algunos consideran débil el título estatal⁽⁸⁾ ante la competencia exclusiva autonómica en servicios sociales⁽⁹⁾, puesto que la LAPAD se refiere a esta materia⁽¹⁰⁾. En el proceso de elaboración de esta norma

(8) Los órganos consultivos de algunas CCAA elaboraron dictámenes sobre la constitucionalidad de la LAPAD. En el caso de Catalunya, el Dictamen del Consejo consultivo consideraba varias disposiciones inconstitucionales, a pesar de ello el pleno del parlamento rechazó interponer el recurso. El Gobierno de Navarra acordó interponer el recurso por considerar que determinados preceptos de la LAPAD vulneraban competencias exclusivas de la Comunidad Foral en materia de asistencia social; posteriormente se alcanzó un compromiso y desistió del recurso.

(9) Los Estatutos de Autonomía de segunda generación definen claramente su alcance, así por ejemplo el artículo 42.2.1º del EA de Andalucía señala: “Competencias exclusivas, que comprenden la potestad legislativa, la potestad reglamentaria y la función ejecutiva, íntegramente y sin perjuicio de las competencias atribuidas al Estado en la Constitución. En el ámbito de sus competencias exclusivas, el derecho andaluz es de aplicación preferente en su territorio sobre cualquier otro, teniendo en estos casos el derecho estatal carácter supletorio”.

(10) La exposición de motivos de la LAPAD señala que “Se trata ahora de configurar un nuevo desarrollo de los servicios sociales del país que amplíe y complemente la acción protectora de este sistema...” y el artículo 15 de la ley, referente al catálogo de servicios, establece “que comprende los servicios sociales...”.



se debatió ampliamente esta opción, ya que muchos⁽¹¹⁾ preferían la alternativa del título competencial estatal en materia de Seguridad Social (artículo 149.17ª CE), que le hubiera permitido establecer la “legislación básica y régimen económico”, competencia más amplia y sólida que la regulación de las “condiciones básicas”. Sin embargo, a pesar de que esta opción era también la preferida por los Sindicatos (incluirla en la seguridad social no contributiva) fue rechazada por los empresarios (Cobo, P. 2006-2007:20) y finalmente apartada de la Ley. En el trámite parlamentario esta cuestión fue una de las más debatidas y la responsable de que no se alcanzara el consenso total en la aprobación de la Ley⁽¹²⁾.

Consideramos que las consecuencias de este reparto de competencias ambiguo y contestado ha dificultado el desarrollo y gestión de la Ley. Los mecanismos de cooperación que crea (CT y convenios) no han impedido los conflictos ni evitado las diferencias territoriales en su aplicación⁽¹³⁾. La etapa de recortes presupuestarios agravaron los conflictos, ya que retrasaron la aplicación de la Ley, redujeron la intensidad protectora⁽¹⁴⁾, debilitaron los derechos y pusieron en peligro la cooperación interadministrativa⁽¹⁵⁾. El CT ha modificado su denominación (Consejo Territorial de Servicios Sociales y del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia) y han ampliado sus funciones con las de la Conferencia Sectorial de Asuntos Sociales, generando posiblemente nuevos conflictos con la competencia exclusiva autonómica de servicios sociales. (Vilà, T., 2013, a).

Otras cuestión importante a considerar se refiere a las competencias de los gobiernos locales. Sorprende que la LAPAD trate esta cuestión tan someramente, cuando el enfoque territorial y la proximidad, como se ha señalado, se consideran claves en esta materia. Este enfoque, mayoritario en Europa, se traduce en la descentralización, bien en los municipios (países nórdicos) o en las regiones y los municipios (países continentales) (Rodríguez Cabrero, G., 2014:40-41), con mecanismos para garantizar la igualdad (no la uniformidad). La escasa importancia que concede la LAPAD a las corporaciones locales contrasta con las competencias y las aportaciones técnicas y económicas que están efectuando en la aplicación

(11) Por ejemplo Demetrio Casado, unos años antes de la aprobación de la LAPAD ya optaba por a seguridad social: “para salvar el actual régimen de competencias de las ramas sanitaria y social, opto por un seguro nacional universalista de ayuda personal-social de la dependencia funcional fundado en el artículo 41 de la Constitución” (Casado, D., 2004:44).

(12) Ver Diario de sesiones del Congreso de los Diputados núm. 219, de 30 de noviembre de 2006, págs. 11127-11129. El Grupo parlamentario catalán y vasco no apoyaron la Ley al considerar que el Estado no disponía de título competencial específico que lo habilitara para regular esta materia.

(13) Por ejemplo los conflictos con el copago, que en caso de la Comunidad Valenciana el PSOE presentó el 30.3.2015 un recurso ante el Tribunal Constitucional, que fue admitido a trámite.

(14) Ver Dictámenes del Observatorio estatal para la dependencia, especialmente el X Dictamen, donde señala que “... se agudiza con el Decreto-ley 20/2012, que supone la practica destrucción del SAAD y el retroceso de los derechos de las personas en situación de dependencia y sus familias...”.

(15) La suspensión de diversos preceptos de la LAPAD configuradores del nivel de protección como el nivel acordado pone en peligro la estructura cooperativa de la ley e incluso, para algunos, podría vulnerar el principio de lealtad institucional.



de dicha ley. Además, debe considerarse la repercusión que puede tener la aplicación de la Ley 27/2013, de 27 de diciembre, de racionalización y sostenibilidad de la Administración local (LRSAL), ya que reduce las competencias propias municipales a la “evaluación e información de situaciones de necesidad social y la atención inmediata a personas en situación de riesgo de exclusión social”. Aunque parece que se mantendrán las situaciones competenciales anteriores a la aprobación de dicha ley, debe tenerse en cuenta que el planteamiento estará condicionado por los criterios economicistas de la estabilidad presupuestaria (modificación del art. 135 CE), que justificó la aprobación de la mencionada Ley.

La tramitación y aprobación de la LAPAD generó un debate en torno al régimen competencial en sus distintos niveles (central, autonómico y local) debido a la supuesta debilidad de la competencia estatal escogida, a la competencia exclusiva autonómica en servicios sociales, a las escasas competencias atribuidas al nivel local y al papel del CT. Esta situación dificulta la aplicación de la ley. No parece posible establecer medidas de coordinación, cooperación y racionalización dirigidas a establecer un SAAD eficaz y sostenible sin previamente delimitar claramente las competencias y las consiguientes responsabilidades, incluidas las de financiación de los servicios y prestaciones.

3.4. Espacio sociosanitario

Para diseñar políticas y sistemas organizativos relacionados con las situaciones de dependencia es necesario abordar a fondo el llamado espacio sociosanitario y valorar las potencialidades de su articulación. El citado Libro Blanco de la atención a las personas en situación de dependencia en España (2004) dedicaba el capítulo 7 a la coordinación sociosanitaria, que ya calificaba de “reto imprescindible”. A pesar de que dicho documento concluía afirmando que el SAAD “deberá avanzar en la clarificación y homogeneización de principios, criterios y acciones de coordinación entre los dos sistemas, que garanticen e identifiquen los derechos de los ciudadanos a recibir una atención integral adecuada y suficiente ante sus necesidades, sean estas sociales o sanitarias” (IMSERSO, 2014:522), no parece que se haya avanzado mucho en este sentido.

Como se ha comentado, desde el ámbito sanitario se definió la atención sociosanitaria⁽¹⁶⁾, aunque sólo concretaban las prestaciones sociosanitarias correspondientes al ámbito sanitario, es decir, no se refería propiamente a prestaciones integradas, sino simplemente yuxtapuestas. Esta iniciativa sanitaria se truncó paradójicamente al no incluirse estas prestaciones en la Cartera de

(16) “...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 de la Ley de Cohesión y Calidad del SNS).



servicios comunes del SNS (2006). Por su parte, la LAPAD (2006) no se refiere a las prestaciones sociosanitarias, sino que el catálogo es de servicios sociales (art.15). En otros modelos la sanidad lidera este ámbito con la colaboración de servicios sociales⁽¹⁷⁾ o bien en otros casos se integran los servicios de ambos sistemas⁽¹⁸⁾, ya sea funcionalmente o incluso institucionalmente.

Desde la década de los años 80-90 una de las grandes cuestiones de las políticas sociales europeas se refiere a los cuidados integrados para atender a las necesidades de las personas en situación de dependencia. En estos años se han propiciado avances jurídicos y evidencias científicas sobre la eficacia de los diversos modelos de atención, aunque muchas veces han tropezado con la realidad económica y las prioridades políticas referentes a la reducción del gasto (Canal, R. i Vilà, T., 2014:9). El profesor Rodríguez Cabrero (2014:40-41), señala como una de las características del modelo europeo de cuidados de larga duración la tendencia general hacia formas de coordinación entre sistemas sociales y sanitarios -aunque varían en función de las características de cada país- y recuerda que “uno de los eje fuerza que han favorecido el desarrollo de los sistemas de dependencia ha sido la necesidad de descargar al sistema sanitario (más caro que los servicios sociales y menos eficiente en cuanto a cuidados personales en la vida cotidiana) de los cuidados personales a la vez que se creaban formas de coordinación entre ambos sistemas”.

El Libro Blanco para la Coordinación Sociosanitaria en España (IMSERSO, 2011) estudió las experiencias de coordinación realizadas por las CCAA en los últimos 15 años en el que se constata que 17 CCAA habían desarrollado normativas, planes o programas relacionados con la coordinación sociosanitaria y 7 habían creado una consejería única para sanidad y servicios o asuntos sociales. Emilio Herrera y sus colaboradores (2014:155) consideran que la situación general en el año 2014 se caracteriza por los elementos siguientes: a) se va aceptando el concepto de coordinación sociosanitaria y se empiezan a notar iniciativas y cambios; b) el crecimiento de las iniciativas no se acompaña de un conocimiento colectivo de las mismas ni de una visión compartida; c) muchas de las iniciativas han definido el camino a recorrer o a implementar pilotos con resultados muy positivos. Por ello, estos autores consideran que ha llegado el momento de tomar medidas para generalizar los planes y proyectos de transformación. Estos cambios deberían dirigirse hacia la conjunción de los sistemas sanitario y

(17) Por ejemplo el modelo catalán sociosanitario “Vida als anys” nació unido a la reorganización sanitaria y siempre estuvo en su órbita. En el modelo vasco del periodo 2009-12 la atención a la cronicidad fue el motor de los cambios en sanidad, que lideraba el proyecto aunque con la colaboración de los servicios sociales.

(18) Sería el caso de las autoridades de integración de Escocia, creadas por la Public Bodies (Joint Working) (Scotland) Act 2014, a las que les delegan las funciones en materia de salud y de servicios sociales. La citada Ley forzó la integración orgánica, funcional y presupuestaria de la mayor parte de los servicios de salud y sociales. (Canal, R. y Vilà, T. 2014).



social, que no implica crear un nuevo espacio además de los citados ni ofrecer esta atención integral desde la simple suma de ambos, sino de reorganizarlos conjuntamente para ofrecer una nueva y única oferta de servicios.

Esta tarea no es fácil, su implantación es compleja debido a la asimetría de los derechos y deberes y a las diferencias organizativas y financieras existente entre ambos sistemas⁽¹⁹⁾ y al complejo proceso de coordinación e integración que afecta a la legislación, la financiación, los sistemas de información y de comunicación o a los recursos humanos.

En todos los países de nuestro entorno se están tomando medidas para articular el espacio sociosanitario, mediante la coordinación y/o la integración, con el fin de abordar con eficiencia el incremento de la población y de la complejidad de las situaciones de dependencia. En nuestro país se observan igualmente experiencias exitosas. No parece que pueda acometerse una reforma de la LAPAD sin incluir un debate sobre el modelo sociosanitario, ya que ambos temas (promoción de la autonomía y atención a la dependencia y la atención sociosanitaria) forman parte de las mismas políticas y, por otra parte, se trata de una cuestión que no puede demorarse más.

4 BIBLIOGRAFÍA

- CANAL, R. y VILÀ, T. (2014): Cap a una atenció integrada social i sanitària. Per un model centrat en les persones. Barcelona: Taula el Tercer Sector.
- CASADO, D. (2004): "La dependencia funcional y sus abordajes" en Casado, D. (dir.) *Respuestas a la dependencia*. Madrid: Editorial CCS, pp. 15-49.
- CERMI (2015): Derechos Humanos y Discapacidad. Madrid: Grupo Editorial Cinca. Disponible en: <http://www.cermi.es/es-ES/Biblioteca/Lists/Publicaciones/Attachments/344/coleccion%20ONU%20n%C2%BA12.pdf>
- COBO, P. "Génesis y elaboración de la ley de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia", en *Documentación administrativa*, Madrid, núm. 276-277 (septiembre-diciembre 2006 y enero-abril 2007), pp. 15-38. Consultable en: [http://revistasonline.inap.es/index.php?journal=DA&page=article&op=view&path\[\]=9522&path\[\]=9470](http://revistasonline.inap.es/index.php?journal=DA&page=article&op=view&path[]=9522&path[]=9470)
- HERRERA E. et al. "Coordinación sociosanitaria: cambios necesarios en el sistema para una adecuada atención integrada" en Rodríguez, P. y Vilà A.

(19) Se refieren a los derechos (más garantizados en salud); las aportaciones usuarios (mayoritariamente gratuita en salud y de copago en servicios sociales); las culturas profesionales (del curar al cuidar y acompañar); las competencias y la organización (centralizado en sanidad y descentralizado en servicios sociales locales, especialmente el nivel primario); los recursos (mayores en sanidad); la organización territorial (no coincidente); la historia clínica y social (no compartida), etc.



- (coord.) (2014) *Modelo de Atención Integral y Centrada en la persona*. Madrid: Tecnos, pp. 148-168.
- IMSERO (2000): *Plan Gerontológico Estatal: Plan de Acción para las Personas Mayores, 2000-2005*, Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- IMSERO (2004): *Libro Blanco. Atención a las personas en situación de dependencia*, Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- IMSERO (2011): *Libro Blanco para a coordinación sociosanitaria en España*, Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.
- INSALUD (1999): *Programa de Atención a las Personas mayores*, Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- NUSSBAUM, M.C. *Crear Capacidades*. Barcelona: Paidós, 2012.
- OBSERVATORIO ESTATAL DE LA DISCAPACIDAD. Informe Olivenza 2014 (versión preliminar sometida a discusión). Disponible en: <http://observatoriodeladiscapacidad.info/documentos/informe-olivenza/43-informe-olivenza-2014.html>
- RODRÍGUEZ CABRERO, G. (Coord.): (1999) *La protección social de la dependencia*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- RODRÍGUEZ CABRERO, G. (2014): “Los sistemas públicos europeos de atención a la dependencia”, en Rodríguez, P. y Vilà A. (coord.) (2014) *Modelo de Atención Integral y Centrada en la persona*. Madrid: Tecnos, pp. 33-58.
- RODRIGUEZ, P. “La atención integral y centrada en la persona (AICP). Base i principales referentes” en Rodríguez, P. y Vilà, A, (coord.) (2014) *Modelo de Atención Integral y Centrada en la Persona*, Madrid: Tecnos, pp. 91-112.
- ROGERS, C. (1942): *Counselling and Psychotherapy*, Boston: Houghton Mifflin Company.
- VILÀ, A. (2009): *Tendencias de la nueva legislación de los servicios sociales*. Madrid: EAPN.
- VILÀ, T. (2013, a): “Evolución y reforma del sistema para la autonomía y atención a la dependencia”, en *Actas de la dependencia*, Madrid: Fundación Caser, núm. 8, julio 2013, págs. 47-67.
- VILÀ, T. (2013, b): *Identificación de los aspectos normativos afectados por el desarrollo de los nuevos modelos de atención centrada en la Persona*. Donostia: Gobierno Vasco e Ingema. Disponible en: <http://www.acpgerontologia.com/documentacion/AspectosNormativosacp.pdf>



La autonomía personal en la LAAD

Demetrio Casado

Seminario de Intervención y Políticas Sociales (SIPOSO)

demetrio.casado@gmail.com

Fecha de recepción: 11/12/2015

Fecha de aceptación: 28/12/2015

Sumario

1. El primer componente de la LAAD.
2. Negaciones y dificultades de la autonomía moral.
3. Los medios de la LAAD para promover la autonomía personal.
4. Propuestas.
5. Bibliografía.

RESUMEN

Este artículo versa sobre el primero de los dos componentes del objeto de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia (LAAD); el cual se refiere tanto a la toma de decisiones como a la realización de actividades. La LAAD incluye disposiciones favorecedoras de la autonomía moral, pero contiene otras que la niegan; y se han aprobado normas de desarrollo y aun se han adoptado reformas que añaden dificultades. Por otra parte, la LAAD, además de omitir la definición de los servicios de promoción de la autonomía personal, no cuenta con los medios, actuales y posibles, para ese fin del Sistema Nacional de Salud. A partir del diagnóstico de la situación actual, se proponen medidas para corregir esas dos clases de problemas relativos a la autonomía personal de los que adolece la LAAD.

Palabras clave:

Autonomía personal, cambios normativos, dependencia, LAAD, prestaciones económicas y servicios, servicios sociales, Sistema Nacional de Salud.

**ABSTRACT**

This article looks into the first element of the twofold purpose of Act 39/2006 (December 14th, 2006) on Personal Autonomy and Care for Dependent persons (LAAD, for its acronym in Spanish) which relates to decision-making and the undertaking of activities. The LAAD includes some provisions promoting moral autonomy. Yet, it also contains some other provisions which deny it and there are some implementing provisions and reforms which hinder it. The LAAD does not provide a definition of social services for the promotion of personal autonomy and does not take into account either the resources within the Spanish National Healthcare System that might be allocated to such services. After analysing the current situation, we put forward a number of measures aimed at solving the two types of problems connected to personal autonomy and the LAAD.

Key words:

Personal autonomy, changes to legislation, dependency, LAAD, cash benefits and services, social services, National Healthcare System.

1 EL PRIMER COMPONENTE DE LA LAAD

La iniciativa política que culminó con la aprobación de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia (LAAD) sólo contemplaba inicialmente el segundo componente de ésta. Así lo muestra el *Libro blanco* relativo a dicha iniciativa (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2005). La promoción de la autonomía personal fue propuesta después por representantes de entidades sociales de y/o para las personas con discapacidad, y se incorporó al anteproyecto de la Ley.

El objeto material de este texto se limita al componente sobrevenido de la LAAD. Lo elegí por entender que su tratamiento en la Ley y en su aplicación adolece de descuidos importantes. Tal vez pueda servir como indicio simbólico este hecho: el Instituto de Mayores y Servicios Sociales (Imserso) celebró, el día 4 de noviembre de 2015, una Jornada con el título “Presente y Futuro de la Ley de Dependencia”.

La LAAD adopta su objeto dual y los objetivos correspondientes en el apartado 1 de su primer artículo. Transcribo también su segundo apartado para dar noticia del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD):

Artículo 1. Objeto de la Ley.

1. *La presente Ley tiene por objeto regular las condiciones básicas que garanticen la igualdad en el ejercicio del derecho subjetivo de ciudadanía a la promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia, en los términos establecidos en las leyes, mediante la creación de un Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, con la colaboración y participación de todas las Administraciones Públicas y la garantía por la Administración General del Estado de un contenido mínimo común de derechos para todos los ciudadanos en cualquier parte del territorio del Estado español.*

2. *El Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia responderá a una acción coordinada y cooperativa de la Administración General del Estado y las Comunidades Autónomas, que contemplará medidas en todas las áreas que afectan a las personas en situación de dependencia, con la participación, en su caso, de las Entidades Locales.*

Etimológicamente, la voz “autonomía” significa capacidad personal de obrar según las normas propias; se trata, pues, de una condición moral.



En el ámbito de la discapacidad, Ramón Puig de la Bellacasa utilizó la expresión “autonomía personal”, que adoptaría la LAAD, para traducir el lema *independent living* ([1987] 1999); el cual enunciaba básicamente la voluntad de eludir las interferencias en las decisiones y las conductas personales de las personas con discapacidad derivadas de la intervención profesional.

Paso ahora al campo gerontológico. La Organización Mundial de la Salud (OMS), en un documento aportado a la II Asamblea Mundial del Envejecimiento, celebrada en Madrid y en 2002, adopta esta definición: “La autonomía es la capacidad percibida de controlar, afrontar y tomar decisiones personales acerca de cómo vivir de acuerdo con las normas y preferencias propias.” (2002: 78). Se trata, pues, de capacidad para decidir con conocimiento y responsabilidad.

Pero también se aplica el término “autonomía” –no sólo para los humanos– al orden funcional, es decir, a la capacidad de realizar actividades (Fernández Ballesteros *et al*, 1996: 38).

El elenco de definiciones de la LAAD (art. 2) aparece encabezado por la siguiente: “1. Autonomía: la capacidad de controlar, afrontar y tomar, por propia iniciativa, decisiones personales acerca de cómo vivir de acuerdo con las normas y preferencias propias así como de desarrollar las actividades básicas de la vida diaria.”

Aun cuando el término definido no aparece acompañado del adjetivo “personal”, por el contexto, parece claro que se refiere al primer componente del objeto de la LAAD. En cuanto a su alcance, nótese que abarca la autonomía moral y la funcional. La definición de aquella coincide con la de la OMS antes transcrita. La capacidad para desarrollar actividades no aparecía en el proyecto de Ley (Boletín Oficial de las Cortes. Congreso de los Diputados, 5 de mayo de 2006), sino que fue incorporada en el curso de la tramitación parlamentaria de la norma.

Además de tomarla como objeto, la LAAD se vincula a la autonomía mediante este principio: “La promoción de las condiciones precisas para que las personas en situación de dependencia puedan llevar una vida con el mayor grado de autonomía posible.” (art. 3.h)

En cuanto al ámbito subjetivo, es importante advertir que la promoción de la autonomía personal que regula la LAAD no alcanza a toda la población, ni siquiera a la población en riesgo manifiesto de perder su autonomía personal, sino sólo a quienes se encuentran “en situación de dependencia en alguno de los grados establecidos” (art. 5.1.a).



2 NEGACIONES Y LIMITACIONES DE LA AUTONOMÍA MORAL

La LAAD incurre en dos negaciones manifiestas del componente moral de la autonomía personal cuya promoción adopta como objetivo. Las mismas se refieren al acceso a los medios destinados a los beneficiarios. Estos consisten en un catálogo de servicios (arts. 15 y 21 a 25) y tres prestaciones económicas: la destinada a adquirir servicios no disponibles en la oferta pública y concertada (art. 17), la prevista para cuidados en el entorno familiar –asociada al apoyo a cuidadores no profesionales– (art. 18) y la de asistencia personal (art. 19).

Prioridad de los servicios

Sin referencia alguna a los intereses y/o a las preferencias de los destinatarios, la LAAD limita explícitamente el acceso a las prestaciones económicas: “Los servicios del Catálogo del artículo 15 tendrán carácter prioritario...” (art. 14.2)

Incluso para supuestos de condiciones adecuadas, esa limitación de acceso se acentúa para una de las prestaciones económicas: “El beneficiario podrá, excepcionalmente, recibir una prestación económica para ser atendido por cuidadores no profesionales, siempre que se den condiciones adecuadas de convivencia y de habitabilidad de la vivienda y así lo establezca su Programa Individual de Atención.” (art. 14.4)

La prestación económica para cuidados en el entorno familiar (PECEF) y la prestación económica de asistencia personal (PEAP) tienen un estimable potencial facilitador de la existencia autónoma y de la vida en la familia y la comunidad de sus beneficiarios. De este modo, las restricciones de acceso reseñadas contradicen la siguiente disposición de la LAAD:

Artículo 13. Objetivos de las prestaciones de dependencia.

La atención a las personas en situación de dependencia y la promoción de su autonomía personal deberán orientarse a la consecución de una mejor calidad de vida y autonomía personal, en un marco de efectiva igualdad de oportunidades, de acuerdo con los siguientes objetivos:

- a) Facilitar una existencia autónoma en su medio habitual, todo el tiempo que desee y sea posible.*
- b) Proporcionar un trato digno en todos los ámbitos de su vida personal, familiar y social, facilitando su incorporación activa en la vida de la comunidad.*

Por otra parte, las restricciones indicadas son contradictorias con la modesta vía de participación de beneficiarios y familiares que estableció la LAAD:



Artículo 29. Programa Individual de Atención.

1. En el marco del procedimiento de reconocimiento de la situación de dependencia y las prestaciones correspondientes, los servicios sociales correspondientes del sistema público establecerán un Programa Individual de Atención en el que se determinarán las modalidades de intervención más adecuadas a sus necesidades de entre los servicios y prestaciones económicas previstos en la resolución para su grado y nivel, con la participación previa consulta y, en su caso, elección entre las alternativas propuestas del beneficiario y, en su caso, de su familia o entidades tutelares que le represente.

La preterición de las prestaciones económicas no puede justificarse por su mayor coste, puesto que la cuantía de las mismas puede modularse a conveniencia. La excepcionalidad de la prestación económica para cuidados en el entorno familiar (PECEF) contradice las aspiraciones sociales mayoritarias (Casado, 2015: 81 y 82). En vista de ello, cabe presumir que la LAAD restringiera el acceso a dicha prestación en pro del objetivo de generar empleo y otros retornos económicos (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2005: 642 y 643).

A los tres años de iniciarse la aplicación de la LAAD, pese a la doble restricción que la misma impuso a la PECEF, ésta fue objeto de más concesiones que cualquiera otro de los medios de protección regulados por aquella. Véase la tabla 1.

Tabla 1. Prestaciones que recibían las personas beneficiarias del Sistema para la Autonomía y la Atención a la Dependencia. España, 1 de enero de 2010

Prestaciones económicas y servicios reconocidos		Nº	% respecto a concedidas
Prestaciones económicas	Prestación vinculada a servicio	38.158	6,8
	Prestación para cuidados en el entorno familiar	280.013	50,0
	Asistente personal	685	0,1
Servicios	Prevención y promoción de autonomía personal	3.018	0,5
	Teleasistencia	51.480	9,2
	Ayuda a domicilio	59.576	10,6
	Centro de día/noche	28.479	5,1
	Atención residencial	98.941	17,7
Total		560.350	100,0

Fuente: Elaboración propia a partir de datos del SISAAD (datos sin acumular).

La preferencia por la PECEF fue objeto de críticas por parte de entidades de trabajadores y de proveedores de servicios (puede verse una muestra en *Entre Mayores*, 2011: 1, 17-19 y 71).

Tras el acceso al Gobierno de la Nación del Partido Popular, en reunión celebrada el 10 de julio de 2012, el Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia aprobó un Acuerdo “para la mejora del sistema para la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia”; se publicó mediante Resolución de 13 de julio de 2012, de la Secretaría de Estado de Servicios Sociales e Igualdad. En su diagnóstico de la gestión de la LAAD y en lo que concierne a la PECEF, el Acuerdo prioriza los objetivos sociales y económicos colaterales de la atención a las situaciones de dependencia y reivindica los servicios frente a la atención familiar, en los siguientes términos:

El incumplimiento de las expectativas generadas, tanto en empleo como en actividad económica, dado que no se ha priorizado la atención a través de la red de financiación pública de servicios sociales de las comunidades autónomas, generadora de empleo y actividad económica, primándose, por el contrario, las ayudas a cuidadores no profesionales, contraviniendo el espíritu y letra de la Ley, que lo consideraba una excepción.

En vista de una declaración de prioridad de los objetivos económicos tan explícita es obligado valorarla. La dimensión moral de la autonomía personal a cuya promoción se compromete la LAAD exige liberar a la PECEF de cualquier condicionamiento negativo de elegibilidad. La opción preferente por los objetivos económicos colaterales de la LAAD toma a los destinatarios de la misma como medios, lo cual conculca el imperativo categórico de Kant en su fórmula del fin en sí mismo: “Obra de modo que uses la humanidad, tanto en tu persona como en la persona de cualquier otro, siempre como un fin al mismo tiempo y nunca solamente como un medio en sí mismo.” ([1785] 1972: 44 y 45)

La objeción de la PECEF que hacen sus opositores alegando limitaciones técnicas de las familias para la provisión de cuidados debe valorarse en relación a circunstancias como las que se reseñan seguidamente.

La observación común muestra una importante capacidad de aprendizaje en los cuidadores parientes y aun domésticos; especialmente si participan en asociaciones de afectados de orientación familiarista. Esa capacidad se vería potenciada mediante una realización pública seria de las “acciones de apoyo a los cuidadores no profesionales” previstas por la LAAD (art. 16.4).

Las limitaciones técnicas de las familias pueden ser obviadas mediante recursos externos. Los sanitarios son compatibles con la PECEF y se accede a ellos mediante la prescripción facultativa común. Los recursos sociales de carácter técnico regulados por la normativa de servicios sociales deben ser compatibles



con la PECEF. En cuanto a los servicios del catálogo de la LAAD, lo establecido en el Real Decreto 1051/2013, de 27 de diciembre (art. 16.3 y 4) posibilita, mediante la normativa oportuna, su compatibilidad con la PECEF.

Aparte de lo anterior, en la elección de opciones, debe tenerse en cuenta que, salvo casos anómalos, las familias tienen un gran potencial para el intercambio de bienes relacionales; apreciadísimos por una buena parte de las personas afectas de dependencia.

Las eventuales aplicaciones irregulares de la PECEF deben ser afrontadas, como las relativas a otros recursos, mediante la aplicación de lo que dispone la LAAD sobre infracciones y sanciones (arts. 42 a 45).

Cualquiera que sea el balance de las circunstancias apuntadas, la ética social exige respetar la autonomía de decisión de los usuarios. Podría invocarse al efecto como referencia de contexto la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente (art. 2.3). Pero ha de tenerse en cuenta sobre todo que el primer objetivo de la LAAD es la promoción de la autonomía personal (art. 1.1), la cual incluye la capacidad de decidir (art. 2.1).

Degradación de la PECEF

La preferencia por los objetivos colaterales de la acción de la LAAD, que explicitó el Consejo Territorial en su reunión de 10 de julio de 2012, sería aplicada en la reforma de aquella mediante el Real Decreto-ley 20/2012, de 13 de julio, de medidas para garantizar la estabilidad presupuestaria y de fomento de la competitividad. Reseño seguidamente las relevantes para la PECEF.

El citado Real Decreto-ley incorpora a la LAAD (art. 22.nueve) un nuevo artículo sobre incompatibilidades:

Artículo 25 bis. Régimen de incompatibilidad de las prestaciones.

1. Las prestaciones económicas serán incompatibles entre sí y con los servicios del catálogo establecidos en el artículo 15, salvo con los servicios de prevención de las situaciones de dependencia, de promoción de la autonomía personal y de teleasistencia.

2. Los servicios serán incompatibles entre sí, a excepción del servicio de teleasistencia que será compatible con el servicio de prevención de las situaciones de dependencia, de promoción de la autonomía personal, de ayuda a domicilio y de centro de día y de noche.

No obstante lo anterior, las administraciones públicas competentes podrán establecer la compatibilidad entre prestaciones para apoyo, cuidados y atención que faciliten la permanencia en el domicilio a la persona en situación de dependencia, de tal forma que la suma de estas prestaciones no sea superior, en su conjunto, a las intensidades máximas reconocidas a su grado de dependencia. A los efectos de la asignación del nivel mínimo



establecido en el artículo 9, estas prestaciones tendrán la consideración de una única prestación.

Como puede verse, el nuevo artículo de la LAAD, no sólo regula incompatibilidades, sino también compatibilidades. De éstas, las aplicables a la PECEF –como a las otras prestaciones económicas– en el ámbito nacional son menores que las relativas a los servicios. En cuanto a la dimensión territorial, el artículo 25 bis abre la puerta a la desigualdad. En lo que abundaría el Real Decreto 1051/2013, de 27 de diciembre (art. 16.3).

Paso ahora a las medidas restrictivas específicas de la PECEF establecidas por el Real Decreto-ley 20/2012. Las mismas fueron más intensas que las adoptadas para las otras prestaciones y servicios de la LAAD. Veamos una síntesis (puede consultarse una reseña completa en Vilà Mancebo, 2013: 57-60).

Como quedó dicho, la LAAD dio participación a los beneficiarios y sus familias en la asignación de prestaciones (art. 29). Para la PECEF, el Real Decreto-ley 20/2012 establece lo siguiente: “la determinación de la prestación económica por cuidados en el entorno familiar corresponderá a la Administración competente, a propuesta de los servicios sociales” (art. 22.13).

Por el Real Decreto 615/2007, de 11 de mayo, se asignó a la Administración General del Estado la financiación de las cotizaciones a la Seguridad Social y de Formación Profesional de los cuidadores no profesionales (art. 4.5). El Real Decreto-ley 20/2012 suprime esa prestación indirecta al establecer (disposición adicional octava) que: 1) el convenio “tendrá, para los cuidadores no profesionales, carácter voluntario”; y 2) las cotizaciones a la Seguridad Social “serán a cargo exclusivamente del suscriptor del mismo”.

El Real Decreto-ley redujo las cuantías de las prestaciones económicas (disposición transitoria décima). La tabla 2 permite comparar, para el grado III, las reducciones de la PECEF y de un medio que puede considerarse alternativo: la prestación económica vinculada al servicio (PEVS), es decir, la destinada por la LAAD a adquirir servicios privados y no concertados (art. 17). Los valores de 2012 se refieren sólo al grado porque los niveles fueron suprimidos por el Real Decreto-ley (art. 22.10). La ausencia para dicho año de la aportación por las cotizaciones de Seguridad Social y de Formación Profesional deriva de lo indicado antes.

El acoso a la PECEF se llevó a cabo también mediante la regulación de las aportaciones de la Administración General del Estado a las Comunidades Autónomas: el Real Decreto 1050/2013, de 27 de diciembre, adopta una fórmula por la que se penalizan las concesiones de aquella prestación (art. 4.3.b).



Tabla 2. Comparación de las cuantías de la prestación económica vinculada al servicio (PEVS) y de la prestación económica para cuidados en el entorno familiar (PECEF). Grado III. España, 2011-2012 (euros)

Año	Grado	Nivel	Prestaciones			
			PEVS	PECEF		
			Cuantía	Cuantía	Cuota SS+FP	Suma
2011	III	2	833,96	520,69	164, 54	685,23
	III	1	625,47	416,98		581,52
	Medias		729,71	468,83		633,37
2012	III	-	715,07	387,64	-	387,64
Reducción para 2012 (%)			2,00	17,32	-	38,79

SS: Seguridad Social. FP: Formación Profesional.

Fuente: Elaboración a partir del Real Decreto 570/2011, de 20 de abril, anexo; y del Real Decreto-ley 20/2012, de 13 de julio, disposición transitoria décima.

3 LOS MEDIOS DE LA LAAD PARA PROMOVER LA AUTONOMÍA PERSONAL

El catálogo de la LAAD (art. 15.1) está encabezado por “Los servicios de prevención de las situaciones de dependencia y los de promoción de la autonomía personal.” Como quiera que la prevención es un medio favorecedor de la autonomía personal, podría abordar conjuntamente en este apartado las dos clases de servicios citadas. Por limitaciones de espacio, entre otros factores, me limitaré a la acción relativa a los servicios de promoción de la autonomía personal (SPAP).

Sorprendentemente, la LAAD no define los SPAP que incluye en su catálogo (art. 15.1.a). No obstante, sí fueron objeto de reglamentación por el Real Decreto 727/2007, de 8 de junio, sobre intensidades y cuantías. Lo hizo en singular y en estos términos:

Artículo 6. Intensidad del servicio de promoción de la autonomía personal.

1. Los servicios de promoción de la autonomía personal tienen por finalidad desarrollar y mantener la capacidad personal de controlar, afrontar y tomar decisiones acerca de cómo vivir de acuerdo con las normas y preferencias propias y facilitar la ejecución de las actividades básicas de la vida diaria.

2. Son servicios de promoción para la autonomía personal los de asesoramiento, orientación, asistencia y formación en tecnologías de apoyo y adaptaciones que contri-

buyan a facilitar la realización de las actividades de la vida diaria, los de habilitación, los de terapia ocupacional así como cualesquiera otros programas de intervención que se establezcan con la misma finalidad.

3. La intensidad de este servicio se adecuará a las necesidades personales de promoción de la autonomía, a la infraestructura de los recursos existentes y a las normas que se establezcan por las correspondientes Comunidades Autónomas o Administración que, en su caso, tenga la competencia.

Como puede verse, antes de abordar la intensidad, que es la materia propia del Real Decreto, su artículo sexto dedica dos apartados a describir el servicio. Cabe presumir que se quiso suplir así la mencionada omisión de la LAAD.

En su reunión de 28 de octubre de 2010, el Consejo Territorial del Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia adoptó un Acuerdo relativo a intensidades y cuantías de los servicios y prestaciones para las personas reconocidas en situación de dependencia en grado I; aquel fue publicado mediante Resolución de 4 de noviembre de 2010, de la Secretaría General de Política Social y Consumo. En el apartado tercero del Acuerdo se establece lo siguiente:

1.2. Son servicios de promoción para la autonomía personal, cuyo contenido se desarrollará por la Comisión Delegada del Consejo Territorial del Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia, los siguientes:

Los de habilitación y terapia ocupacional.

Atención temprana.

Estimulación cognitiva.

Promoción, mantenimiento y recuperación de la autonomía funcional.

Habilitación psicosocial para personas con enfermedad mental o discapacidad intelectual.

Apoyos personales y cuidados en alojamientos especiales (viviendas tuteladas).

Con fecha 26 de enero de 2011, la Comisión Delegada del Consejo Territorial, en virtud del mandato contenido en el Acuerdo citado, acordó a su vez el desarrollo del contenido prestacional, la determinación de los destinatarios y las actuaciones de los SPAP para las personas reconocidas en situación de dependencia en grado I.

Por otra parte, procede indicar que el elenco de servicios definido por el Consejo Territorial y anteriormente transcrito fue incorporado al artículo 6 del Real Decreto 727/2007 citado anteriormente. Se operó esa modificación, entre otras, mediante la norma del mismo rango 175/2011, de 11 de febrero (primero, 2 y 3).



Con fecha 16 de julio de 2014, el Consejo Territorial –a la sazón de Servicios Sociales y del SAAD- adoptó un Acuerdo sobre criterios relativos a los SPAP para las personas reconocidas en situación de dependencia en grados II y III. Se publicó por Resolución de 31 de julio de 2014, de la Secretaría de Estado de Servicios Sociales e Igualdad. En términos generales se siguió la pauta de lo acordado para el grado I.

Parece que la apertura en 2014 de los SPAP a los grados II y III pone en evidencia la sin razón de haberlos limitado durante el tiempo anterior al I.

En otro orden de cosas, es obligado señalar la estruendosa disparidad territorial en la concesión del derecho a dichos servicios; la tabla es harto elocuente. La unión en ella de los servicios de prevención de la dependencia y los de promoción de la autonomía personal viene dada por la fuente.

Tabla 3. Prestaciones del SAAD de servicios de prevención de la dependencia y de promoción de la autonomía personal (SPDyPAP) en ámbitos territoriales con frecuencias extremas. A 31 de octubre de 2015

Ámbito territorial	Total de prestaciones	Concesiones de SPDyPAP	
		Nº	%
Andalucía	179.413	0	0,00
Aragón	17.299	0	0,00
Cantabria	13.681	0	0,00
Castilla y León	71.382	9.995	11,01
Murcia (Región de)	26.665	3.190	9,47
Ceuta y Melilla	2.203	289	10,33
TOTAL nacional	779.373	26.777	2,72

Fuente: IMSERSO, Información Estadística del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia: a 31 de octubre de 2015.

La tercera de las prestaciones económicas de la LAAD, denominada “de asistencia personal” (art. 14.5), está destinada expresamente a la promoción de la autonomía personal: “Su objetivo es contribuir a la contratación de una asistencia personal, durante un número de horas, que facilite al beneficiario el acceso a la educación y al trabajo, así como una vida más autónoma en el ejercicio de las actividades básicas de la vida diaria.” (art. 19)

En mi opinión se trata de una prestación muy interesante, por su doble función: el asistente personal colabora con el asistido en la realización de sus ac-

tividades; y, en virtud del régimen de contratación directa, lo hará siguiendo las indicaciones del mismo; que tiene así ocasión de ejercer su autonomía de decisión.

En su primera formulación, la prestación citada se restringió a las “personas con gran dependencia”. Afortunadamente, esta limitación del ámbito subjetivo fue suprimida por el Real Decreto-ley 20/2012, de 13 de julio, de medidas para garantizar la estabilidad presupuestaria y de fomento de la competitividad (art. 22.siete).

Desafortunadamente, la prestación de asistencia personal se viene concediendo a pocos beneficiarios de la LAAD y con desigualdades territoriales extremadas. Sirvan como muestra estos datos extraídos de la tabla 1.7 de la Información Estadística del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia correspondiente a 31 de octubre de 2015: sólo había 2.947 beneficiarios de dicha prestación, lo que representa un 0,30 % del total; el 87,4 % de dichos beneficiarios eran de una sola Comunidad Autónoma, el País Vasco; las de Andalucía, Aragón, Islas Baleares, Canarias, Región de Murcia y La Rioja, así como Ceuta y Melilla, no contaban con ningún beneficiario.

Termino dando cuenta de una medida promocional de la autonomía personal, en su faceta funcional:

Disposición adicional tercera. Ayudas económicas para facilitar la autonomía personal.

La Administración General del Estado y las administraciones de las Comunidades Autónomas podrán, de conformidad con sus disponibilidades presupuestarias, establecer acuerdos específicos para la concesión de ayudas económicas con el fin de facilitar la autonomía personal. Estas ayudas tendrán la condición de subvención e irán destinadas:

- a) A apoyar a la persona con ayudas técnicas o instrumentos necesarios para el normal desenvolvimiento de su vida ordinaria.*
- b) A facilitar la accesibilidad y adaptaciones en el hogar que contribuyan a mejorar su capacidad de desplazamiento en la vivienda.*

Nótese, en primer lugar, que se trata de una medida discrecional, no garantizada como derecho subjetivo. Por otra parte, cuando se aprobó la LAAD, esta disposición no supuso ninguna novedad en la rama de los servicios sociales públicos. Además, se incurrió en una nueva omisión relativa a la rama sanitaria, pues ni siquiera se cita la estimable oferta garantizada de recursos ortoprotésicos establecida por el Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud (Anexo VI).



4 PROPUESTAS

Los fallos y limitaciones de la LAAD y de sus normas de desarrollo concernientes a la autonomía personal demandan cambios normativos y otro tipo de acciones. Presento algunas propuestas para los dos frentes de demanda examinados en los apartados segundo y tercero.

Para corregir las negaciones y dificultades internas de la LAAD

Propongo los siguientes cambios normativos:

- Eliminar la prioridad de los servicios sobre las prestaciones económicas (art. 14.2).
- Suprimir la excepcionalidad de la PECEF (art. 14.4).
- Revalorizar las cuantías de la PECEF hasta niveles equiparables a los de prestaciones alternativas.
- Ampliar, **para el ámbito nacional**, las compatibilidades de las prestaciones económicas y los servicios, incluyendo la posibilidad de complementar la PECEF, no sólo con la teleasistencia, sino también con la ayuda a domicilio, los centros de día y de noche y las estancias residenciales de respiro; con techos de gasto vinculados al grado de dependencia.

La Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente, entre sus principios básicos, incluye el siguiente: “El paciente o usuario tiene derecho a decidir libremente, después de recibir la información adecuada, entre las opciones clínicas disponibles.” (art. 2.3). Teniendo en cuenta que los medios de la LAAD están destinados a personas con afectación permanente, el derecho a elegir está no menos justificado que en la asistencia sanitaria. Así pues, inclúyase un principio análogo al reseñado en la LAAD (art. 3).

En relación con la PECEF, parece que los riesgos de los afectados y las cargas de los cuidadores no profesionales se minorarían si éstos tuvieran a su disposición medios de capacitación y colaboración. En pro de ello, debe regularse como derecho subjetivo el acceso a la pareja de la PECEF, es decir, el “apoyo a los cuidadores no profesionales” (art. 18).

La LAAD carece de una herramienta de gran potencialidad para el ejercicio de la autonomía de elección: los fondos personales de dinero y/o de horas de atención, que se han adoptado en algunos países (SIIS, 2011). Tales fondos permiten a sus beneficiarios diseñar y gestionar su plan de apoyos. Propongo su incorporación a la LAAD.

Antes de pasar a la segunda faceta de este apartado, creo obligado referirme a los condicionantes socioeconómicos de las negaciones y dificultades internas de la autonomía que entraña la LAAD.

Como quedó dicho, antes de la reforma de la LAAD, asociaciones de trabajadores y de proveedores se manifestaron contra la PECEF. Y las administraciones públicas competentes en la gestión de la LAAD, en reunión del Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y la Atención a la Dependencia celebrada el 10 de julio de 2012, priorizaron los objetivos económicos colaterales de la LAAD. Seguidamente, mediante el Real Decreto-ley 20/2012, de 13 de julio, se redujo drásticamente el contenido protector de la PECEF. Tras esta operación, el número de concesiones descendió sensiblemente. Pero los agentes laborales y los proveedores, han seguido manifestándose insatisfechos. Veamos una muestra.

En el primer número del Observatorio del Sector de la Atención a la Dependencia en España (junio de 2014), sus promotores se presentan y lo presentan como sigue:

Las Organizaciones firmantes del VI Convenio de la Dependencia: Federación Empresarial de la Dependencia (FED), Federación de Residencias y Servicios de Atención a los Mayores y Sector Solidario (LARES), Asociación de Empresas de Servicios para la Dependencia (AESTE), Federación de Sanidad y Sectores Sociosanitarios de Comisiones Obreras (FSS-CC.OO.), Construcción y servicios (CC.OO.) y el Sector Salud y Servicios Sociosanitarios y Dependencia de la FSP-UGT (FSP-UGT), tienen la responsabilidad de fomentar el desarrollo del sector profesional de atención a las personas dependientes en España, y velarán por su cumplimiento a través del Observatorio de la Dependencia. (p. 54)

Y manifiestan su posición relativa a la cuestión objeto de examen en estos términos:

La supervivencia del sector pasa por agilizar el cumplimiento de la Ley en base a servicios profesionales de calidad, superando las intolerables tasas de 'excepcionalidad' del 42,81% de cuidadores no profesionales, sólo así se contribuiría a la generación de empleo estable y no deslocalizable, especialmente femenino que viene retrocediendo desde 2.012. (p. 54)

En el coloquio de la Jornada del IMSERSO que cité en el apartado 1, el gerente de una fundación promovida principalmente por entidades proveedoras de servicios para la dependencia, se manifestó en la misma línea.

En vista de ello, mantengo lo que escribí hace unos meses (Casado, 2015: 97):

*Ante la persistencia de la campaña contra la opción familiar en la atención a la dependencia y, sobre todo, de la articulación del lobby de los proveedores onerosos, y vista la coincidencia objetiva –no entro en las intenciones– de la acción pública, parece obvia la necesidad de organizar la defensa por **agentes civiles sin conflicto de intereses** de dicha opción.*



Por supuesto, la convocatoria para esa iniciativa no debe vincularse a ninguna lateralidad política, ni tampoco a las autodefiniciones de progresismo o de solidaridad, pues la experiencia muestra la convergencia de proveedores de muy distinta naturaleza institucional y autoidentificación ética en la oposición a los cuidados familiares.

Para mejorar la promoción de la autonomía personal

Aparte de perfeccionar en lo posible el elenco de medios de la rama de los servicios sociales a incluir en los SPAP, entiendo que debe valorarse la posibilidad de contar con los de otras ramas de la acción pro bienestar.

Fernando Fantova ha escrito (2014: 318) que “posiblemente el reto principal de la política transversal relacionada con la discapacidad y la dependencia tenga que ver con promover la coordinación intersectorial”, y menciona seguidamente la sanidad, los servicios sociales, la educación, los servicios de empleo, la política de garantía de ingresos y las políticas de vivienda. Y es el caso que la LAAD, salvo sus prestaciones económicas, opta por limitarse a “la oferta pública de los Servicios Sociales” (art. 14.2).

El *Libro blanco* de la LAAD dedicó un capítulo (el VI) a la acción del sistema sanitario relativa a la dependencia. Y abordó en el siguiente la coordinación sociosanitaria. Ello se corresponde con el hecho de que el departamento a la sazón competente en sanidad participó en los primeros trabajos preparatorios de la LAAD, cuyo gestor principal fue el ministerio responsable de asuntos sociales –que lo era también de trabajo-. Pero esa colaboración cesó antes de que se elaborara el proyecto de dicha ley.

En tanto se mantenga la soledad de los servicios sociales en el SAAD, provéase al menos a establecer la obligación de que los gestores del mismo informen a los solicitantes de su protección de los recursos para la promoción de la autonomía personal –aparte de otros- que ofrece el Sistema Nacional de Salud. Recuérdesse el caso de la prestación ortoprotésica.

Pero no renunciemos a incorporar a la LAAD disposiciones que mejoren la oferta garantizada de recursos del Sistema Nacional de Salud convenientes para la promoción de la dependencia. Veamos un ejemplo.

La Ley 16/2003, de 28 de marzo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud incluyó en el Catálogo de prestaciones una de gran potencialidad para, aparte de otros objetivos, la promoción de la autonomía personal:

Artículo 14. Prestación de atención sociosanitaria.

1. La atención sociosanitaria comprende el conjunto de cuidados destinados a aquellos enfermos, generalmente crónicos, que por sus especiales características pueden bene-



ficiarse 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.

2. En el ámbito sanitario, la atención sociosanitaria se llevará a cabo en los niveles de atención que cada comunidad autónoma determine y en cualquier caso comprenderá:

- a) Los cuidados sanitarios de larga duración.*
- b) La atención sanitaria a la convalecencia.*
- c) La rehabilitación en pacientes con déficit funcional recuperable.*

3. La continuidad del servicio será garantizada por los servicios sanitarios y sociales a través de la adecuada coordinación entre las Administraciones públicas correspondientes.

Pero, sorprendente y desgraciadamente, esa prestación fue excluida de la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud aprobada por el Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre. Tal omisión priva de garantía de acceso a los pacientes. Como quiera que la norma citada fue aprobada antes que la LAAD, ésta podría haber atravesado la frontera sanitaria para subsanar dicho problema. Por supuesto, no sólo sería posible hacerlo aun, sino que debe hacerse.

La transversalidad debería ser aplicada también para establecer la garantía de acceso a prestaciones económicas destinadas a: 1) la adquisición de ayudas técnicas no incluidas en la cartera de servicios comunes del SNS y 2) financiar la supresión de barreras de las viviendas de los beneficiarios de la LAAD que opten por permanecer en ellas.

Termino manifestando que no abordo la, a mi parecer, deseable corrección de las extremadas desigualdades territoriales reseñadas por entender que las mismas son la manifestación de estructuras jurídicas cuya descripción y análisis requeriría un espacio del que no dispongo.

5 BIBLIOGRAFÍA

BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES. Congreso de los Diputados, 5 de mayo de 2006: Proyecto de Ley 121/000084 Promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia.

CASADO, D. (2015): “Defensa de la atención familiar (complementada) a la dependencia”, en *Políticas sociales en Europa. Aportaciones de las familias al bienestar y apoyos facilitadores*, nº 34: 69-102.



- FANTOVA, F. (2014): *Diseño de políticas sociales. Fundamentos, estructura y propuestas*. Madrid: Editorial CCS.
- FERNÁNDEZ BALLESTEROS, R. *et al.*, (1996): *Calidad de vida en la vejez en los distintos contextos*. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- IMERSO. Información Estadística del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia. Situación a 31 de octubre de 2015. <http://www.dependencia.imerso.es/InterPresent1/groups/imerso/documents/binario/estsisa-ad20151031.pdf> (visitado el 29 de noviembre de 2015)
- KANT, M. ([1785] 1972): *Fundamentación de la metafísica de las costumbres* [y otras obras]. Mexico: Editorial Porrúa.
- MINISTERIO DE TRABAJO Y ASUNTOS SOCIALES (2005): *Atención a las personas en situación de dependencia en España. Libro blanco*.
- OBSERVATORIO DEL SECTOR DE ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA EN ESPAÑA: *Informe junio 2014*, descargado de www.federacionfed.org/wp (visitado el 27 de septiembre de 2014).
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (2002): "Envejecimiento activo: un marco político", *Revista Española de Geriatría*, agosto, vol. 37, supl. 2: 74-105.
- PUIG DE LA BELLACASA, P. ([1987] 1999): "Concepciones, paradigmas y evolución de las mentalidades sobre la discapacidad", en *Discapacidad y comunicación social*, Real Patronato de Prevención y de Atención a las Personas con Minusvalía, Madrid.
- SIIS Centro de Documentación y Estudios (2011): "Prestaciones económicas versus prestaciones en especie. El resurgir de un viejo debate", *Zerbitzuan*, diciembre, nº 50: 9-28.
- VILÀ MANCEBO, A. (2013): "Evolución y reforma del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia", *Actas de la dependencia*, nº 8: 47-67.
- VV. AA. (2011): *Entre Mayores*, nº 111: pp. 1, 17-19 y 71.

Una aproximación al coste de la dependencia y su financiación

M^a Dolores de Prada Moraga

*Profesora Titular del Departamento de Economía Aplicada de la Universidad de Valladolid
lprada@eco.uva.es*

Luis Moisés Borge González

*Profesor Titular del Departamento de Economía Aplicada de la Universidad de Valladolid
borge@eco.uva.es*

Fecha de recepción: 17/12/2015

Fecha de aceptación: 29/12/2015

Sumario

1. Introducción.
2. El coste de la atención a la dependencia.
3. La financiación de la dependencia.
4. Bibliografía.

RESUMEN

En este artículo hemos estimado el coste de la atención a la dependencia en el año 2014 en España, para cada una de las prestaciones que constituyen el catálogo de la dependencia. Así mismo, se ha analizado la financiación de la dependencia desde los tres pilares básicos que contempla la ley: la Administración General del Estado, las Comunidades Autónomas y la aportación de los beneficiarios. La participación de los beneficiarios en los servicios se ha estimado aplicando los criterios aprobados en el Consejo Territorial. El coste de la dependencia se ha estimado en 7.051,92 millones de euros. El 25,67% del coste es financiado por los beneficiarios del Sistema.

Palabras clave:

Dependencia, coste de la dependencia, financiación de la dependencia, aportación beneficiarios, nivel mínimo, financiación adicional.

**ABSTRACT**

In this paper we estimate the long-term care (LTC) costs in Spain in 2014, for each of the benefits included in the Spanish LTC program. We also analyze the LTC funding from the three funding sources that the law provides for, namely the Central and Regional Governments and the own care receivers. The financial contribution of the latter is estimated by applying the guidelines approved in the Territorial Council. The LTC cost has been estimated in 7051.92 € (millions), with 25.67% being funded by the own care receivers.

Key words:

Long-term care (LTC), LTC costs, LTC funding, minimum level, additional funding.

1 INTRODUCCIÓN

La atención a las personas dependientes constituye uno de los pilares fundamentales del Estado del Bienestar. La Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de Dependencia regula las condiciones básicas de promoción de la autonomía personal y de atención a las personas en situación de dependencia mediante la creación de un Sistema para la Autonomía y Atención de la Dependencia (SAAD) en el que colaboran todas las Administraciones Públicas.

A pesar de la importancia social y económica que sin duda ha tenido la implantación de la ley, hasta el estudio de la fundación Caser realizado por M.D. Prada y L.M. Borge (2014), no se había analizado de forma global y directa el coste de la atención a la dependencia ni su financiación. Diversos estudios han analizado con anterioridad el coste y la financiación de los Servicios Sociales en España, entre otros Monserrat, J. (2005 y 2011), Juan Oliva, R. O. y Natalia J.(2007), Artis, M. *et al.* (2007), Sosvilla Rivero, S., Moral Arce, I.(2011). Gómez, M. *et al* (2012), González Ortega, S. *et al* (2013) y Comas Herrera, A. (2013), pero en ninguno de ellos se aborda el problema desde una perspectiva global que abarque el análisis del coste de cada uno de los servicios y prestaciones del catálogo de la dependencia y su financiación.

En diciembre de 2013 entraron en vigor importantes cambios legislativos que, por un lado, unifican las normas relativas a prestaciones y servicios que han sido dictadas en el desarrollo de la ley de dependencia y, por otro, mejoran la gestión y transparencia de los datos que las Comunidades Autónomas deben proporcionar al Sistema de Información del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SISAAD).

El trabajo de Prada, M.D. y Borge, L.M.(2015) estimó el coste y la financiación de la dependencia para el año 2014 y lo comparó con los resultados obtenidos por los mismos autores para el año 2013, analizando los efectos que la nueva legislación ha tenido sobre la estructura y el coste de la dependencia.

En noviembre de 2015 el IMSERSO ha presentado un informe en el que se estudia tanto el coste derivado de la atención a la dependencia, como las aportaciones realizadas por los beneficiarios y las Administraciones Públicas utilizando una metodología similar a la empleada por Prada, M.D. y Borge,



L.M.(2014 y 2015). En este estudio se estima el coste de la dependencia para el ejercicio 2013 en 6.848 millones de euros, cifra similar a la obtenida para dicho año en Prada, M.D. y Borge, L.M.(2014) que era de 6.509 millones de euros y a la estimada por el Tribunal de Cuentas con los datos facilitados por las propias Comunidades Autónomas que estimaba dicho coste en 7.084 millones de euros.

En este artículo vamos a analizar el coste de la atención a la dependencia para el año 2014 calculado en Prada, M.D. y Borge, L.M.(2015)⁽¹⁾. Hay que señalar que, en este trabajo, solo se considera el coste de la dependencia de las personas que actualmente están recibiendo de forma efectiva la prestación, no se evalúa, por tanto, el coste de las personas que, teniendo reconocido el derecho a una prestación, están todavía en trámites para su concesión y que también forman parte del Sistema. Tampoco se han tenido en cuenta los gastos de gestión que conlleva la tramitación de la dependencia. Por otra parte, el coste de las prestaciones asociadas al Servicio de Prevención de la Dependencia y los de Promoción de la Autonomía Personal no se han analizado por no estar muy claro en que se concreta dicho servicio en las diferentes Comunidades Autónomas. Este servicio representa el 2,51% del total de prestaciones, por lo que es de esperar que su ausencia no afecte de forma significativa a los resultados.

En cuanto a la financiación del SAAD, se han tenido en cuenta los tres pilares que la ley reconoce como fuentes de financiación: La Administración general del Estado, las Comunidades Autónomas y la aportación de los beneficiarios. Por lo que respecta a la participación de la Administración General del Estado en la financiación de la dependencia, se analizará no solo a través del nivel mínimo de protección, sino también estimando la financiación adicional que las Comunidades Autónomas reciben de los Presupuestos Generales del Estado para reforzar el estado del bienestar y cuya asignación se realiza basada en criterios directamente relacionados con la población en situación de dependencia. En cuanto a las aportaciones de los beneficiarios, al no conocerse los datos reales sobre la capacidad económica real del beneficiario y su aportación al coste, se han considerado las pensiones como un indicador de la capacidad económica y se ha calculado la aportación del beneficiario para los diferentes servicios utilizando los criterios acordados por el Consejo Territorial en la reunión de 10 de julio de 2012.

La información utilizada para la realización del trabajo proviene en su mayoría del SISAAD y de diversos informes realizados por el IMSERSO. El Consejo Territorial se comprometió a publicar unos indicadores de precios de los ser-

(1) Para una explicación más detallada de los cálculos consúltase Prada, M.D. y Borge, L.M.(2015).

vicios para todo el territorio nacional para finales de 2012, pero en la actualidad todavía no se han hecho públicos, por lo que los indicadores de los precios de los servicios que se han utilizado en este trabajo proceden fundamentalmente de la información proporcionada por las patronales del sector y por los informes de recursos sociales realizados por el IMSERSO para los años 2011 y 2012.

2 EL COSTE DE LA ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA

Como ha puesto de manifiesto el Tribunal de Cuentas en su informe 1035, la mayoría de las Comunidades Autónomas no disponen de una contabilidad analítica que permita diferenciar los gastos en Servicios Sociales de los gastos específicos de la gestión de la dependencia. Es, por tanto, una tarea imposible tratar de determinar el coste exacto de la atención a la dependencia. Por ello, trataremos de aproximarnos al coste de la dependencia mediante un método de estimación directo del coste del total de las prestaciones, utilizando unos indicadores del coste de los servicios iguales para todo el territorio nacional.

El coste total de los diferentes servicios y prestaciones vendrá determinado por el tipo de prestación, el número de prestaciones, el grado de dependencia, la situación de discapacidad o no del beneficiario y el coste de dicho servicio.

A 31 de diciembre de 2014 el número de beneficiarios con derecho a prestación ascendió a 893.722 personas, lo que representa un 73,63% de las personas valoradas como dependientes. De éstas, un 83,44%, 745.720, recibían la prestación en esa fecha. El 43,08% de los beneficiarios están valorados como grandes dependientes, grado III; el 50,84% como dependientes severos, grado II; y el resto, un 6,11%, son dependientes moderados.

La ley de Dependencia establece un catálogo de servicios y prestaciones económicas destinadas a promocionar la autonomía personal y a atender las necesidades de las personas con dificultad para la realización de las actividades básicas de la vida diaria. El catálogo incluye: Los servicios de Prevención de las Situaciones de Dependencia y los de Promoción de la Autonomía Personal, la Teleasistencia, la Ayuda a Domicilio, los Centros de Día y de Noche y la Atención Residencial. Estos servicios han de ser prestados con carácter prioritario a través de la Red de Servicios Sociales por las Comunidades Autónomas. Si esto no es posible se concederán prestaciones económicas de carácter personal vinculadas a la adquisición de un servicio.

De forma excepcional, el beneficiario podrá recibir una prestación económica para ser atendido por un cuidador familiar. Este tipo de ayuda, que la



ley contempla como excepcional, se ha convertido en el tipo de prestación más extendida, aunque su importancia ha ido decreciendo. Por último, la ley contempla la posibilidad de obtener una prestación económica de asistencia personal que tiene como finalidad la promoción de la autonomía de las personas en situación de dependencia.

A 31 de diciembre de 2014 los beneficiarios de la dependencia recibían 929.983 prestaciones, lo que supone un ratio de 1,25 prestaciones por beneficiario. La distribución total y dentro de cada grado de las prestaciones entre los diferentes servicios y prestaciones económicas viene recogida en la tabla 1. Los servicios representan el 51,63% de las prestaciones, estando muy repartidos entre la atención residencial, un 14,55%, la ayuda a domicilio, 14,26% y la teleasistencia, 12,43%.

Tabla 1. Distribución de las prestaciones

Prestaciones	Prestaciones por grado						
	Grado III		Grado II		Grado I		Total
	Número	%	Número	%	Número	%	%
P.A.P.D.	10.391	2,67	10.695	2,20	2.224	4,08	2,51
Teleasistencia	35.535	9,13	72.104	14,83	7.931	14,56	12,43
Ayuda domicilio	43.491	11,17	78.219	16,09	10.887	19,98	14,26
Centros día-noche	28.059	7,21	37.948	7,80	7.286	13,37	7,88
Atención residencial	77.887	20,01	51.482	10,59	5.977	10,97	14,55
Total servicios	195.363	50,19	250.448	51,50	34.305	62,97	51,63
P.E. vinculada servicio	39.203	10,07	31.274	6,43	3.159	5,80	7,92
P.E. cuidado Familiar	153.424	39,42	203.929	41,94	16.995	31,20	40,25
P.E. asistente personal	1.236	0,32	628	0,13	19	0,03	0,20
Total prestaciones económicas	193.863	49,81	235.831	48,50	20.173	37,03	48,37
Total Prestaciones	389.226	100	486.279	100	54.478	100	100

La estructura de los servicios varía bastante de unos grados a otros. Entre los grandes dependientes la atención residencial es el servicio más importante con un 20,01% de las prestaciones mientras que para los grados I y II lo es la atención domiciliaria con un 19,98% y un 16,09% del total de las prestaciones respectivamente.



En cuanto a las prestaciones económicas, la prestación económica por cuidados en el entorno familiar sigue siendo la partida más importante, un 40,25%, predominio que se mantiene entre todos los grados de la dependencia, si bien, entre los dependientes moderados la importancia desciende hasta el 31,20%.

A la hora de calcular el coste de las prestaciones hay que diferenciar entre servicios y prestaciones económicas. El coste de estas últimas vendrá determinado por las cuantías máximas que se acuerdan en el seno del Consejo Territorial del SAAD y las aprueba el Consejo de Ministros por Real Decreto. Las cuantías vigentes actualmente están recogidas en la tabla 2.

Tabla 2. Cuantías máximas de las prestaciones económicas

	Cuantía máxima prestaciones económicas		
	Prestación vinculada al servicio	Prestación cuidado entorno familiar	Prestación asistencia personal
Grado III	715.07	387.64	715.07
Grado II	426.12	268.79	426.12
Grado I	300.00	153.00	300.00

La cuantía máxima para la prestación económica vinculada al servicio y la de asistente personal es de 715,07€ mensuales para los dependientes de grado III, 426,12€ para los dependientes de grado II y de 300€ para los dependientes moderados. A diferencia del resto de las prestaciones económicas, la prestación para cuidados en el entorno familiar sí se vio afectada por las medidas tomadas por el gobierno para garantizar la estabilidad presupuestaria en el Real Decreto 20/2012 de 13 de julio. En la disposición transitoria décima, se reducen el importe de las cuantías máximas que estaban vigentes para el año 2012 en un 15% y quedan establecidas en 387,64€ para los dependientes del grado III, 268,79 para los dependientes del grado II y 153€ para los del grado I.

Por lo que respecta a los servicios, el cómputo del coste es mucho más complicado ya que no existen unos indicadores de referencia del coste de cada servicio válidos para todo el territorio nacional. El Consejo Territorial de 10 de julio de 2012 se comprometió a establecer unos indicadores de referencia del coste de los distintos servicios y prestaciones, válidos solo a efecto de calcular el coste de la dependencia a nivel nacional, antes de finalizar el año 2012. A pesar del tiempo transcurrido, no existe un acuerdo sobre los precios de los diferentes servicios del catálogo de la dependencia, por lo que en este trabajo se han estimado por otros medios.



A la hora de calcular el coste de los centros de día noche y la atención residencial se ha tenido en cuenta que el catálogo de las prestaciones distingue entre centros para mayores y para personas con discapacidad. Así mismo, la ley también establece que la red de centros para atender a las personas dependientes estará formada por los centros públicos y los centros privados concertados debidamente acreditados. Dado que el coste de los servicios difiere significativamente según el tipo de centro considerado, hemos procedido a clasificar a los beneficiarios de estos servicios en mayores y personas con discapacidad y hemos tenido en cuenta si asisten a un centro público o concertado.

Para clasificar las plazas correspondientes a mayores y a personas con discapacidad, después de sopesar diversas alternativas, se ha elegido el criterio de la edad. Se ha supuesto que los menores de 65 años que acuden a un centro lo hacen por tener alguna discapacidad. El porcentaje estimado de plazas para mayores en los centros de día noche es del 50,41%, mientras que en los centros de atención residencial es del 75,52%.

Por otro lado, debemos tener en cuenta que no todas las plazas de atención residencial para personas con discapacidad conllevan el mismo coste. Es importante identificar aquellos dependientes que por padecer una discapacidad severa requieren una atención especializada continua y permanente, ya que el coste de dichos servicios se incrementará notablemente. El estudio de Prada, M.D. y Borge, L.M.(2014) estimó que el 6,10% de los dependientes que viven en centros residenciales necesitan cuidados especiales, y esa es la proporción que asumiremos en este trabajo. La cifra se calculó a partir de la Encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de Dependencia (EDAD 2008).

Para determinar el número de plazas de cada tipo según la titularidad del centro en el que residen, hemos utilizado los datos facilitados por el informe del IMSERSO de diciembre de 2011 sobre Servicios Sociales Dirigidos a Personas Mayores en España. Para los centros de día-noche para mayores, el porcentaje de las plazas concertadas se estima en el 35%, mientras que las plazas para personas con discapacidad pertenecen todas a centros concertados. En cuanto a la atención residencial, el porcentaje de plazas en centros de titularidad pública se estima en el 46,97%.

La tabla 3 muestra los indicadores de coste para los diferentes servicios. El coste del servicio de teleasistencia se ha calculado a un precio unitario de 21,31 euros mensuales. En la ayuda a domicilio hemos considerado un precio medio por hora de 15,34€. Ambos datos coinciden con el precio medio considerado en el informe sobre costes del SAAD de 2015.

Por lo que respecta a los indicadores de coste de las plazas en los centros de día noche y de atención residencial se ha utilizado información procedente

Tabla 3. Indicador coste de los servicios

Indicador coste de los servicios										
Teleasistencia	Ayuda a domicilio	Centro de día-noche				Atención residencial				
		Público		Concertado		Pública		Concertada		
		Mayores	Mayores	Discapacidad	Mayores	Discapacidad	Discapacidad especial	Mayores	Discapacidad	Discapacidad especial
21.31	15.34	1,043.41	782.51	1,006.15	2,129.42	2,839.22	3,832.95	1,597.06	2,129.42	2,874.71

de la patronal del sector sobre el precio de una plaza concertada. Así, para una plaza concertada en un centro de día se ha estimado un precio medio de 782,51 euros mensuales para las plazas en centros para mayores y de 1.006,15 euros mensuales para las plazas de discapacidad. Para la atención residencial, el coste medio de una plaza de mayores en un centro privado concertado la hemos fijado en 1.597,06€/mes. Si la plaza corresponde a una persona con discapacidad, el coste se eleva a 2.129,42€/mes, y a 2.874,71€/mes si la discapacidad lleva asociada necesidades especiales.

Fijar un precio para las plazas en los centros de titularidad pública es una tarea mucho más complicada. Como ya hemos comentado, las Comunidades Autónomas no diferencian las partidas destinadas específicamente a la dependencia de las del resto de los servicios sociales. No es por tanto posible estimar de forma directa los precios de los servicios públicos de las plazas de atención residencial ni de los centros de día noche.

Para valorar dicho coste nos hemos basado en diferentes estudios que calculan de forma directa el coste de las plazas en los centros residenciales y de atención diurna y lo comparan con los precios en vigor de las plazas concertadas. Entre ellos los estudios de Belén Díaz Díaz (2012), Marta Fernández Moreno et al (2011), el informe Deloitte (2006) y el informe de Price Waterhouse Coopers (2010). Estos estudios sitúan el precio medio de las plazas en los centros concertados en una horquilla que abarca entre el 70% y el 90% de su coste real, dependiendo del ratio de atención directa que relaciona el número de plazas y de trabajadores en el centro. En este trabajo hemos supuesto que los centros públicos tendrán un ratio de atención a los dependientes elevado, al disponer en general de una plantilla superior a la de los centros de naturaleza privada, y por tanto hemos supuesto que el precio que actualmente se está pagando a los centros concertados es un 75% del coste de los centros públicos.

Esto supone que para las plazas en centros de día-noche de titularidad pública de mayores se ha estimado un coste medio de 1.043,68€/mes. Para la atención residencial, el precio de una plaza pública lo estimamos en 2.129,42€/mes si se trata de una plaza de mayores, en 2.839,22€/mes si la plaza es para una persona discapacitada y en 3.832,95€/mes si la discapacidad conlleva necesidades especiales.

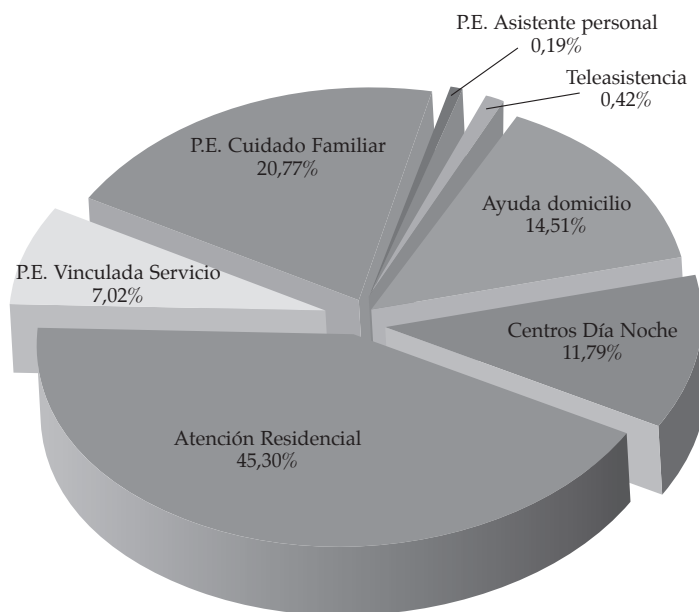
Utilizando estos indicadores de referencia, el precio medio de una plaza de centro de día se sitúa en 978,91€/mes y el precio medio estimado global de la atención residencial en 2.049,87€/mes. Cantidades bastante próximas a las consideradas en el informe sobre el coste de la dependencia elaborado por el SAAD, que son de 932,69€/mes para una plaza de centro de día y de 1.991,57€/mes para una plaza de atención residencial.

Con estos indicadores el coste total anual de la dependencia para el año 2014 alcanza la cifra de 7.051,92 millones de euros, lo que supone un coste medio anual por beneficiario de 9.598,50€ y de 7.629€ por prestación. La tabla 4 resume el número medio de prestaciones y el coste total desglosado para las diferentes prestaciones del catálogo de servicios. El gráfico 1 ilustra la distribución del coste total entre las distintas prestaciones.

Tabla 4. Distribución prestaciones y coste de la dependencia

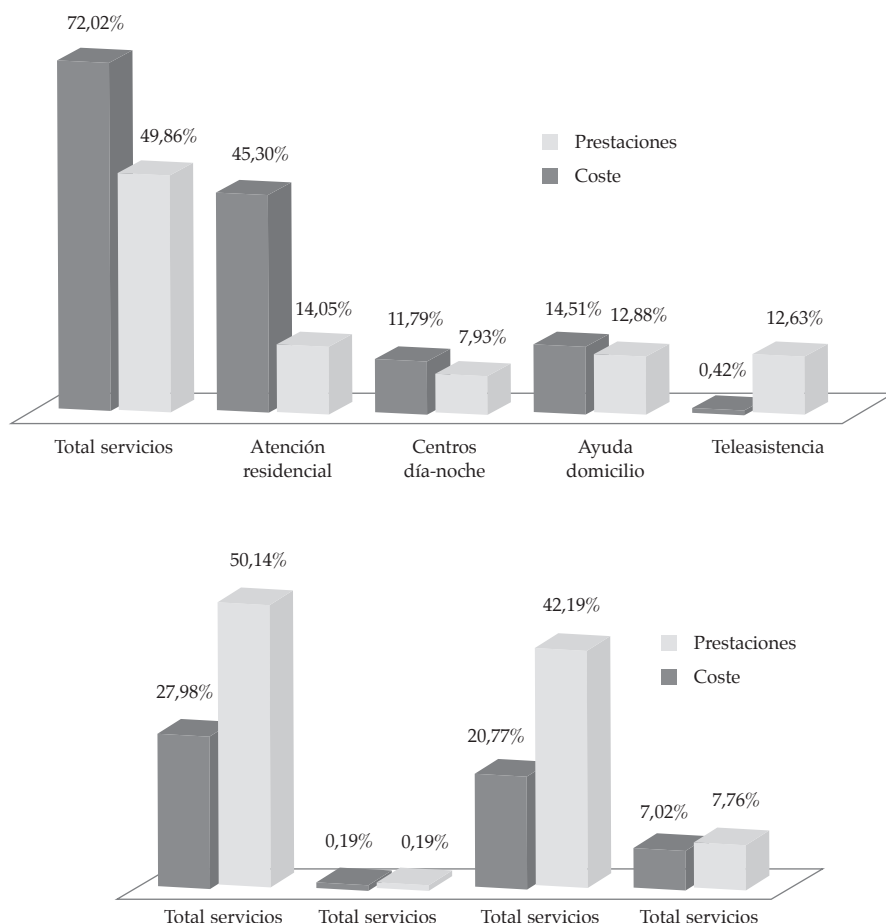
	Prestaciones-Coste 2014				
	Prestaciones		Coste anual		
	Media	%	Importe total	%	unitario
P.A.P.D.	21.930	2,37			
Teleasistencia	116.746	12,63	29.854.287	0,42	256
Ayuda domicilio	119.029	12,88	1.023.193.868	14,51	8.596
Centros día-noche	73.293	7,93	831.173.450	11,79	11.340
Atención residencial	129.856	14,05	3.194.252.637	45,30	24.599
Total servicios	460.853	49,86	5.078.474.242	72,02	11.020
P.E. vinculada servicio	71.734	7,76	495.326.909	7,02	6.905
P.E: cuidado Familiar	389.961	42,19	1.464.835.835	20,77	3.756
P.E. asistente personal	1.763	0,19	13.290.125	0,19	7.537
Total prestaciones económicas	463.458	50,14	1.973.452.869	27,98	4.258
Total Prestaciones	924.311	100,00	7.051.927.111	100,00	7.629

Gráfico 1. Distribución del coste de la dependencia

Distribución coste anual de la dependencia**Coste total: 7.051.927.111****Año 2014**

La partida más importante corresponde a la atención residencial, que supone el 45,30% del coste total a pesar de representar, en media, el 14,05% del total de prestaciones. El coste medio por prestación es de 24.599€ anuales, lo que la convierte en la prestación más cara de todas las del sistema de dependencia con un importe 2,17 veces mayor que la siguiente prestación que es la de centros de día-noche, que tiene un coste unitario anual de 11.340€. En el cómputo global, la segunda partida más importante del coste son las prestaciones económicas para cuidados en el entorno familiar que suponen un 20,77% del coste total. Sin embargo, como son en media el 42,19% de las prestaciones, su coste unitario es el más barato después de la teleasistencia alcanzando los 3.756€ anuales. Los servicios en su conjunto suponen un 72,02% del coste aunque representan el 49,86% de las prestaciones. El gráfico 2 ilustra estas ideas al comparar para cada prestación el número medio de beneficiarios con el coste anual de la prestación.

El gasto de las Comunidades Autónomas en la atención a la dependencia estará, por tanto, muy influenciado por la estructura de las prestaciones de la dependencia. Aquellas comunidades que primen los servicios, que deberían ser

**Gráfico 2. Distribución de prestaciones y coste**

la base de la dependencia, tendrán que soportar un coste mucho mayor que las que sustenten las ayudas a la dependencia en las prestaciones económicas para cuidados del entorno familiar, que deberían tener un carácter excepcional según la ley. Existen importantes diferencias entre comunidades en este reparto entre prestaciones y servicios, así en comunidades como Madrid o Galicia, las prestaciones para cuidados en el entorno familiar suponen, respectivamente, el 25,40% y 25,91% del total de prestaciones, mientras que para las Islas Baleares son el 68,42%.

Parece pues totalmente justificada la nueva forma de reparto entre las Comunidades Autónomas del nivel mínimo de protección, que prima la prestación de servicios frente a la prestación económica para cuidados en el entorno

familiar. El porcentaje de participación relativo que suponen las prestaciones de servicios respecto al total de las prestaciones de una comunidad se incorpora como variable de reparto junto al número de beneficiarios y grado de dependencia. A efectos de esta asignación todas las prestaciones tienen la consideración de prestación de servicios a excepción de la prestación para cuidados en el entorno familiar.

3 LA FINANCIACIÓN DE LA DEPENDENCIA

La ley de Dependencia, en su artículo 32, garantiza la financiación suficiente del sistema de la dependencia por parte de las Administraciones Públicas competentes de forma que se garantice el cumplimiento de las obligaciones contraídas con los beneficiarios. La protección de las situaciones de dependencia por parte del sistema se articulaba inicialmente en tres niveles. Un nivel de protección mínimo establecido por el gobierno, una vez oído el Consejo Territorial, y cuya financiación asume íntegramente la Administración General del Estado, un nivel acordado entre la Administración General del Estado y las Comunidades Autónomas, y el nivel adicional que quieran establecer las Comunidades Autónomas y cuya financiación corre a cargo de las mismas. Desde los presupuestos del año 2012, los convenios del nivel acordado entre ambas administraciones se encuentran suspendidos, por lo que los niveles de protección del sistema se reducen a dos. La aportación de las Comunidades Autónomas en la financiación del sistema deberá ser al menos igual a la de la Administración General del Estado.

Por otra parte, el artículo 33 de la ley señala que los beneficiarios deberán participar en la financiación de las prestaciones de dependencia de acuerdo a su capacidad económica personal y según el tipo y coste del servicio. Así mismo, la capacidad económica será tenida en cuenta en la determinación de las cuantías efectivamente pagadas de las prestaciones económicas, si bien ningún ciudadano se quedará fuera de la cobertura del sistema por no disponer de recursos económicos. La financiación de la dependencia se basa pues en tres pilares: La Administración General de Estado, las Comunidades Autónomas y la aportación de los beneficiarios del Sistema.

El Consejo Territorial de 10 de julio de 2012, tras reconocer las importantes diferencias que existían entre las distintas Comunidades Autónomas a la hora de determinar la capacidad económica del beneficiario y su aportación al coste de los servicios, estableció unos criterios generales comunes que sirvieran para garantizar el principio de igualdad.



La Orden SSI/2371/2013, de 17 de diciembre, por la que se regula el Sistema de Información del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, establece la necesidad de que las Comunidades Autónomas transmitan una serie de datos sobre los beneficiarios al SISAAD que serán imprescindibles para proceder a la liquidación del nivel mínimo a las Comunidades Autónomas. Entre esa información que deberían aportar todas las Comunidades además del perfil de los beneficiarios, tipo de prestación recibida etc., se tendrían que incluir los datos sobre la capacidad económica de los beneficiarios, así como su aportación al coste del servicio. Sin embargo, las comunidades no siempre facilitan esta información completa. Hasta la fecha no existen datos publicados ni de la capacidad económica, ni de la aportación del beneficiario, por lo que en este trabajo, al no disponer de datos reales sobre la participación efectiva se ha procedido a estimarla.

En este estudio se ha calculado la participación de los beneficiarios por dos vías distintas dependiendo de si la prestación recibida es un servicio o una prestación económica. Para estas últimas, al disponer de información facilitada por el SISAAD sobre las cuantías medias actualmente abonadas a los beneficiarios, se ha realizado una estimación directa de dicha participación sin más que deducir de las cuantías máximas las cantidades efectivamente abonadas. En cuanto a los servicios, se ha estimado dicha participación utilizando los criterios aprobados por el Consejo Territorial, estimando para cada servicio la capacidad económica de los beneficiarios del mismo. Se trata pues de una estimación que no está basada en los criterios reales que actualmente se están aplicando en las distintas comunidades, sino que se ha estimado lo que aportarían los beneficiarios si todas las comunidades aplicasen los criterios aprobados por el Consejo Territorial y utilizasen los mismos indicadores de referencia del precio de los servicios.

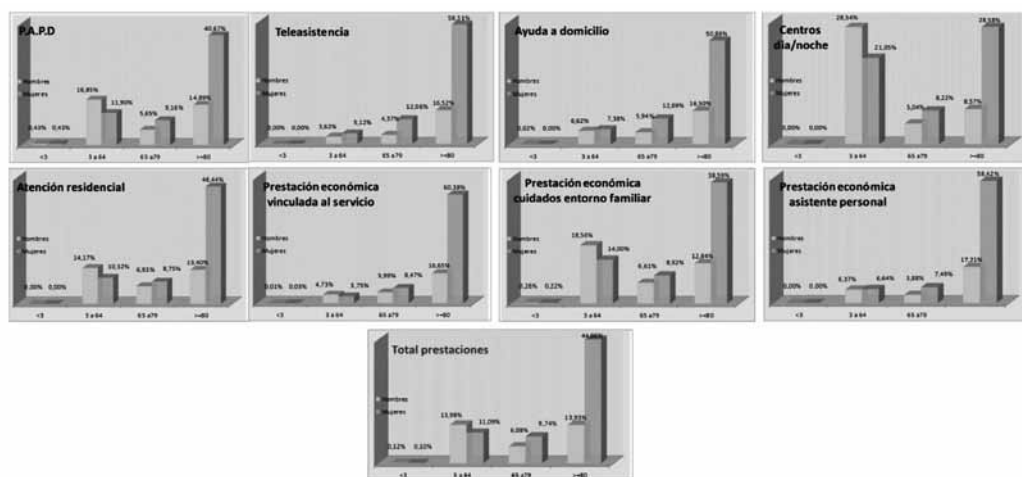
Al no contar con datos fiables sobre el patrimonio de los participantes en el sistema, en este trabajo se ha considerado la renta como la única fuente para determinar la capacidad económica. Además, la vivienda habitual, que posiblemente en muchos casos es el patrimonio principal, no computa a efectos de patrimonio, salvo que la prestación recibida sea de atención residencial.

Dado el perfil las personas dependientes, en su mayoría mujeres mayores, se ha asumido, a falta de otras fuentes más fiables, que los ingresos de los beneficiarios provienen únicamente de las pensiones que reciben.

La distribución por edad y sexo de los beneficiarios de los servicios y prestaciones de la dependencia varía de forma considerable según el tipo de servicio o prestación que se considere, gráfico 3. Aunque el colectivo de las mujeres de 80 años o más es el más numeroso en todas las prestaciones, su peso relativo es muy diferente. En los centros de día-noche solo son un 28,58% del total, casi

igual que con los hombres menores de 65 años que son el 28,54%. Si por el contrario nos fijamos en la ayuda a domicilio, las mujeres más mayores suponen un 50,86% de ese tipo de prestación, mientras que los hombres menores de 65 años solo son el 6,64%.

Gráfico 3. Distribución por sexo y edad de las prestaciones



Esta disparidad en la estructura de las prestaciones va a ser muy importante a la hora de estimar la aportación de los beneficiarios al coste de los diferentes servicios. Las pensiones, que es la principal fuente de renta de los beneficiarios, y única considerada en este estudio, también son muy diferentes según la edad y el sexo de los pensionistas. La pensión media de un hombre entre 65 y 70 años es de 1.313,94 euros al mes, mientras que la de una mujer de la misma edad es de 822,53 euros. Si la mujer tiene más de 85 años, la cuantía media se reduce a 567,63. Será pues muy importante tener en cuenta la distribución por edad y sexo de las diferentes prestaciones a la hora de calcular la pensión media de los beneficiarios de ese servicio que nos servirá de base para calcular su aportación al coste.

Los ingresos derivados de prestaciones de análoga naturaleza, recogidas en el artículo 31 de la ley de dependencia, al no tener la consideración de renta, han sido deducidos a la hora de calcular la pensión media. Así mismo, también se ha tenido en cuenta que la capacidad económica mínima, excepto para la atención residencial, está referenciada a la cuantía mensual del IPREM y por tanto, las rentas inferiores a dicha cuantía se considera exentas a efectos de participación.

Las personas beneficiarias participan en el coste del servicio de forma progresiva, mediante la aplicación de un porcentaje en función de su capacidad econó-



mica, hasta alcanzar un 90% del coste. Por tanto, existe una capacidad económica máxima a partir de la cual el individuo que recibe el servicio no incrementa su participación en el coste. El cálculo de la aportación varía según el tipo de servicio, utilizándose formulas diferentes para cada caso, por lo que, para cada prestación se ha calculado esa pensión máxima y se ha tenido en cuenta a la hora del cálculo de la pensión media de los beneficiarios de cada servicio.

Por otro lado, el número de pensiones contributivas excede al de pensionistas en un ratio que se mantiene estable a lo largo de los años y que se sitúa en el 1,10. Este hecho ha sido tenido en cuenta para el cálculo de los ingresos de los participantes en el sistema, por lo que se han ajustado las pensiones contributivas ponderándolas por dicho coeficiente.

Resumiendo, a la hora de calcular la pensión media que determina la capacidad económica del individuo tipo, para cada tipo de prestación, se ha tenido en cuenta la distribución de edad y sexo de los beneficiarios del servicio, se han excluido los complementos contemplados en el artículo 31 de la ley, se han ajustado las pensiones contributivas, se ha considerado que, excepto para la atención residencial, las personas beneficiarias con pensiones inferiores al IPREM mensual no tenían ingresos y se han limitado las pensiones máximas.

La tabla 5 muestra la distribución de la financiación de la dependencia estimada entre los beneficiarios y la administración para el año 2014 para cada una de las prestaciones del catálogo. Para calcular la aportación de los beneficiarios en los servicios se han utilizado las fórmulas aprobadas por el Consejo Territorial.

La aportación media del beneficiario al coste de las prestaciones y servicios se ha estimado en un 25,67%. Para los servicios la participación es del 31,82%. La mayor contribución se da en la teleasistencia, donde el usuario participa en un 53,93%, seguido de la atención residencial con un 36,91% de media. El bajo coste del primero, y la atención integral y continua de la atención residencial justifican esos porcentajes. Para las prestaciones económicas la participación media es del 9,86%. Si solo nos fijamos en las prestaciones económicas para cuidados en el entorno familiar la participación decae hasta el 6,77%.

La regulación del nivel mínimo de protección se establece en el Real Decreto 1050/2013 de 27 de diciembre. El nivel mínimo de financiación se asigna a las distintas Comunidades Autónomas, que son las responsables de prestar la atención a la dependencia, mensualmente, de acuerdo a tres variables: el número de beneficiarios, su grado de dependencia y el número y tipo de prestación. A estos efectos se considera que cada beneficiario recibe únicamente una prestación. Todas las prestaciones, salvo la prestación económica para cuidados en el entorno familiar, tienen la consideración de servicios.

Tabla 5. Distribución de la financiación del coste de la dependencia por prestación

Prestaciones-Coste 2014											
	Prestaciones		Coste anual			Aportación beneficiarios			Aportación Administración		
	Media	%	Importe total	%	unitario	Importe total	%	unitario	Importe total	%	unitario
P.A.P.D.	21.930	2,37									
Teleasistencia	116.746	12,63	29.854.287	0,42	256	16.100.979	53,93	138	13.753.308	46,07	118
Ayuda domicilio	119.029	12,88	1.023.193.868	14,51	8.596	265.571.775	25,96	2231	757.622.093	74,04	6.365
Centros día-noche	73.293	7,93	831.173.450	11,79	11.340	154.966.688	18,64	2114	676.206.762	81,36	9.226
Atención residencial	129.856	14,05	3.194.252.637	45,30	24.599	1.179.084.900	36,91	9080	2.015.167.737	63,09	15.519
Total servicios	460.853	49,86	5.078.474.242	72,02	11.020	1.615.724.342	31,82	3506	3.462.749.900	68,18	7.514
P.E. vinculada servicio	71.734	7,76	495.326.909	7,02	6.905	94.551.471	19,09	1318	400.775.438	80,91	5.587
P.E. cuidado familiar	389.961	42,19	1.464.835.835	20,77	3.756	99.147.635	6,77	254	1.365.688.199	93,23	3.502
P.E. asistente personal	1.763	0,19	13.290.125	0,19	7.537	842.348	6,34	478	12.447.777	93,66	7.059
Total prestaciones económicas	463.458	50,14	1.973.452.869	27,98	4.258	194.541.454	9,86	420	1.778.911.415	90,14	3.838
Total Prestaciones	924.311	100,00	7.051.927.111	100,00	7.629	1.810.265.796	25,67	1959	5.241.661.315	74,33	5.671

Las cantidades que la Administración General del Estado aporta para la financiación del nivel mínimo son las establecidas en la disposición transitoria undécima, apartado 2, del Real Decreto-ley 20/2012 que redujo en un 13,24% las cuantías que se venían aplicando hasta la fecha. Dichas cuantías son de 178€ mensuales para los beneficiarios de grado III, de 83€ mensuales para los de grado II y 44€ mensuales para los de grado I.

Según la información proporcionada por el IMSERSO la cantidad asignada en concepto de nivel mínimo en el año 2014 ascendió a 1.140,07 millones de euros. El importe de la financiación de la dependencia a través del nivel mínimo se ha reducido un 5,53% con respecto al año 2013. La disminución de los beneficiarios valorados en el grado III, que son los que tienen asignados una cuantía más elevada, ha contribuido a este descenso.

La ley 22/2009 de 18 de diciembre regula el sistema de financiación autonómica de las Comunidades Autónomas de régimen común, es decir excluidas la Comunidad Foral de Navarra y la Comunidad del País Vasco, y de las Ciudades con Estatuto de Autonomía. En ella se recogen una serie de partidas para reforzar el estado de bienestar.

En el artículo 5 de la ley se establece que el estado incrementará en 4.900 millones de euros los recursos del sistema para el año 2009 para reforzar el estado



de bienestar. Estos recursos adicionales se reparten entre las Comunidades Autónomas con diferentes criterios. En concreto el 12.5% se distribuyen entre las mismas de acuerdo a principios relacionados con la población dependiente, un 10% en función del peso relativo de la población potencialmente dependiente de cada Comunidad Autónoma corregida por el factor de ponderación en relación al total correspondiente a todas las Comunidades Autónomas de régimen común, y el 2,5% restante en función del peso relativo de las personas reconocidas como dependientes con derecho a prestación y registradas en el SISAAD, en relación al total correspondiente a todas las Comunidades Autónomas de régimen común.

Además la ley de financiación, en su artículo 6, contempla un incremento de los fondos de financiación adicional a partir del año 2010. La mitad de estos recursos adicionales, 1.200 millones de euros, se reparten entre las Comunidades Autónomas de régimen común, atendiendo al peso relativo del número de personas reconocidas como dependientes con derecho a prestación en el SISAAD en relación al total, de todas las Comunidades Autónomas, y según los datos, ponderaciones y criterios de reparto de los créditos de la Administración General del Estado para la financiación durante el 2009 del nivel acordado.

En el año 2012 la cuantía de los recursos adicionales que se repartieron de acuerdo a criterios relacionados con la población dependiente fue de 1.967,47 millones de euros. La cantidad equivalente para el año 2013 ascendió a 2.472,76 millones de euros.

A diferencia de la financiación que reciben las Comunidades Autónomas a través del nivel mínimo, esta financiación adicional, al igual que la financiación autonómica de carácter general, no tiene carácter finalista y por tanto no necesariamente debe destinarse a financiar el coste de la dependencia. Sin embargo, hay que reconocer que esta financiación adicional surge para responder, entre otras cosas, al hecho de que la implantación del Sistema de la Autonomía y Atención a la Dependencia supone un coste adicional para las Comunidades Autónomas cuya financiación excede a los recursos obtenidos a través del nivel mínimo y del nivel acordado. Así lo recoge el informe del Tribunal de Cuentas que señala que esta financiación adicional está íntimamente relacionada con las necesidades de financiación del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, puestas de manifiesto por las Comunidades Autónomas, para sufragar el mayor coste que supone la implantación de este Sistema.

En este trabajo hemos tratado de estimar la financiación autonómica adicional de refuerzo del estado del bienestar que se distribuye entre las Comunidades Autónomas con criterios asociados a la población potencialmente dependiente y a las personas dependientes con prestación reconocida. Los trabajos

de Zabalza, A. y Laborda, J.L.(2010), de la Fuente, A (2012) y Santiuste Vicario, A.I. (2011), así como las liquidaciones del sistema de financiación de las Comunidades Autónomas de régimen común publicadas por la Secretaria de Estado y Hacienda nos han sido de gran ayuda para llevar a cabo esta tarea. La financiación adicional ligada a criterios de dependencia estimada para el año 2014 es de 2.400 millones de euros.

La tabla 6 y el gráfico 4 muestran la distribución de la financiación de la dependencia estimada en este trabajo. La aportación a la financiación por parte

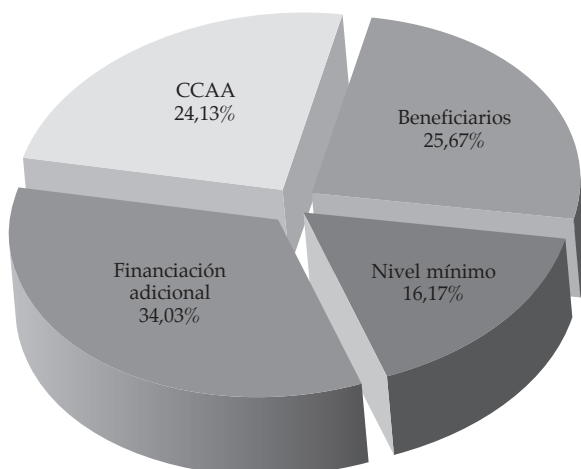
Tabla 6. Distribución de la financiación de la dependencia

Distribución de la financiación a la dependencia año 2014								
Coste total	Beneficiarios		AGE ¹				CCAA	
			Nivel mínimo		Financiación adicional			
Importe	Importe	%	Importe	%	Importe	%	Importe	%
7.051.927.111	1.810.265.796	25,67	1.140.068.4581	16,17	2.400.000.000	34,03	1.701.592.858	24,13

¹ Partidas en los Presupuestos Generales del Estado relacionadas directamente con la dependencia, aunque la financiación adicional como parte de la financiación autonómica no es finalista.

Gráfico 4. Distribución de la financiación de la dependencia

Financiación de la dependencia 2014





de los beneficiarios del sistema se ha estimado en 1.810,27 millones de euros, un 25,67% del coste total. La Administración General del Estado a través de la financiación directa del nivel mínimo de protección participa en el 16,17%. El importe de la financiación adicional estimada, que las Comunidades Autónomas reciben para reforzar el estado del bienestar en función de criterios relacionados con la dependencia, supone un 34,03% del coste total del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, por lo que la financiación total de la Administración General del Estado a través de los Presupuestos Generales del Estado relacionada con la dependencia se estima en un 50,20% del coste total. El resto de la financiación, un 24,13%, corresponde a las Comunidades Autónomas.

4 BIBLIOGRAFÍA

AGENCIA TRIBUTARIA (varios años): *Informe mensual de recaudación tributaria*. (en línea) http://www.agenciatributaria.es/AEAT.internet/datosabiertos/catalogo/hacienda/Informe_mensual_de_Recaudacion_Tributaria.shtml

ARTÍS, M. et al. (2007): “Una estimación actuarial del coste individual de la dependencia en la población de mayor edad en España”, *Estadística Española*, vol. 49, n° 165, págs. 373-402.

BOE (2006): *Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de Dependencia*. BOE n° 299 de 15 de diciembre de 2006.

BOE (2009): *Ley 22/2009 de 18 de diciembre por la que se regula un nuevo sistema de financiación de las Comunidades Autónomas de régimen común y de las ciudades con Estatuto de Autonomía*. BOE n° 305 19 diciembre 2009.

BOE (2012,a): *Real Decreto 20/2012 de 13 de julio, de medidas para garantizar la estabilidad presupuestaria y de fomento de la competitividad*. BOE n° 168 14 de julio 2012.

BOE (2012,b): *Acuerdo del 10 de julio de 2012 del Consejo Territorial para la mejora del sistema para la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia*. BOE n° 185, 3 de agosto de 2012.

BOE (2013a): *Orden SSI/2371/2013, de 17 de diciembre, por la que se regula el Sistema de Información del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia*. BOE n° 302, 18 de Diciembre de 2013.

BOE (2013b): *Real Decreto 1050/2013, de 27 de diciembre, por el que se regula el nivel mínimo de protección establecido en la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promo-*



ción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. BOE nº 313, 31 de Diciembre de 2013.

BOE (2013c): *Real Decreto 1051/2013, de 27 de diciembre, por el que se regulan las prestaciones del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, establecidas en la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia.* BOE nº 313, 31 de Diciembre de 2013.

COMAS HERRERA, A. (2013): "Dependencia: financiación público-privada y sostenibilidad", en *Actas de la dependencia*, 9 . pp. 1-21. ISSN 2173-7142.

DE LA FUENTE, A. (2012): " El nuevo sistema de financiación de las Comunidades Autónomas de régimen común: un análisis crítico y datos homogéneos para 2009 y 2010". BBVA, Documentos de trabajo nº 12/23.

DELOITTE (INFORME) (2006): " Perspectivas de futuro de los servicios de atención a la dependencia. Actualización del estudio Perspectivas de futuro de los recursos de atención a la dependencia", Deloitte.

DÍAZ DIAZ, B. (2012): "Estimación del coste de la atención a la dependencia en centros residenciales y de atención diurna o nocturna". Zerbitzuan 52.

GOMEZ M. et al. (2012): "La atención a la dependencia: Estimaciones del gasto presupuestario y de sus efectos macroeconómicos", Presupuesto y Gasto Público 66/2012: 127-148.

GONZÁLEZ ORTEGA, S. et al. (2013): *La aplicación de la ley de dependencia en España*. Ed. Consejo Económico y Social. Madrid.

IMSERO (2012): *Servicios Sociales dirigidos a personas mayores en España*; diciembre de 2011.

IMSERO (2013a): *Recursos Sociales dirigidos a personas mayores en España*; datos a 31 de diciembre de 2012".

IMSERO (2013c): *Informe sobre el coste del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD) y aportaciones para su financiación*. Mimeo. Mayo, 2015.

INE (2008): *Encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de Dependencia (EDAD 2008)*.(en línea) <http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=%2Ft15%2Fp418&file=inebase>

MONTSERRAT, J. (2005): *Coste de las residencias asistidas de mayores*, Barcelona, SQL, (en línea), <http://www.imsero.es/InterPresent2/groups/imsero/documents/binario/costeramayores.pdf>.



- MONTSERRAT, J. (2011): "Copago en la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en Situación de Dependencia. Costes e impactos en las rentas de los usuarios", *Papeles de economía española*, N^o 129, págs. 195-206.
- OLIVA, J. et al. (2007): "Los costes de los cuidados informales en España",. En *Aspectos Económicos de la dependencia y el cuidado informal en España*; Cap. 5, Universidad Pompeu-Fabra. Barcelona.
- PRADA, M.D. y BORGE, L.M. (2014): *Una aproximación al coste de la dependencia en España y su financiación*. Fundación Caser para la dependencia.
- PRADA, M.D. y BORGE, L.M. (2015): *El coste de la dependencia en España y su financiación para el año 2014*. Fundación Caser.
- PRICE WATERHOUSE COOPERS (2010): *Situación del Servicio de Atención Residencial en España*.
- SANTIUTE VICARIO, A.I. (2011): " La aplicación práctica del sistema de financiación de las comunidades Autónomas de régimen común regulado en la ley 22/2009 de 18 de diciembre". *Presupuesto y Gasto Público* 62/2011: 101-117.
- SOSVILLA RIVERO, S.; MORAL ARCE, I.(2011): "Estimación de los beneficiarios de prestaciones de dependencia en España y del gasto asociado a su atención para 2007-2045", *Gaceta Sanitaria*, vol.25 núm Supl.2, 66-77.
- TRIBUNAL DE CUENTAS, (2013): *Informe de fiscalización sobre las medidas de gestión y control adoptadas por las Comunidades Autónomas para la adecuada aplicación de la ley 39/2006 de 14 de Diciembre de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia*. Informe N^o 1.035.
- ZABALZA, A., LABORDA, J.L (2010): "El nuevo sistema de financiación autonómica: descripción, estimación empírica y evaluación". *Fundación de Cajas de Ahorro*, Documento de trabajo n^o 530/2010.



La atención a la dependencia como motor de desarrollo económico

Belén Díaz Díaz

Profesora Titular de Economía Financiera y Contabilidad. Universidad de Cantabria
diazb@unican.es

Rebeca García Ramos

Profesora Ayudante Doctor. Universidad de Cantabria
rebeca.garciaramos@unican.es

Fecha de recepción: 17/12/2015

Fecha de aceptación: 30/12/2015

Sumario

1. Introducción.
2. Contexto económico y demográfico.
3. Impacto de la atención a la dependencia sobre el empleo.
4. Retornos económicos de la atención a la dependencia.
5. Inversión en infraestructuras y coste del servicio de atención a la dependencia.
6. Estimación el impacto económico de las prestaciones pendientes del SAAD.
7. Conclusiones.
8. Bibliografía.

RESUMEN

El gasto social destinado a dependencia ha constituido y constituye un impulsor del empleo y de la actividad económica. A partir de un análisis de ratios, se compara el impacto económico del gasto social en atención a la dependencia considerando su efecto sobre el PIB, el empleo, los impuestos y la Seguridad Social, en diversos estudios. A pesar de la disparidad entre los valores observados la conclusión sobre la importante contribución del sector de la atención a la dependencia al desarrollo económico y el empleo es incuestionable, habiéndose creado 150.000 puestos de trabajo entre 2006 y 2014 (mientras se destruía empleo en otros sectores de la economía española) y previéndose la creación de más de 80.500 puestos de trabajo vinculados a la actividad necesaria para satisfacer a las 393.012 personas pendientes de recibir prestación en España.

Palabras clave:

Atención a la dependencia, impacto económico, empleo, PIB, atención residencial, centros día/noche, LAPAD, SAAD.



ABSTRACT

Social expenditure in dependency care has been and is a driver of employment and economic activity. Basing on a ratio analysis, a comparison among the economic impact of social expenditure in dependency care found in different studies is accomplished, considering its effect on GDP, employment, taxes and Social Security. Despite the different values observed, the conclusion about the important contribution of the care system to economic development and employment is unquestionable. In fact, 150,000 jobs have been created between 2006 and 2014 in this sector (while the destruction of employment in other sectors of the Spanish economy) and it is foreseen the creation of over 80,500 jobs to satisfy the needs of 393.012 people with pending benefits in Spain.

Key words:

Dependency, care, economic impact, employment, GPD, elderly, residential centers, day/night centers, LAPAD (Personal Autonomy Promotion and Dependency Care Law), SAAD (Autonomy and Dependency Care System).

1 INTRODUCCIÓN

La atención a la dependencia constituye uno de los principales retos de la política social de los países desarrollados.

A pesar de la coyuntura económica por la que han atravesado los países tras la crisis de 2008, es indiscutible la importancia de la potenciación de la atención a la dependencia por varios motivos:

- Da respuesta a la urgente necesidad de satisfacer una demanda social, con una demografía cada vez más envejecida.
- Supone una clara oportunidad para crear actividad económica y generar empleo, al tratarse de un sector intensivo en mano de obra.
- La inversión en servicios sociales genera importantes retornos económicos (ahorro en prestaciones de desempleo, incremento en la recaudación por cotizaciones sociales y de los ingresos fiscales, vía IVA, IRPF e impuesto de Sociedades), como así han demostrado los diferentes estudios que se han llevado a cabo con el objetivo de cuantificar el impacto económico de la atención a la dependencia.
- Supone una optimización de recursos, al provocar el trasvase de personas vinculadas al Sistema Nacional de Salud en el caso de España (con un coste medio de 500€ aproximadamente⁽¹⁾) al Sistema para la Autonomía y la Atención a la Dependencia (SAAD), cuyo coste está entre 60 y 90 euros según tipología y necesidades de atención (Rodríguez y Jiménez, 2010). Se produce por lo tanto una mejora en la gestión del gasto, reduciéndose las estancias de pacientes que podrían ser tratados por recursos alternativos

Transcurridos nueve años desde la aprobación en España de la *Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia* (en adelante LAPAD), cuyo objeto era garantizar este derecho a la ciudadanía, y finalizada su implantación el 1 de julio de 2015, resulta necesario preguntarse sobre la situación del sector y valorar la posibilidad de que el gasto social destinado a dependencia haya constituido y constituya

(1) Rodríguez y Monserrat (2002) cuantifican el gasto de hospitalización de agudos en 243,8 euros.



un impulsor del empleo y de la actividad económica, lo que supone el objetivo de este trabajo.

2 CONTEXTO ECONÓMICO Y DEMOGRÁFICO

2.1. Contexto económico

Los efectos de la crisis económica y financiera iniciada en 2008 han marcado el contexto en el que se ha tenido que implantar la LAPAD.

España ha pasado de un superávit en sus cuentas públicas del 2,2% el año de aprobación de la Ley a un déficit del 2,91% en el segundo trimestre de 2015 (fecha en la que finaliza la implantación efectiva de la LAPAD). En la misma línea, el endeudamiento público ha pasado de representar el 38,9% del PIB en 2006 a representar el 97,8% en el segundo semestre de 2015 (tabla 1). En este contexto, el Gobierno español se había comprometido a garantizar un nivel mínimo de protección a las personas dependientes, como señalaba el artículo 32 de la LAPAD.

Tabla 1. Evolución de la Deuda Pública y Déficit Público como porcentaje del PIB en España

	Deuda Pública (% PIB)	Déficit (% PIB)
II Trim 2015	97,80%	-2,91%
2014	99,30%	-5,90%
2013	93,70%	-6,90%
2012	85,40%	-10,40%
2011	69,50%	-9,50%
2010	60,10%	-9,40%
2009	52,70%	-11,00%
2008	39,40%	-4,40%
2007	35,50%	2,00%
2006	38,90%	2,20%

Fuente: Datosmacro.com.

En esta situación cabe preguntarse: ¿el gasto social en atención a la dependencia ha contribuido a empeorar estos datos?



El *Informe del Gobierno para la evaluación de la Ley de Promoción de la LAPAD de Noviembre de 2011*, si bien muestra que el mayor gasto derivado de la atención a la dependencia en el ámbito del SAAD implica un mayor déficit público, la ausencia de gasto en materia de dependencia no habría implicado una disminución espectacular del déficit (0,25 puntos porcentuales en 2009 y 0,3 puntos porcentuales en 2010). Asimismo, dicho informe sugiere que las transferencias, subvenciones e inversiones programadas en la LAPAD para la atención a la dependencia no han contribuido significativamente al empeoramiento de los desequilibrios en las finanzas públicas de la economía española (el ratio de endeudamiento se habría incrementado por término medio en 0,42 puntos porcentuales durante los años 2009 y 2010).

A pesar de ello, el gasto social se ha visto afectado por la crisis, pasando a representar un menor porcentaje dentro del PIB.

Si bien en 2009 el gasto social en España suponía el 20,5% del PIB, en 2013 ha pasado a ser del 17,6% (tabla 2). Esta situación es equivalente en la Unión Europea (UE), donde el gasto social ha pasado del 25,2% del PIB en 2009 al 19,6% en 2013. Sin embargo, en esta evolución, España continúa estando por detrás de la UE en gasto social, a pesar de que la diferencia se ha acortado, pasando de 5,2 puntos porcentuales a 2 puntos porcentuales.

En cualquier caso, el gasto social sigue representando la principal partida dentro del gasto público incurrido por los gobiernos (39,7% en España y 40,2%

Tabla 2. Gasto Social como porcentaje del PIB y del gasto total en España y en la Unión Europea a 31 de diciembre de 2013

	Enfermedad y dependencia	Vejez	Supervivencia	Desempleo	Familia e infancia	Alojamiento	Exclusión social	Protección social	Total Gasto Social
% sobre el PIB									
UE-28	2,8	10,4	1,4	1,6	1,7	0,5	0,8	0,3	19,6
EA-18	2,7	10,9	1,8	1,9	1,6	0,4	0,6	0,3	20,3
España	2,3	8,8	2,3	3,0	0,6	0,1	0,2	0,3	17,6
% sobre el gasto									
UE-28	5,8	21,4	2,9	3,2	3,5	1,1	1,7	0,7	40,2
EA-18	5,5	22,0	3,7	3,8	3,3	0,8	1,3	0,7	41,0
España	5,2	19,8	5,3	6,7	1,4	0,1	0,5	0,7	39,7

Fuente: Eurostat. Comisión Europea. Consultada en diciembre de 2015.



en UE-28 – tabla 2), siendo la atención a la dependencia y la promoción de la autonomía personal uno de los principales temas de política social de los países desarrollados. La asignación de recursos a la dependencia que se establezca determinará su impacto sobre el crecimiento y la actividad económica, sobre el empleo y sobre el bienestar social.

La importancia de los servicios sociales en la economía tanto en términos de Producto Interior Bruto (PIB) como de empleo, se pone de manifiesto en las estadísticas europeas, según las cuales el sector “Administración Pública, defensa, educación, salud y servicios sociales” representa el segundo sector con mayor peso en el PIB (18,3% en España en 2013 y 19,4% en UE-28 – tabla 3) y sólo por detrás del sector “Comercio, transporte y hostelería”, pero por delante de sectores como la industria, la construcción, los servicios inmobiliarios o los servicios financieros. Además, dicho sector resulta intensivo en mano de obra, al representar el 22,1% del empleo en España y el 23,6% en UE-28, por encima de su peso sobre el PIB, habiendo además experimentado un aumento en su importancia desde 2003.

Tabla 3. Importancia del sector que incluye los servicios sociales dentro de la economía europea y española

	% sobre el PIB		% sobre el Empleo	
	2003	2013	2003	2013
UE-28	18,4	19,4	22,3	23,6
España	15,9	18,3	17,4	22,1

Fuente: Eurostat. Comisión Europea. Consultada en diciembre de 2015.

2.2. Contexto demográfico

El cambio demográfico que se ha vivido en las últimas décadas en España, y en Europa en general, caracterizado por el envejecimiento de la población, la reducción de la natalidad, la internacionalización de la población a través de los procesos migratorios, así como los cambios en la estructura familiar y la incorporación de la mujer al trabajo, determinan nuevas necesidades sociales, y en particular nuevas necesidades dentro del ámbito de la atención a la dependencia.

Por un lado, diversos autores han manifestado los potenciales efectos negativos de este cambio demográfico como son: la reducción de la riqueza causada

por la menor tasa de crecimiento del producto nacional bruto y por el menor crecimiento de la renta per cápita (Birg, 2009); la sostenibilidad del sistema de pensiones (Mirlees, 1997; Comisión Europea, 2012); o los mayores costes sanitarios (Fries, et al., 1998; Harvey y Thurnwald, 2009).

Por otro lado, los cambios en la estructura familiar y la incorporación de la mujer al trabajo, reducen la capacidad de atención mediante cuidados informales en el hogar familiar y aumentan la demanda de servicios sociales de atención a la dependencia.

En este contexto, la atención a la dependencia se convierte en una oportunidad para generar actividad económica y empleo, convirtiéndose así en motor para el desarrollo económico.

3 IMPACTO DE LA ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA SOBRE EL EMPLEO

La atención a las personas con dependencia se concreta fundamentalmente en actividades de cuidados personales, las cuales son muy intensivas en mano de obra.

A partir de previsiones sobre número de dependientes en España y las necesidades de personal para su atención, el Libro Blanco de Dependencia (2004) estimaba la generación de empleo derivada de la implantación del Sistema Nacional de Dependencia para el año 2010 (considerando que en dicha fecha estaría completa su implantación), llegando a las siguientes conclusiones:

- El número de personas dependientes se estimaba en 1.245.000 y el número de personas no dependientes con necesidad de ayuda para realizar tareas domésticas y/o discapacidad moderada para alguna actividad básica de la vida diaria se estimaba en cerca de dos millones.
- La previsión de generación de empleo bruto se establecía en 352.235 puestos de trabajo a jornada completa (la generación neta de empleo, una vez descontados los puestos de trabajo que en 2004, momento de redacción del Libro Blanco, se dedican a la atención de personas dependientes es de 262.735).
- En total, el efecto potencial sobre el empleo se cifraba en más de 450.000 empleos equivalentes a jornada completa, incluyendo los efectos indirectos e inducidos de la actividad y la afloración del empleo sumergido. De hecho, Durán (2001) ya señalaba que las familias españolas dedicaban más de nueve mil millones de horas de trabajo no remunerado



(equivalente a unos 5,2 millones de puestos de trabajo a tiempo completo) al cuidado de personas mayores y enfermas.

Sin embargo, el ritmo de crecimiento en el empleo derivado de la atención a la dependencia resultó inferior a lo previsto en el Libro Blanco. El estudio de Rodríguez y Jiménez (2010) evalúa el impacto sobre el empleo que entre 2007 y 2009 provocó la implantación del SAAD. En esos tres años 184.815 personas se dieron de alta en la Seguridad Social en el sector de los servicios sociales (asistencia en establecimientos residenciales y actividades de servicios sociales sin alojamiento), cifra alejada de los 262.735 empleos previstos en el Libro Blanco. Varios han sido los motivos del menor ritmo en la generación de empleo, como son:

- La profunda crisis económica iniciada en 2008 y que además se alargó durante varios años, afectando a las disponibilidades presupuestarias.
- El aumento de personas que optaron por las prestaciones económicas para cuidados en el medio familiar, que a pesar de su carácter excepcional (artículo 18 de la LAPAD), se ha convertido en la prestación con más peso del Sistema (suponiendo en octubre de 2015 el 37,2% del total de prestaciones, como muestra la tabla 4). Sin embargo, a pesar del efecto ralentizador sobre el empleo que supone la proliferación de cuidadores

Tabla 4. Servicios profesionales y prestaciones económicas de cuidados familiares (en número). Situación en octubre de 2015

Prestaciones	Oct-2015	% sobre total prestaciones
Servicios	605.026	62,8%
Teleasistencia	139.217	14,4%
Ayuda d Domicilio	146.534	15,2%
Centros de Día/Noche	85.526	8,9%
Atención residencia	148.772	15,4%
Prestación económica vinculada al servicio	81.689	8,5%
Prestación económica de asistencia personal	3.288	0,3%
Prestación económica de cuidados familiares	358.707	37,2%
Total prestaciones	963.733	14,4%
Personas beneficiarias con prestación	779.373	
Media de prestaciones persona	1,23	

Fuente: IMSERSO. Situación del SAAD a 30 de noviembre de 2015.



no profesionales, su impacto sobre la actividad económica no es despreciable y se podría medir en términos de incremento en el consumo derivado de la prestación recibida, y la cotización a la Seguridad Social, regulada por Real Decreto 615/2007, hasta la modificación incluida en el Real decreto-ley 20/2012, a partir del cual la cotización pasa a ser voluntaria.

- El retraso en el calendario de implantación de la LAPAD tras las modificaciones acordadas por el Real Decreto-Ley 20/2011 y el Real-Decreto Ley 20/2012.

Por otro lado, Rodríguez y Jiménez (2010) realizan una estimación del potencial bruto de generación de empleo derivado de la atención a las personas en situación de dependencia, llegando a valores de 500.000 puestos de trabajo en 2011 y por encima de 635.000 en 2015 (expresados en términos de empleo equivalente a jornada completa)⁽²⁾. Estas estimaciones no descuentan el empleo que ya existía en el sector con anterioridad a la puesta en marcha del SAAD y suponen un escenario en el que todas las personas dependientes, cualquiera que fuera su grado, estarían atendidas por algún tipo de servicio.

Sin embargo, transcurrido el tiempo y a pesar del indudable impacto positivo que sobre el empleo ha podido generar la LAPAD, el impacto efectivo ha sido menor de lo esperado.

Entre diciembre de 2006 y diciembre de 2014 el número de afiliados a la Seguridad Social en el conjunto de la economía española se redujo un 11,5%. En el mismo periodo de tiempo, que además se corresponde con la entrada en vigor de la LAPAD y con los años en los que su implantación ha sido progresiva, el número de afiliados a la Seguridad Social en las actividades 87 (Asistencia en establecimientos residenciales) y 88 (Actividades de servicios sociales sin alojamiento) de la CNAE, aumentó un 5,3% con 149.775 nuevos afiliados. Además, el porcentaje que representan los trabajadores vinculados a la actividad de atención a la dependencia sobre el total de afiliados en la economía española ha aumentado, llegando al 2,81% en 2014 frente al 1,63% que representaba en 2006 (tabla 5). Por lo tanto, la promoción de la atención a la dependencia ha sido responsable del mantenimiento/creación de casi 433.000 empleos hasta 2014 (150.000 empleos en términos netos, si descontamos los existentes antes de la entrada en vigor de la LAPAD).

(2) Considerando sólo el efecto sobre el empleo de la atención a nuevos dependientes, Ramírez Navarro (2011), estimaba en 97.865 el número de empleos (45.501 puestos de trabajo y 52.355 nuevas cotizaciones en el convenio especial para cuidadores no profesionales) que se generarían si se atendiese a aquellas personas que en enero de 2011 se les había reconocido el derecho a prestación y no se les había atendido y que ascendía a 231.055 personas.



**Tabla 5. Trabajadores afiliados a la Seguridad Social (en miles).
Total y en actividades de servicios sociales**

	TOTAL	87. Asistencia en establecimientos residenciales	88. Actividades de servicios sociales sin alojamiento	Total actividades 87 y 88	Actividades 87 y 88 sobre el total
2006	17.400,645	148,054	135,021	283,075	1,63%
2007	17.885,946	178,036	162,137	340,173	1,90%
2008	17.179,672	191,974	174,765	366,739	2,13%
2009	16.439,613	200,612	180,783	381,395	2,32%
2010	16.268,091	214,266	186,509	400,775	2,46%
2011	15.890,101	218,471	187,153	405,624	2,55%
2012	15.045,153	219,354	181,654	401,008	2,67%
2013	14.983,125	222,958	194,021	416,979	2,78%
2014	15.392,897	232,467	200,383	432,850	2,81%

Fuente: Estadísticas del Ministerio de Empleo y Seguridad Social.

La información proporcionada por la Encuesta de Población Activa (EPA) que elabora el Instituto Nacional de Estadística (INE) permite llegar a conclusiones similares (tabla 6). Mientras el número de trabajadores global se redujo en España el 12,4% entre 2006 y 2014, el número de trabajadores vinculados a la atención a la dependencia aumentó el 17,8%, llegando a los 460.700 trabajadores (69.900 trabajadores netos una vez descontados los trabajadores existentes en el sector en 2006).

La diferencia entre los datos de la EPA y los de afiliados a la Seguridad Social se deben principalmente a la distinta fuente de información que utilizan para sus estadísticas. El INE obtiene la información a través de encuestas para elaborar la EPA y el Ministerio de Empleo y Seguridad Social utiliza las afiliaciones a la Seguridad Social. Sin embargo, con independencia de la fuente de información utilizada, se puede afirmar que la atención a la dependencia ha contribuido y contribuye a la generación de empleo, incluso en momentos en los que el empleo global se reducía.

Además, de acuerdo con el Libro Blanco de Dependencia (2004), la mayoría de esos empleos benefician a colectivos que tienen especiales dificultades de inserción laboral (mujeres, trabajadores con escasa cualificación, desempleados de larga duración, jóvenes en busca de su primer empleo y trabajadores de más de 45 años), lo que contribuye a bajar la tasa de desempleo, subir la tasa de ac-



**Tabla 6. Trabajadores según la Encuesta de Población Activa (en miles).
Total y en actividades de servicios sociales**

	TOTAL	87. Asistencia en establecimientos residenciales	88. Actividades de servicios sociales sin alojamiento	Total actividades 87 y 88	Actividades 87 y 88 sobre el total
2008	20.055,30	239,5	153,9	393,4	1,96%
2009	18.890,40	235,4	192,7	428,1	2,27%
2010	18.674,90	266,4	226,3	492,7	2,64%
2011	18.153,00	265,6	218,3	483,9	2,67%
2012	17.339,40	238,8	207,5	446,3	2,57%
2013	17.135,20	236,9	200,3	437,2	2,55%
2014	17.569,10	272,4	190,9	463,3	2,64%
2015T2	17.866,50	267,0	193,7	460,7	2,58%
2015T3	18.048,70	281,5	191,1	472,6	2,62%

Fuente: EPA, INE.

tividad, luchar contra la temporalidad y disminuir el número de hogares en los que todos sus miembros activos están en situación de desempleo. De esta manera, el sector de la atención a la dependencia se convierte en una oportunidad de empleo para las personas con mayores dificultades de inserción (Jiménez, 2011; Jiménez y Rodríguez, 2012).

Esta generación de empleo y las retribuciones que se originan tienen un importante efecto en la recaudación de impuestos vía IRPF y en las cotizaciones a la Seguridad Social, provocando la reversión hacia la Administración Pública de parte de lo que hayan aportado a este gasto social.

4 RETORNOS ECONÓMICOS DE LA ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA

La capacidad de los servicios sociales para incidir en el desarrollo económico puede medirse en términos de incidencia directa en la generación de empleo y riqueza.

Desde mediados de los años 90 se han venido desarrollando distintos estudios con el objetivo de analizar el impacto económico del gasto en políticas sociales, no sólo en términos de empleo sino también en términos de produc-



ción, impuestos y Seguridad Social. La evidencia demuestra que los retornos económicos que genera la inversión en servicios sociales (ahorro en prestaciones de desempleo, incremento de la recaudación por cotizaciones sociales y de los ingresos fiscales, vía IVA, IRPF e Impuesto de Sociedades) confirman que el gasto social puede contribuir de manera importante a la generación de actividad económica y de empleo.

Los trabajos desarrollados previamente en distintos ámbitos geográficos de España, han utilizado diferentes metodologías y han analizado tanto servicios de atención a la dependencia particulares (como los servicios residenciales o la atención a la discapacidad) como generales, incluyendo el conjunto de servicios que establece el artículo 15 de la LAPAD (como son servicio de Teleasistencia, Servicio de Ayuda a Domicilio, Servicio de Centro de Día y de Noche y Servicio de Atención Residencial). La tabla 7 resume los principales resultados de dichos estudios.

El impacto económico de los servicios de atención a la dependencia se puede desagregar en tres componentes: 1) Impacto directo: derivado de la actividad directa que realizan los centros de atención a la dependencia en términos de producción y empleo; 2) Impacto indirecto: derivado de la demanda de estos centros a otros proveedores; 3) Impacto inducido: derivado del incremento en el consumo que producen las rentas de los trabajadores tanto por el impacto directo como indirecto.

Para poder estimar el impacto indirecto e inducido la mayoría de los trabajos analizados emplean la metodología de Leontief (1986), utilizando las tablas input-output⁽³⁾ de la economía para estimar el impacto que la demanda de esta actividad genera sobre los principales agregados macroeconómicos (producción y empleo), sobre la recaudación de impuestos y sobre los ingresos de la Seguridad Social.

(3) Las tablas input-output son un instrumento estadístico por el que se desagrega la producción nacional entre los sectores que la han originado y los sectores que la han absorbido.

Tabla 7. Estudios que analizan el impacto económico de la atención a la dependencia en España

Ámbito de Estudio	Álava	CC.AA. del País Vasco	España	CC.AA. del País Vasco	C. Valenciana	Guipúzcoa	Cantabria
Referencia	Centro de Documentación y Estudios -SIIS (1994)	Centro de Documentación y Estudios -SIIS (1999)	Libro Blanco Dependencia (2004)	Fernández y Barinaga (2007)	Federación Empresarial de Asistencia a la Dependencia - FED (2010)	Zubiri et al. (2010)	Díaz (2014)
Año analizado	1992	1997	2005-2010	2005	2010	2009	2010
Sector analizado	Servicios Sociales	Servicios Sociales	Sistema Nacional de Dependencia	Discapacidad Intelectual	Servicio residencial y la prestación vinculada al servicio (PEVS)	Política social	Todos los servicios de la Ley 39/2006
Metodología	Tabla I-O regional aplicada a una provincia	Extrapolación de los resultados obtenidos en SIIS (1994) a la región		Tabla I-O regional		Tabla I-O regional aplicada a una provincia	Tabla I-O regional
Impactos económicos analizados	Directo, indirecto e inducido	Directo, indirecto e inducido	Directo, indirecto e inducido	Directo, indirecto e inducido	Directo e indirecto	Directo, indirecto e inducido	Directo, indirecto e inducido
Gasto Social	60,8	385	1% PIB	188,7 ⁴	83 ⁵	334,6	130,3 ⁶
Beneficiarios del sector analizado	7.777	40.136	1.246.428	21.000	4.000 ⁷	30.000	11.955
IMPACTO SOBRE EL PIB							
Efecto Directo sobre el PIB (millones)				154,2 ⁸		659,2	182,26
Efecto Indirecto sobre el PIB (millones)							73,42
Efecto Inducido sobre el PIB (millones) ⁹				77,99			76,71

(4) Para la estimación del Gasto Social, este estudio analiza información de gasto procedente de 40 agentes públicos y privados, así como información procedente de las propias familias.

(5) El coste para las Administraciones Públicas supone el 61% de este gasto social (15,1% asumido por el Estado y 45,9% asumido por la Generalitat), siendo el 39% asumido por los usuarios.

(6) Esta cantidad es el coste del programa de Atención a Personas Dependientes de acuerdo con los Presupuestos Generales de Cantabria, a la que habría que añadir 9,1 millones destinados al Servicio de Atención a Domicilio.

(7) Con nivel de dependencia de Grado II y Grado III.

(8) Esta cifra supone el 0,27% del PIB del País Vasco. El mayor impacto se produce en los sectores de Servicios Sociales y Educación. El impacto sobre el empleo supone el 0,42% del total de empleos del País Vasco.

(9) Los valores de impacto inducido hay que interpretarlos con cautela puesto que los efectos inducidos no siempre se producen en el mismo periodo de tiempo objeto de análisis.

**Tabla 7. Estudios que analizan el impacto económico de la atención a la dependencia en España (Continuación)**

Ámbito de Estudio	Álava	CC.AA. del País Vasco	España	CC.AA. del País Vasco	C. Valenciana	Guipúzcoa	Cantabria
IMPACTO SOBRE EL EMPLEO							
Generación de Empleos Directos	2.023	13.624	352.235	3.996 ¹⁰	2.200	7600 ¹¹	3372
Generación de Empleos Indirectos e Inducidos	492	2.577		1.486 ¹²	880	-	1657
IMPACTO SOBRE LOS IMPUESTOS Y LA SEGURIDAD SOCIAL							
Recaudación IVA (millones)			629,9	14,71	4,67	18,23	5,8
Recaudación Impuesto Sociedades (millones)			81,5	4,7	1,34	8,4	18,7
Recaudación IRPF (millones)			77,5	12,98	8,72	50,08	23,1
Cotizaciones Seguridad Social (millones)	15,4	97,3	774,6	119,46	17,74	58,02	34,9
Otros impuestos indirectos (millones)						12,43	
Ahorro prestaciones desempleo (millones)			404		31,10		3,13
Cantidad que revierte a las Administración ¹³ (millones)	26,3 ¹⁴	166,56 ¹⁵	1.967,50	116,41	63,57	147,16	82,6

Fuente: Elaboración propia

Para poder establecer conclusiones sobre el impacto económico del gasto social en atención a la dependencia se procede a estimar una serie de ratios, basados en los datos cuantitativos de los trabajos reflejados en la tabla 7, y que permitirán comparar el impacto sobre el PIB, el empleo, los impuestos y la Seguridad Social. A pesar de la disparidad entre los valores observados, que de-

(10) Incluye empleos directos e indirectos.

(11) Generados a lo largo de varios años.

(12) Incluye empleos inducidos exclusivamente.

(13) Incluye la cuantía que revierte vía impuestos, Seguridad Social y ahorro en prestaciones por desempleo.

(14) Incluye 4,9 millones de reversión inducida derivada del consumo y 6,1 millones derivados de la reversión directa vía ingresos por ventas.

(15) Incluye 38,47 millones de reversión inducida derivada del consumo y 30,79 millones derivados de la reversión directa vía ingresos por ventas.

penden de la región y de la metodología empleada, la conclusión sobre la importante contribución del sector de la atención a la dependencia al desarrollo económico y al empleo es incuestionable.

4.1. Impacto del gasto social en atención a la dependencia sobre el PIB

El impacto directo, indirecto e inducido de las políticas sociales sobre el PIB llega a suponer cerca de dos veces el gasto social destinado a dependencia en Guipúzcoa, 1,23 veces en el País Vasco y 2,38 veces en Cantabria. De manera que por cada euro destinado a la dependencia, la producción aumenta en 1,86 euros por término medio, produciéndose un efecto multiplicador sobre la producción derivado del gasto social.

Tabla 8. Impacto del gasto social en atención a la dependencia sobre el PIB

	Fernández y Barinaga (2007)	Zubiri et al. (2010)	Díaz (2014)
PIB/Gasto social (Efecto directo)	0,82	1,97	1,31
PIB/Gasto social (Efecto indirecto)	0,00	0,00	0,53
PIB/Gasto social (Efecto inducido)	0,41	0,00	0,55
PIB/Gasto social (Efecto total)	1,23	1,97	2,38

Fuente: Elaboración propia.

4.2. Impacto del gasto social en atención a la dependencia sobre el empleo

El sector de atención a la dependencia resulta intensivo en mano de obra. La generación de empleo varía entre 23 (Zubiri et al. 2010) y 42 (Centro de Documentación y Estudios -SIIS, 1999) trabajadores por cada millón de euros de gasto social. Solamente el empleo directo generado varía entre los 31 y 35 trabajadores por cada millón destinado al sector. Por lo tanto, no se puede despreciar el impacto indirecto e inducido que se produce sobre el empleo y que viene a representar entre el 16% y el 33% del total de empleo generado.

Asimismo, el ratio trabajadores sobre beneficiarios oscila entre 0,25 y 0,77 (incluido el efecto inducido). El valor medio de este ratio en los diferentes estudios es de 0,39, lo que señalaría la creación de casi 4 puestos de trabajo por cada 10 beneficiarios de esta política social.

Tabla 9. Impacto del gasto social en atención a la dependencia sobre el empleo

	SIIS (1994)	SIIS (1999)	Libro Blanco (2004)	Fernández y Barinaga (2007)	FED (2010)	Zubiri et al. (2010)	Díaz (2014)
Empleo directo/Beneficiario	0,26	0,34	0,28	0,19	0,55	0,11	0,28
Empleo indirecto e inducido/ Beneficiario	0,06	0,06	0,00	0,07	0,22	0,14	0,14
Total empleo/Beneficiarios	0,32	0,40	0,28	0,26	0,77	0,25	0,42
Empleo directo/Gasto social	33,27	35,39		21,18	26,51	9,95	24,19
Empleo indirecto e inducido/Gasto Social	8,09	6,69		7,87	10,60	12,73	11,89
Total empleo/Gasto Social	41,37	42,08		29,05	37,11	22,68	36,08

Fuente: Elaboración propia.

A conclusiones similares llega el *Informe del Gobierno para la evaluación de la Ley de Promoción de la Autonomía personal y Atención a personas en situación de dependencia en noviembre de 2011*⁽¹⁶⁾, según el cual se crean 32 puestos de trabajo (tanto directo como indirecto) por millón de gasto social nuevo en atención a la dependencia en 2009 y 26 en 2010.

4.3. Impacto sobre los impuestos y la Seguridad Social: reversión a la Administración Pública

Los sueldos y salarios del personal vinculado a la atención a la dependencia (tanto directamente como por el efecto indirecto e inducido) permiten recuperar buena parte del gasto realizado en el sector a través de la recaudación del IRPF y las cotizaciones a la Seguridad Social. De hecho, estas dos partidas vienen a representar entre el 68% (Díaz, 2014) y el 73,4% (Zubiri, et al. 2010) del total de la recaudación derivada del gasto en política social. El resto de la recaudación proviene de un incremento en el IVA derivado de la mayor demanda de bienes y servicios y de un incremento en el Impuesto de Sociedades derivado del beneficio generado por las empresas tanto directamente como indirectamente a través de su impacto en otros sectores.

(16) Este informe utiliza la metodología HERMIN-España es sus estimaciones.

Tabla 10. Impacto del gasto social en atención a la dependencia sobre la recaudación de impuestos y la Seguridad Social

	Fernández y Barinaga (2007)	FED (2010)	Zubiri et al. (2010)	Díaz (2014)
Recaudación IVA / Gasto Social	0,08	0,06	0,05	0,04
Recaudación Impuesto Sociedades / Gasto Social	0,02	0,02	0,03	0,13
Recaudación IRPF / Gasto Social	0,07	0,11	0,15	0,17
Otros impuestos indirectos / Gasto Social	0,00	0,00	0,04	0,00
Cotizaciones Seguridad Social / Gasto Social	0,63	0,21	0,17	0,25
Ahorro prestaciones por desempleo / Gasto Social	0,00	0,37	0,00	0,02
Tasa media de retorno	0,80	0,77	0,44	0,61

Fuente: Elaboración propia.

La *tasa media de retorno* (*tme*) indica cuánto de lo gastado en política social se recupera en impuestos o cotizaciones a la Seguridad Social y se calcula de la siguiente manera:

$$tme = \frac{\text{Recaudación Total}}{\text{Gasto Total}}$$

Asimismo, en aquellos casos en los que se había estimado el ahorro en prestaciones por desempleo que se originaría como consecuencia de la potenciación del sector de atención a la dependencia, se ha considerado esta partida dentro de la tasa media de retorno.

Herce et al. (2006) ya establecieron que el retorno fiscal global, por impuestos generales y cotizaciones, llegaría a cubrir hasta casi dos terceras partes del gasto asociado al despliegue del SAAD.

Los distintos trabajos analizados en la tabla 10, llegan a una tasa de retorno de los recursos asignados a este sector que varía entre 0,44 y 0,80 –de cada euro destinado a gasto social, entre 44 y 80 céntimos retornan a la Administración vía impuestos y seguridad social.

El valor máximo observado de 0,80 se corresponde con el trabajo de Fernández y Barinaga (2007) para el País Vasco, que incluye dentro de dicha tasa media de retorno tanto la derivada del efecto directo e indirecto (0,62), como la



derivada del efecto inducido (0,18). Del mismo modo, el trabajo de Díaz (2014) realizado para Cantabria incluye en la tasa de retorno de 0,61⁽¹⁷⁾, el efecto directo (0,35), el indirecto (0,12) y el inducido (0,14). Por lo tanto, el efecto inducido no es depreciable a la hora de considerar el retorno que la actividad de atención a la dependencia supone para la Administración, ya que el retorno vía impuestos y seguridad social derivado del mayor consumo que ejercen los trabajadores afectados por esta actividad (bien directamente o indirectamente) supone entre el 22% y el 23% del retorno total.

Por su parte, el trabajo de FED (2010) enfocado en la Comunidad Valenciana, presenta una tasa de retorno elevada como consecuencia de la hipótesis considerada a la hora de calcular el ahorro en prestaciones por desempleo que tendría la potenciación de este sector. En particular, considera que el 100% de los trabajadores del sector de atención a la dependencia estarían recibiendo prestación por desempleo en caso de no existir el sector, dando lugar a un ahorro de 31,1 millones de euros en prestaciones por desempleo en un sector que genera 3.080 empleos (es decir, 10.097,4 euros de ahorro en prestaciones por empleo generado). Las previsiones realizadas en el Libro Blanco de la dependencia (2004) se alejan de esta previsión, al considerar que el ahorro en prestaciones equivaldría a 1.147 euros por empleo generado, similar al valor observado para Cantabria por Díaz (2014) donde este ahorro es de 929 euros. Por lo tanto, si se eliminara el efecto del ahorro en prestaciones por desempleo en el estudio de FED (2010), la tasa media de retorno sería de 0,4, valor similar al observado por Zubiri et al. (2010) para Guipúzcoa.

5 INVERSIÓN EN INFRAESTRUCTURAS Y COSTE DEL SERVICIO DE ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA

5.1. Inversión en infraestructuras

Para el correcto desarrollo e implantación del SAAD se requería de un importante volumen de inversión en infraestructuras (construcción de nuevos centros residenciales, de atención diurna, de espacios para ubicar los servicios de teleasistencia, de viviendas tuteladas, de centros de servicios sociales, de atención primaria) y la adaptación a los nuevos criterios de acreditación en accesibilidad y calidad de una parte importante de los centros y plazas existentes. El incremento de las infraestructuras y servicios necesarios para proporcionar una adecuada atención de las situaciones de dependencia supondría un impor-

(17) Si se incluye la cotización a la seguridad social de los cuidadores, este retorno asciende a 0,66 euros.

tante esfuerzo económico (del orden del 0,9-1,0% del PIB anual en 2011 y del 1,3-1,4% en 2015, según establecieron Rodríguez y Jimenez, 2010).

Tanto la inversión en nuevas infraestructuras como en la adaptación de la ya existentes tendría un efecto directo en el sector de la construcción.

En el caso de nuevas infraestructuras, la inversión a realizar para la puesta en marcha de un centro de atención a la dependencia resulta elevada, principalmente por el gasto en edificación, pero que también requiere de inversión en equipamiento. A nivel nacional la información existente sobre el volumen de dicha inversión difiere de unos estudios a otros. El Centro Europeo de Empresas e Innovación de Navarra-CEIN (2003) lo sitúa entre 36.000 y 60.000 euros/plaza (sin contar el suelo), el Centro Europeo de Empresas e innovación de Galicia-BIC (2008) en 10.000 euros/plaza, Deloitte (2006) en 56.199 euros/plaza (sin contar el suelo) y Díaz (2012) en 53.179 euros/plaza para centros residenciales y 20.760 para centros de atención diurna o nocturna (sin contar el suelo en ambos casos). Todas estas inversiones tienen un impacto directo en el empleo no sólo del sector de la construcción sino también de los sectores relacionados con el equipamiento y mobiliario de estos centros de atención a la dependencia, provocándose así un impacto indirecto en la riqueza y empleo de otros sectores económicos, como se comentó anteriormente.

Asimismo, la atención a la dependencia involucra a toda una serie de servicios que permitirían extender el impacto económico de esta actividad. Estos servicios, entre otros, incluyen a las empresas proveedoras de productos alimenticios, mantenimiento y suministros, servicios de limpieza, seguros y seguridad y servicios de gestión. Además, la garantía de la calidad en la prestación de los servicios que regulaba la LAPD en su artículo 35 mediante la promoción de la profesionalidad y la potenciación de la formación de los trabajadores del sector, implica también al sector educativo. En particular, de acuerdo con Díaz (2012), el principal coste asumido por los centros de atención a la dependencia el coste de personal, que supone cerca del 58%, seguido por la manutención (14,92%), servicios de gestión (8,49%), mantenimiento el 5,16% y limpieza el 2,92%.

5.2. Coste de los servicios de atención a la dependencia

El coste de atención a la dependencia y su distribución en los diferentes sectores es clave de cara a poder cuantificar el impacto económico que directa e indirectamente ejerce este sector, así como para establecer una previsión sobre las necesidades de financiación.

Estudios previos han mostrado resultados distintos en relación con la cuantificación de este coste, dependiendo de las variables incluidas en la valoración,



el tipo de servicio analizado (mayoritariamente residencial), los grados de dependencia considerados e incluso el ámbito geográfico donde se ha realizado el estudio.

Tabla 11. Coste en euros/usuario/día para la atención residencial y los centros de día/noche

Estudio	Atención residencial	Centros de Día/Noche
Rodríguez y Monserrat (2002)	63,16	24,54
Monserrat (2005)	61,63	28,02
Deloitte (2006)	62,34	
Guillén (2007)	53	
Díaz (2012)	50,15	27,39

Fuente: Elaboración propia.

6 ESTIMACIÓN DEL IMPACTO ECONOMICO DE LAS PRESTACIONES PENDIENTES EN EL SAAD

A 30 de noviembre de 2015, el número de personas pendientes de recibir prestación del SAAD ascienden a 393.012. La necesidad de dar servicio a estas personas que se integran al sistema tendrá consecuencias económicas que podrán traducirse en términos de PIB y de empleo, como se desprende del análisis realizado en este trabajo en el apartado 4.

Tabla 12. Personas beneficiarias y pendientes de recibir prestación a 30/11/2015

Personas beneficiarias con prestaciones	788.542
Personas pendientes de recibir prestación (grados II y III)	142.000
Personas pendientes de recibir prestación (grado I, cuya efectividad entró en vigor el 1/7/2015)	251.002
Total personas pendientes de recibir prestación	393.012

Fuente: IMSERSO. Situación del SAAD a 30 de noviembre de 2015.

Para cuantificar el impacto económico de las prestaciones pendientes se calculará:

- Gasto social necesario para hacer frente a las prestaciones, considerando como premisa que el 100% de los dependientes de grado II y III tendrán atención residencial y el 100% de los dependientes de grado I tendrán atención en centros de día/noche:

Gasto Social = Coste diario de atención residencial*365*prestaciones pendientes grados II y III + Coste diario de atención día/noche*365*prestaciones pendientes grados I

- Impacto en el PIB = Gasto Social * Multiplicador del PIB (derivado de los estudios de impacto económico)
- Impacto en el empleo = Gasto Social * Empleo directo generado + Gasto Social * Empleo indirecto e inducido generado

Partiendo del escenario más conservador, en el que el coste/usuario/día sea el mínimo de los obtenidos en los estudios sobre costes previos (tabla 11), el impacto sobre el PIB sea asimismo el mínimo observado en los estudios de impacto económico analizados (tabla 8) y el efecto sobre el empleo sea también el mínimo observado (tabla 9), se obtienen los resultados de la tabla 13.

Tabla 13. Impacto en el PIB y en el empleo de las personas pendientes de recibir prestación

	Impacto en el PIB (euros)		
	Atención residencial	Centro Día/Noche	Total
Multiplicador del PIB = 1,23	3.197.107.635,0	2.765.347.517,5	5.962.455.152,5
	Impacto en el empleo (trabajadores)		
	Atención residencial	Centro Día/Noche	Total
Empleos directos por millón de gasto social = 9,95	25.863	22.370	48.233
Empleos indirectos por millón de gasto social = 6,69	17.389	15.041	32.430
Impacto Total empleo			80.663

Fuente: elaboración propia.



El impacto de las prestaciones pendientes sobre el PIB supondría casi 6.000 millones de euros, considerando tanto los efectos directos como indirectos e inducidos del gasto social. Por su parte, se podrían generar más de 80.500 puestos de trabajo, de manera que el ratio empleo/beneficiario rondaría el 0,2, un valor similar al mínimo observado en los estudios previos sobre impacto económico de la atención a la dependencia.

7 CONCLUSIONES

En conclusión, la atención a la dependencia se convierte en una oportunidad para generar actividad económica y empleo, por dos motivos principalmente: 1) el crecimiento de la demanda de sus servicios por el envejecimiento de la población, y 2) por la intensidad en mano de obra de estos servicios, que ha permitido incrementar el empleo en el sector al mismo tiempo que se destruía empleo en otros sectores de la economía española, habiéndose creado entre 2006 y 2014 150.000 nuevos empleos en el sector asociado a la dependencia.

Además, el gasto social destinado a dependencia genera importantes retornos económicos (ahorro en prestaciones de desempleo, incremento en la recaudación por impuestos –IVA, IRPF y Sociedades- y cotizaciones sociales), como así han demostrado los diferentes estudios analizados en este trabajo. Ello nos obliga a sustituir el concepto de gasto social por inversión social, dado su importante retorno para el desarrollo económico de las naciones.

8 BIBLIOGRAFÍA

- BIRG, H. (2009): “Political impact of demographic change in Germany. A summary view of the causes and consequences of demographic change in Germany and Europe”, *Onkologie*, 32: 3-7.
- CENTRO DE DOCUMENTACIÓN Y ESTUDIOS (1994): *El retorno del Gasto en Servicios Sociales*. San Sebastián: SIIS.
- CENTRO DE DOCUMENTACIÓN Y ESTUDIOS (1999): *Estimación del retorno del gasto en servicios sociales y los beneficiarios y trabajadores del sistema en la CAPV*. San Sebastián: SIIS.
- CENTRO EUROPEO DE EMPRESAS E INNOVACIÓN DE GALICIA (2008): *Guía de actividad empresarial: Residencias de la tercera edad*. Galicia: BIC.
- CENTRO EUROPEO DE EMPRESAS E INNOVACIÓN DE NAVARRA (2003): *El inversor privado llama a la puerta de las residencias de ancianos*. Navarra: CEIN.



- COMISIÓN EUROPEA (2012): *Libro Blanco. Agenda para unas pensiones adecuadas, seguras y sostenibles* (en línea). (<http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2012:0055:FIN:ES:PDF>), acceso 10 de julio de 2013.
- DELOITTE (2006): *Perspectivas de futuro de los recursos de atención a la dependencia. El sector residencial*. Madrid: Deloitte.
- DÍAZ DÍAZ, B. (2012): “Estimación del coste de la atención a la dependencia en centros residenciales y de atención diurna o nocturna”, *Zerbitzuan*, 52: 101-117.
- DÍAZ DÍAZ, B. (2014): “La atención a la dependencia como motor de desarrollo económico”, *Revista Internacional de Sociología*, 72 (1): 139-171.
- DURÁN, M.^aA. (2001): “El análisis de exhaustividad en la economía española”, en *Tiempos, trabajos y género*, C. Carrasco (ed.). Barcelona: Publicacions de la Universitat de Barcelona.
- FEDERACIÓN EMPRESARIAL DE ASISTENCIA A LA DEPENDENCIA (2010): *Estudio sobre los efectos económicos y sociales de una política social orientada a la prestación de servicios y PEVS*. Madrid: FED.
- FERNÁNDEZ, P. y BARINAGA, R. (2007): “Algunos apuntes sobre el impacto económico del gasto en discapacidad intelectual”, *Zerbitzuan*, 42: 57-60.
- FRIES, J. et al. (1998): “Beyond health promotion: Reducing need and demand for medical care”, *Health affairs*, 17(2): 70-84.
- GUILLÉN, M. (2007): *Estudio sobre el desembolso que supone los cuidados de larga duración (CLD) para los ciudadanos*. Universidad de Barcelona.
- HARVEY, PW. y THURNWALD, I. (2009): “Ageing well ageing productively: The essential contribution of Australia’s ageing population to the social and economic prosperity of the nation”, *Health Sociology Review*, 18(4): 379-386.
- HERCE, J.A. et al. (2006): *Sistema Nacional de Dependencia. Evaluación de sus efectos sobre el empleo*. Madrid: Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO).
- IMSERSO (2011): *Informe del Gobierno para la evaluación de la Ley de Promoción de la Autonomía personal y Atención a personas en situación de dependencia* (en línea). http://www.dependencia.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/ie_2011_informeevaluacion.pdf, acceso 15 de diciembre de 2015.
- JIMÉNEZ LARA, A. (2011): “Haciendo de la necesidad virtud: la atención a las personas en situación de dependencia como vector de crecimiento del empleo”, *CIRIEC-Revista de Economía Pública, Social y Cooperativa*, 71: 129-146.



- JIMÉNEZ LARA, A. y RODRÍGUEZ CASTEDO, A. (2012): *La economía social y la atención a la dependencia. Propuestas para contribuir al desarrollo de los servicios de atención a la dependencia a la generación de empleo estable y de calidad*. Documento de Trabajo 177/2012. Fundación Alternativas. Madrid.
- LEONTIEF, W. (1986): *Input-output economics*. 2nd edition, New York: Oxford University Press.
- LIBRO BLANCO. Atención a las personas en situación de dependencia en España (2004). Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Secretaria de Estado de Servicios Sociales, Familia y Discapacidad e Instituto de Mayores y Servicios Sociales.
- MIRLEES, J. (1997): "The economic consequences of ageing populations", *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Science* 352: 1881-1886.
- MONSERRAT CODORNIÚ, J. (2005): *Coste de las residencias asistidas de mayores*. Instituto de Mayores y Servicios Sociales.
- OBSERVATORIO DEL SECTOR DE ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA EN ESPAÑA. Informe de Junio de 2014
- RAMÍREZ NAVARRO, J.M. (2011): "Impacto sobre el empleo del Sistema de la Dependencia", *CIRIEC-España, Revista de Economía Pública, Social y Cooperativa*, nº 71, agosto, pp. 77-100.
- RODRÍGUEZ CABRERO, G. y MONSERRAT CODORNIÚ, J. (2002): *Modelos de atención sociosanitaria. Una aproximación a los costes de la dependencia*. Observatorio de personas Mayores, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- RODRÍGUEZ CASTEDO, A. y JIMÉNEZ LARA, A. (2010): *La atención a la dependencia y el empleo*. Documento de Trabajo 159/2010. Fundación Alternativas. Madrid.
- ZUBIRI, I.; MARTINEZ, J. y VALLEJO, M.(2010): *El impacto económico del gasto en política social de la diputación foral de Guipúzcoa*. País Vasco: Universidad del País Vasco.



El impacto de la LAPAD en el movimiento asociativo de la discapacidad

Agustín Huete García

Profesor asociado de sociología INICO. Universidad de Salamanca.

Director de www.intersocial.es

ahueteg@usal.es

Fecha de recepción: 17/12/2015

Fecha de aceptación: 30/12/2015

Sumario

1. Discapacidad, dependencia: marco conceptual y normativo.
2. Discapacidad, dependencia: despliegue demográfico y presupuestario.
3. Discapacidad, dependencia: medidas para la inclusión social.
4. El movimiento asociativo de la discapacidad.
5. El impacto de la LAPAD en el movimiento asociativo de la discapacidad.
6. Bibliografía.

RESUMEN

En este artículo se analiza cómo la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de Dependencia (LAPAD) ha contribuido a precipitar algunos elementos críticos para las organizaciones que hasta la fecha venían operando en la prestación de apoyos a las personas con discapacidad, relacionados con su identidad, organización y financiación. Para ello se analiza el solapamiento y confusión de los conceptos “discapacidad” y “dependencia”, a partir de su configuración jurídica, demográfica y presupuestaria, en el contexto del denominado “modelo social de la discapacidad” y la Convención de Naciones Unidas sobre los derechos de las personas con discapacidad (CDPD).

Palabras clave:

Discapacidad, dependencia, tercer sector, inclusión social.

**ABSTRACT**

This article discusses how the Law 39/2006 (LAPAD), has helped to precipitate some critical elements for organizations that operate in providing support to people with disabilities. These elements relate to identity, organization and financing. Overlap and confusion of the concepts of “disability” and “dependence” is analyzed, from legal, demographic and budgetary setting, in the context of so-called “social model of disability” and the UN Convention on the Rights of persons with Disabilities (CRPD).

Key words:

Disability, dependence, non-profit sector, social inclusion.

1 DISCAPACIDAD, DEPENDENCIA: MARCO CONCEPTUAL Y NORMATIVO

Aunque resulta obvio que discapacidad y dependencia denotan realidades íntimamente ligadas –tanto que incluso podrían llegar a utilizarse como términos sinónimos– la verdad es si prestamos atención tanto al origen, como a los fundamentos normativos en que han devenido ambos términos, no tardamos en encontrar elementos contradictorios que impiden, o al menos dificultan, su asimilación.

Los planteamientos sobre qué es y cómo se describe el fenómeno de la “Discapacidad” se han visto sometidos a grandes transformaciones en los últimos años. La reflexión y discusión sobre el sentido y aplicación de principios fundamentales tales como igualdad de oportunidades, no discriminación, autonomía personal, ciudadanía, etc., como una cuestión de derecho para todas las personas, se encuentran en el centro del debate y evolución conceptual sobre discapacidad.

Los paradigmas y definiciones sobre discapacidad han evolucionado desde lo que se ha dado en llamar “modelo de prescindencia”, en el que las personas con discapacidad han sido contempladas desde el más absoluto sometimiento o marginación, pasando por el “modelo médico o rehabilitador” en el que las personas con discapacidad han sido tratadas como objeto pasivo de rehabilitación médica o social, hasta el actual “modelo social” en el que las personas con discapacidad son contempladas como sujetos de derecho envueltos en un contexto social que les discrimina y excluye por causa de diversidad funcional. (Jiménez, 2007; Palacios, 2008)

Se podría resumir esta evolución conceptual desde un planteamiento primitivo de discapacidad como “no-persona” (problema no humano), pasando por un planteamiento de discapacidad como “persona defectuosa” (problema individual), hasta un planteamiento de discapacidad como “forma de discriminación” (problema social). Si bien hay una lógica cronológica en esta evolución, conviene tener claro que en nuestra sociedad es posible hoy en día encontrar evidencias de la coexistencia de los tres modelos.

Sin ánimo de exhaustividad, el recorrido legislativo que ha permitido asentar en la normativa española el “modelo social” de la discapacidad ha sido largo, y en buena medida paralelo a la evolución conceptual que se ha indicado. Así, la *Constitución Española de 1978* en su Art. 49 indica que “Los poderes públicos realizarán una política de previsión, tratamiento, rehabilitación e integración de



los disminuidos físicos, sensoriales y psíquicos, a los que prestarán la atención especializada que requieran y los ampararán especialmente para el disfrute de los derechos que este Título otorga a los ciudadanos”. Subyace por tanto en la Carta Magna un tratamiento puramente rehabilitador, es decir, centrado en la discapacidad como problema fundamentalmente individual.

Más adelante, la *Ley 13/1982, de 7 de abril, de Integración Social de los Minusválidos* (LISMI), supuso el primer paso hacia un verdadero sistema de atención a personas con discapacidad, con medidas de discriminación positiva y de equiparación de oportunidades, para garantizar los derechos a través de apoyos complementarios, ayudas técnicas y servicios especializados, priorizando la vida en sus entornos de forma normalizada. Es además, la norma que pone en marcha el “Reconocimiento Oficial” de Discapacidad y presenta elementos de atención al “entorno” como variable clave para explicar la discapacidad.

El viaje hacia la plasmación normativa del “modelo social” de la discapacidad continúa con la *Ley 51/2003, de 2 de diciembre, de Igualdad de Oportunidades, No Discriminación y Accesibilidad Universal de las personas con discapacidad* (LION-DAU) que tuvo por objeto establecer medidas para garantizar el derecho a la igualdad de oportunidades, con nuevas garantías para hacer efectiva la no discriminación y la accesibilidad universal, entre otras medidas de acción positiva.

La *Convención de Naciones Unidas sobre los derechos de las personas con discapacidad* (CDPD), adoptada el 13 de Diciembre del año 2006 y ratificada España en 2008, supone un hito clave en el asentamiento del “modelo social”, cuando señala que la discapacidad no es un concepto estático, sino que evoluciona, como resultado de la interacción entre las personas con deficiencias y el contexto o las barreras que limitan su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con el resto de la población.

La CDPD implica una aceptación irreversible del fenómeno de la discapacidad como una cuestión de derechos humanos, en la que las personas con discapacidad son ciudadanos titulares de derechos, participativos y responsables, que asumen la dirección total y completa de su vida personal y social.

La ratificación por España de la CDPD, supone la vinculación jurídica del estado a la convención, razón por la que desde entonces se han aprobado diferentes normas encaminadas a la adaptación de la legislación española, proceso al que responde la reciente aprobación de la *ley General de derechos de las personas con discapacidad de 1/2013* en la que, por cierto, las referencias a “Dependencia” son muy escasas. Este cambio de paradigma conceptual sobre discapacidad, ha sido participado e impulsado por el movimiento asociativo de las personas con discapacidad.



En relación con el término “Dependencia”, la *Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de Dependencia* (LAPAD) la define como el “estado de carácter permanente en que se encuentran las personas que, por razones derivadas de la edad, la enfermedad o la discapacidad, y ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, precisan de la atención de otra u otras personas o ayudas importantes para realizar actividades básicas de la vida diaria o, en el caso de las personas con discapacidad intelectual o enfermedad mental, de otros apoyos para su autonomía personal”.

Para entender la aprobación de la LAPAD en su contexto, resulta importante tener en cuenta que su idea original fue la de cubrir las situaciones de dependencia de las personas mayores, ampliando prestaciones ya existentes para dicho colectivo, en base a un catálogo de servicios propios de la atención gerontológica (Cobo, 2010).

La aprobación de la LAPAD alumbró una gran transformación del panorama normativo y de servicios de apoyo para las personas dependientes en España, y fue contemplada como una enorme oportunidad, fundamentalmente porque supuso reconocer la atención a la dependencia como un “derecho universal”, cuyo reconocimiento acarrea de manera automática, el despliegue de toda una serie de recursos de apoyo previstos en la propia Ley Tudela (2010).

La LAPAD vino acompañada además de una notable implicación administrativa y presupuestaria del Estado en todos sus niveles, plasmada en el llamado Sistema para la Autonomía y la Atención a la Dependencia (SAAD) que preveía una determinada cartera de servicios a los que sería posible acceder a través de un procedimiento de “reconocimiento oficial” similar al que ya existía para la población con discapacidad.

2

DISCAPACIDAD, DEPENDENCIA: DESPLIEGUE DEMOGRÁFICO Y PRESUPUESTARIO

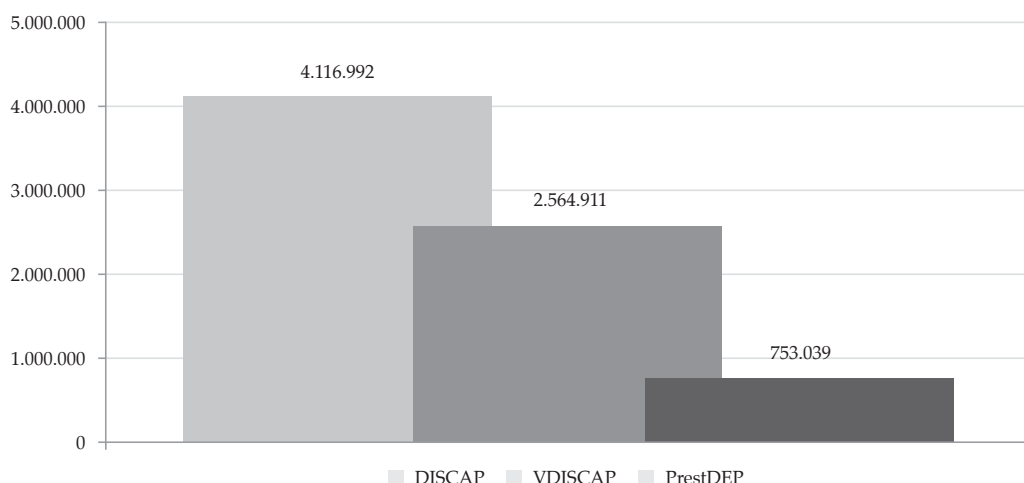
La Encuesta sobre Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de Dependencia (EDAD 2008) estimó el número de personas con discapacidad residentes en hogares en 3,85 millones, esto es el 8,5% de la población y en algo más de 269.000 las personas con discapacidad residentes en centros. La suma de los resultados correspondientes a viviendas familiares y a la muestra de viviendas colectivas proporciona la cifra de 4.116.992 personas con discapacidad en total, lo que supone aproximadamente el 9% de la población residente en España. Esta es, por así decirlo, la demanda potencial o la población que, al menos en teoría, podría ser demandante de recursos de apoyo por discapacidad y/o dependencia.

El acceso al reconocimiento de discapacidad y de la situación de dependencia se realiza de acuerdo con baremos, procedimientos y órganos competentes diversos. Ello se debe a la dispar normativa que regula ambos “sistemas”, el de la discapacidad y el de la dependencia, así como a la naturaleza intrínseca de cada proceso y también al momento histórico en que se gestaron (CERMI, 2014).

La LISMI por un lado y la LAPAD por otro, han dado origen a sendos sistemas de atención y apoyo (a personas con discapacidad el primero y a personas dependientes el segundo), para los que se han desplegado diferentes procedimientos de valoración y reconocimiento oficial. Es posible por tanto conocer la demanda efectiva de recursos de apoyo a partir de estos registros, es decir, la población que de manera real se ha acercado a los sistemas de valoración y prestaciones por discapacidad y /o por dependencia (Abellán et. al, 2102).

La Base de Datos de Valoración de la Discapacidad (BDVD) cuantifica en poco más de dos millones y medio las personas que han obtenido un certificado de discapacidad con una severidad moderada, es decir superior al 33%, de las que poco más de un millón han sido reconocidas con una severidad alta, es decir, superior al 64%. Por su parte, el SAAD contabiliza en alguna más de 750.000 las personas reconocidas como dependientes, que en la actualidad reciben algún tipo de prestación. Gráficamente, se podría representar así:

Gráfico 1. Demanda potencial y efectiva por discapacidad y dependencia.
Total personas



DISCAP: Total población con discapacidad.

VDISCAP: Personas con reconocimiento oficial de discapacidad de 33% o más.

PrestDEP: Personas que reciben prestación por dependencia.

Fuente: elaboración propia a partir de EDAD (2008), BDVD y SAAD (2013).

Un primer análisis de los datos por grupos de edad nos permite evidenciar un fuerte desequilibrio hacia las personas de mayor edad en el despliegue de recursos de la dependencia. Más de medio millón de las personas que reciben prestación, son mayores de 64 años, es decir casi el 75% del total, cifra que confirma con hechos, el planteamiento original de la LAPAD vinculado hacia las personas mayores, como población objetivo principal.

Tabla 1. Población con reconocimiento oficial de discapacidad (diferentes niveles) y dependencia (que reciben prestación). Total personas

Edad	Población con DISCAPACIDAD superior a 33%	Población con DISCAPACIDAD superior a 64%	Población con prestación por DEPENDENCIA
hasta 30 años	207.121	72.356	64.159
de 31 a 64	1.168.020	468.023	136.638
65 o más	1.189.770	550.129	552.242
TOTAL	2.564.911	1.090.508	753.039

Fuente: elaboración propia a partir de BDVD y SAAD (IMSERO, 2013).

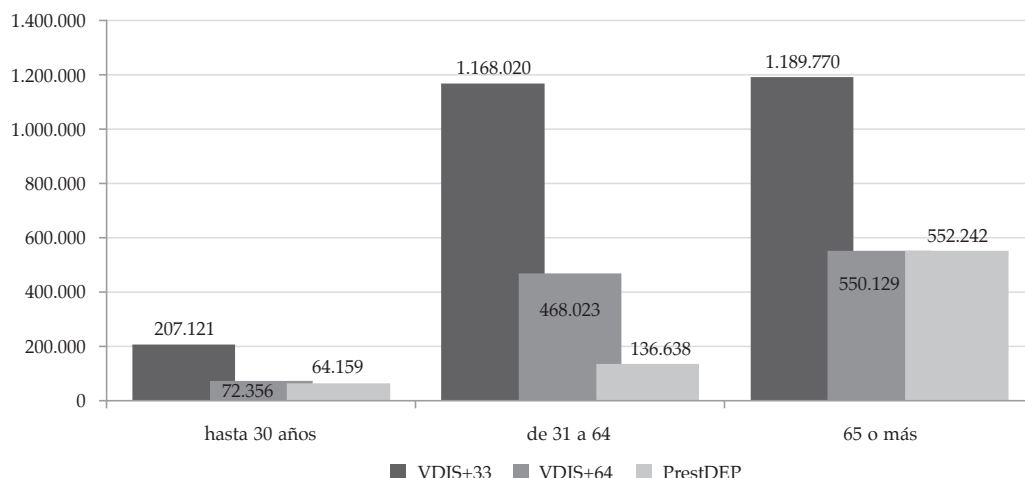
El análisis relativo de los datos de población con prestaciones de dependencia se ha desplegado en una población cuantitativamente similar a la población reconocida con discapacidad severa, en la población joven y en edad de jubilación, pero no así en la población en edad de trabajar, de forma que, tal como se muestra en el siguiente gráfico, la población entre 30 y 65 años prácticamente no ha obtenido prestaciones por dependencia.

Tal como se ha indicado, la aprobación de la LAPAD supuso el reconocimiento de un derecho subjetivo, así como el despliegue de un Sistema de Apoyo (el SAAD) que comprometía a todas las administraciones públicas, en especial a las Comunidades Autónomas.

En términos presupuestarios, la evolución del gasto público de las Comunidades Autónomas en dependencia y discapacidad evidencia un crecimiento acelerado del primero, y un estancamiento del segundo. Tal como se muestra a continuación, entre los años 2004 y 2010 el presupuesto en discapacidad se ha mantenido en torno a los dos mil millones de euros, mientras que el dedicado a dependencia ha crecido de manera espectacular hasta más de cuatro mil millones de euros.



Gráfico 2. Población con reconocimiento oficial de discapacidad (diferentes niveles) y dependencia (que reciben prestación) por grupos de edad. Total personas



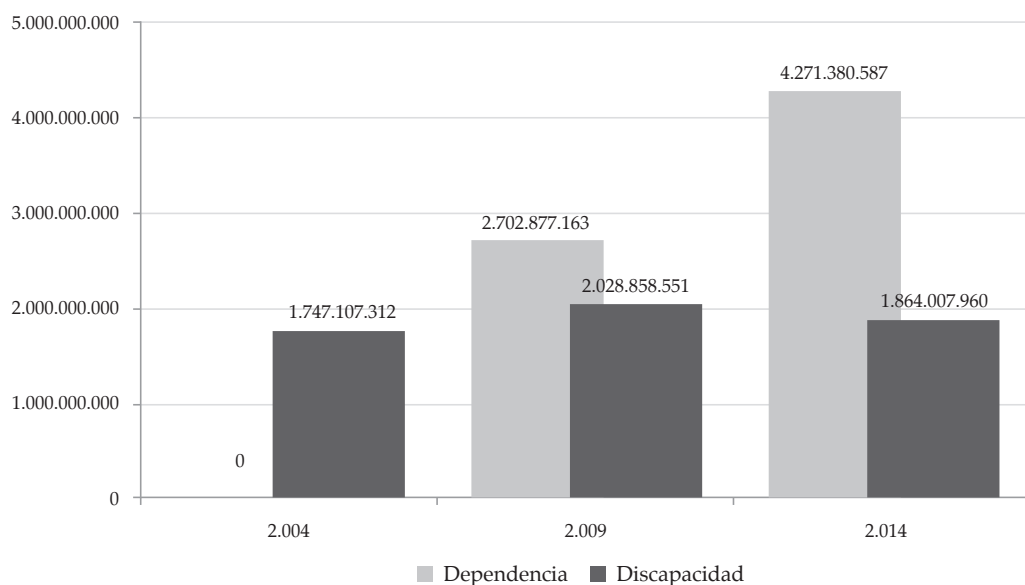
VDIS+33: Personas con reconocimiento oficial de discapacidad de 33% o más.

VDIS+64: Personas con reconocimiento oficial de discapacidad de 64% o más.

PrestDEP: Personas que recibe prestación por dependencia.

Fuente: elaboración propia a partir de BDVD y SAAD. (IMSERSO, 2013).

Gráfico 3. Evolución del gasto público de las CCAA en discapacidad y dependencia. Total euros



Fuente: elaboración propia a partir de RODRÍGUEZ CABRERO (2012) y presupuestos generales de las CCAA (2014).



De forma detallada, las diferencias entre presupuestos dedicados a discapacidad y dependencia por las Comunidades Autónomas, se sitúa en ratios promedio de 2,29 euros dedicados a dependencia por cada euro dedicado a discapacidad, aunque con gran variabilidad según Comunidades Autónomas, tal como se muestra en la siguiente tabla:

Tabla 2. Gasto público dedicado a discapacidad y dependencia por CCAA.
Total euros y ratio

CCAA	DISCAPACIDAD	DEPENDENCIA	RATIO
Andalucía	267.413.452	758.977.147	2,84
Aragón	91.988.030	98.943.798	1,08
Asturias	19.957.207	91.939.206	4,61
Illes Balears	6.956.138	57.621.540	8,28
Canarias	24.717.701	70.230.681	2,84
Cantabria	6.466.176	106.664.855	16,50
Castilla-La Mancha	82.225.130	317.439.207	3,86
Castilla y León	91.988.030	254.317.568	2,76
Cataluña	414.700.388	780.988.661	1,88
Comunidad Valenciana	117.007.120	273.078.826	2,33
Extremadura	44.212.082	99.455.117	2,25
Galicia	120.440.237	215.370.057	1,79
Madrid	273.429.556	602.279.676	2,20
Región de Murcia	42.819.821	104.554.999	2,44
Navarra	61.118.555	49.413.103	0,81
País Vasco	187.844.514	347.188.008	1,85
La Rioja	8.565.844	42.918.138	5,01
TOTAL CCAA	1.864.007.960	4.271.380.587	2,29

Fuente: elaboración propia a partir de presupuestos generales de las CCAA (2014).

3 DISCAPACIDAD, DEPENDENCIA: MEDIDAS PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL

Tal como se ha indicado, la discapacidad es un fenómeno de marcado carácter social, resultado de la desventaja a la hora de participar en igualdad de oportunidades en la comunidad. Siguiendo la CDPD y el ordenamiento jurídico actual, las personas con discapacidad son titulares de los mismos derechos



que el resto de los ciudadanos, por lo que la sociedad debe eliminar cualquier barrera que pueda obstaculizar el acceso a los recursos y servicios educativos, sociales, culturales, sanitarios, así como a los espacios de participación social, política y cultural.

El paradigma social de la discapacidad establece un equilibrio muy sensible entre respeto a la autonomía individual y el uso de recursos comunitarios de manera accesible, es decir, no excluyente. En este sentido, las instituciones (incluyendo en ellas la familia, los recursos públicos y privados de apoyo, los sistemas de protección, etc....) deben tender a organizarse en base criterios de autonomía personal, participación comunitaria, y disponibilidad de vínculos y redes sociales, como elementos clave.

En general, la información disponible actualmente confirma que la población con discapacidad se encuentra extraordinariamente afectada por exclusión social, entendida esta como cuando se evidencian dificultades o barreras en al menos tres ejes: el *económico* (empleo, ingresos, privación), el *político o de la ciudadanía* (derechos políticos, educación, vivienda o salud) y el *de las relaciones sociales* (aislamiento, desestructuración familiar).

Efectivamente, sabemos que las personas con discapacidad disponen de menos oportunidades para la actividad laboral, se ven afectadas con mayor intensidad por el paro y la precariedad, reciben salarios inferiores y en ocasiones se ven obligadas a realizar gastos extraordinarios por motivos injustamente relacionados con la situación de discapacidad. En el ámbito educativo alcanzan inferiores niveles de estudios que el resto de la población. Además, hacen frente a restricciones extraordinarias para participar activamente en la sociedad, mantener vínculos afectivos, y desarrollar una vida normalizada. (OED, 2014).

En este contexto, las administraciones públicas y las organizaciones del tercer sector de la discapacidad, en base un marco normativo cuya evolución se ha explicado, han ido desarrollando muy diversos servicios y recursos de apoyo especializados, de carácter más o menos informal. Resultaría prolijo enumerar aquí una completa tipología, pero cabría destacar algunos de ellos, siguiendo por ejemplo una lógica de ciclo vital: Atención Temprana, Apoyo Educativo (en sus diversas versiones más o menos inclusivas), Inserción Laboral (también con orientaciones más o menos inclusivas), Atención Ocupacional, Ocio, Deporte, Cultura, Turismo, Actividades Recreativas, Información, Orientación jurídica, Vivienda y otras formas de residencia..., entre otras muchas.

Con más o menos éxito, los servicios mencionados y otros han ido evolucionando desde la lógica especial o “rehabilitadora” hacia una lógica inclusiva o “social”, y han sido promocionados con diversa intensidad por administracio-

nes públicas y organizaciones del tercer sector, estas últimas con financiación tanto pública como privada (mediante obras sociales, empresas, recursos propios, iniciativas de captación de fondos, etc.).

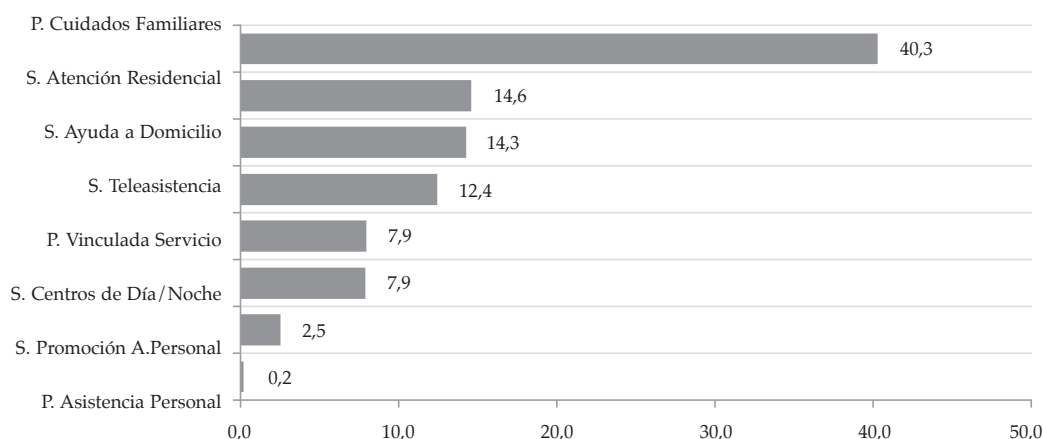
Por su parte, el SAAD ha supuesto la puesta en marcha de una oferta pública estable, determinada y restringida de recursos de apoyo, que se prestan en función del grado de dependencia del usuario. La red de núcleos prestadores de servicio está formada por centros públicos, así como privados concertados debidamente acreditados, teniendo en cuenta de manera especial los correspondientes al tercer sector. El Catálogo de recursos del SAAD comprende 5 tipos de servicio y tres tipos de prestación económica:

- *Servicio de Prevención de las situaciones de dependencia y promoción de la autonomía personal*: destinado a promoción de condiciones de vida saludables, programas específicos de carácter preventivo y de rehabilitación.
- *Servicio de Teleasistencia*: para atender a los beneficiarios mediante el uso de TIC, en respuesta inmediata ante situaciones de emergencia, o de inseguridad, soledad y aislamiento en el domicilio.
- *Servicio de Ayuda a domicilio*: constituido por un conjunto de actuaciones llevadas a cabo en el domicilio de las personas en situación de dependencia, con el fin de atender sus necesidades básicas, ya sean estas personales (aseo, vestido, cuidados) o domésticas (limpieza, cocina).
- *Servicio de Centro de Día y de Noche*: atención integral durante el periodo diurno o nocturno, con el objetivo de mejorar o mantener el mejor nivel posible de autonomía personal y apoyar a las familias o cuidadores.
- *Servicio de Atención Residencial*: atención integral y continuada, puede tener carácter permanente o temporal.
- *Prestación económica vinculada al servicio*: como compensación cuando no sea posible el acceso a un servicio público o concertado.
- *Prestación económica para cuidados en el entorno familiar y apoyo a cuidadores no profesionales*: de carácter excepcional, cuando la persona usuaria es atendida en su entorno familiar.
- *Prestación económica de asistencia personal*: para la contratación de una asistencia personal, durante un número de horas, que facilite al beneficiario el acceso a la educación y al trabajo, así como una vida más autónoma en el ejercicio de las actividades básicas de la vida diaria.



La información disponible sobre de prestaciones del SAAD en 2014, confirma que del catálogo de servicios indicado, la prestación más frecuente es de carácter económico, en concreto la vinculada a cuidados en el entorno familiar, otorgada a 4 de cada 10 personas beneficiarias. Los servicios más frecuentemente concedidos son los de Atención Residencial, Ayuda a Domicilio y Teleasistencia, tal como se detalla a continuación:

Gráfico 4. Distribución de prestaciones del SAAD según tipo. Porcentaje



Fuente: elaboración propia a partir datos del SAAD (IMSERSO, 2014).

4 EL MOVIMIENTO ASOCIATIVO DE LA DISCAPACIDAD

Tal como señala Moreno (2001), el Estado de bienestar de los países del sur de Europa presenta algunos rasgos diferenciales que se conforman a partir de una cultura que se ha dado en conocer como “mediterránea”. En este entorno cultural, la familia supone una unidad especial de prestación de bienestar, que con frecuencia actúa como soporte fundamental de determinadas necesidades no sólo materiales, sino también afectivas.

En un análisis de estrategias de cuidados para niños y ancianos, Bettio y Plantenga (2004) identifican que los países del sur de Europa presentan una alta intensidad en la provisión de cuidados informales en la familia, con un escaso uso del cuidado residencial (que se presta en un espacio específico fuera del hogar del individuo) y comunitario (aquel que se presta en el hogar del individuo).

Precisamente, el movimiento social relacionado con la discapacidad en España es identificable como de base familiar en la mayoría de los casos, surgido



como respuesta a las necesidades no cubiertas de atención y que como consecuencia de ello, ha ido asumiendo responsabilidad directa en la planificación y gestión de programas y servicios de apoyo.

La comprensión del fenómeno de la discapacidad en España desde una óptica de redes y recursos de apoyo y políticas sociales, requiere prestar especial atención al papel que han jugado en este ámbito las familias, y las organizaciones de la sociedad civil que las representan. Si bien las instituciones caritativas jugaron un papel importante en el pasado, conforme los modernos servicios sociales se han ido asentando, desde mediados del siglo XX y especialmente a partir de los años 70, las organizaciones asociativas del sector de la discapacidad han ido adquiriendo un papel protagonista.

Realizar si no una tipología, al menos una descripción de las organizaciones de la sociedad civil que actúan en el sector de la discapacidad en España es una tarea compleja. Las fuentes de información disponibles al respecto provienen de registros administrativos que no siempre son completos o están actualizados. En este sentido, la Agencia Tributaria tiene registrada una cifra superior a las 360.000 asociaciones, de las cuales más de 10.000 son del sector de Acción Social (Montserrat, 2009). De ellas, aproximadamente un tercio corresponden a entidades relacionadas con personas con discapacidad.

Siguiendo a Rodríguez (2012), las organizaciones del sector de la discapacidad conforman un “universo muy atomizado, formado por multitud de pequeñas y medianas entidades”, caracterizadas por una fuerte dependencia financiera de las administraciones públicas, y una oferta de actividades y servicios muy variada, fragmentada y no siempre estable.

Estas organizaciones que Rodríguez Cabrero denomina de “primer nivel”, surgidas entre los años 70 y 90 del siglo pasado y que acumulan por tanto ya una trayectoria de varias décadas, se han ido agrupando a su vez en entidades paraguas o de “segundo nivel”, creadas por tanto en un movimiento “desde abajo hacia arriba”, que en buena medida realizan labores de representación, influencia e intermediación ante administraciones y otros organismos.

El Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad (CERMI) es la plataforma de representación mayoritaria, ya que agrupa a unas 3.000 entidades del sector. Dichas entidades aglutinan su representación principalmente a través de respectivas plataformas (Federaciones y Confederaciones) que abarcan diversos subsectores especialmente por tipo de discapacidad, aunque también por diagnóstico, objeto de intervención, especialización, etc. Dado su carácter genérico y transversal, el CERMI ha conseguido convertirse de hecho en un órgano de interlocución aceptado y reconocido por la mayoría



de entidades, por los organismos e instituciones públicas que ejecutan políticas sociales relacionadas con discapacidad, por los medios de comunicación social y por los foros de representación internacional.

Entre las principales “organizaciones paraguas” de personas con discapacidad, todas ellas representadas en CERMI, encontramos las siguientes:

- Confederación Coordinadora Estatal de Minusválidos Físicos de España (COCEMFE). Es la entidad de referencia para las personas con discapacidad física, incluyendo las discapacidades motorices y orgánicas. Está integrada por más de 1.600 asociaciones, que realizan actividades de empleo, formación, accesibilidad, promoción de la salud, educación, comunicación, investigación y desarrollo. Se constituyó en 1980.
- Confederación Española de Organizaciones en Favor de las Personas con Retraso Mental (hasta este año FEAPS y ahora denominada PLENA INCLUSIÓN), probablemente la entidad más representativa en nuestro país en el sector de las personas con discapacidad intelectual. Creada en 1964, está integrada por más de 800 asociaciones, de ámbito local en su mayoría.
- Confederación Nacional de Sordos de España (CNSE) y Federación Española de Padres y Amigos de los Sordos (FIAPAS), plataformas de asociaciones de apoyo a personas con discapacidades de la audición. Participan en ellas más de 200 asociaciones.
- Organización Nacional de Ciegos de España (ONCE). Es la principal entidad de personas con discapacidades de la visión. Creada en 1938 con el carácter de corporación de derecho público, es al contrario que las anteriores, una entidad única en todo el territorio estatal, con delegaciones provinciales y regionales por todo el país. La ONCE creó en 1988 la FUNDACIÓN ONCE, que promueve actividades de inserción laboral y accesibilidad en beneficio de todos los tipos de discapacidad. Iniciativa de esta Fundación es el Grupo empresarial Fundosa, en el que más del 70% de la plantilla tiene algún tipo de discapacidad.
- Otras entidades de importancia son la Federación Española de Asociaciones de Atención a las Personas con Parálisis Cerebral (ASPACE), la Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y Enfermos Mentales (SALUD MENTAL), la Plataforma Representativa de Discapacitados Físicos (PREDIF), la Federación Española de Instituciones para el Síndrome de Down (DOWN ESPAÑA), y el Consorcio Autismo (formado por la Confederación Autismo España y la Federación Española de Padres de Autistas, FESPAU).



Se podría decir por tanto, que el movimiento asociativo de la discapacidad en España, si bien en la actualidad se encuentra muy articulado, surge y se fortalece principalmente en un contexto (años 60, 70 y 80) en el que domina la perspectiva rehabilitadora (paradigma médico) en la atención a personas con discapacidad; su perfil característico es el de asociaciones de pequeño y medio tamaño que gestionan y proveen servicios, de base familiar, y agrupadas en torno a un mismo criterio diagnóstico.

A excepción de la ONCE, como se ha indicado, el tercer sector de la discapacidad ha sido creado mediante el agrupamiento de entidades locales que han ido encontrando intereses similares, habitualmente bajo un tipo de discapacidad o un diagnóstico médico similar.

Siguiendo a Pérez Bueno (2012), los ingresos del sector público son la principal fuente de financiación de las organizaciones (51,43%), bien a través de donaciones y subvenciones públicas (29,56%), o a través de conciertos, convenios o contratos por la prestación o gestión de servicios públicos (15,79%). La principal vía de financiación de las organizaciones de “primer nivel” o prestadoras de servicios, han sido las administraciones públicas mediante fórmulas de financiación “no competitivas” o “no mercantilizadas”, como el concierto, el convenio de colaboración o la subvención.

5

EL IMPACTO DE LA LAPAD EN EL MOVIMIENTO ASOCIATIVO DE LA DISCAPACIDAD

Hasta aquí se han presentado las características principales de lo que hoy se entiende por discapacidad y dependencia desde una óptica conceptual y legislativa, así como la magnitud de ambos fenómenos en términos demográficos y económicos. Tal como se ha mostrado, “discapacidad” y “dependencia” no son términos sinónimos si se tiene en cuenta su origen, definición legal, o los sistemas de apoyo a los que han dado pie.

Por otra parte, se ha presentado el movimiento asociativo de la discapacidad en España, constituido por miles de organizaciones surgidas a lo largo de las últimas cinco décadas, que realizan actividades de representación, reivindicación y prestación de servicios. Se trata de un entramado asociativo caracterizado por su pequeño tamaño, inestable financiación, pero con fuerte cohesión en plataformas de representación.

Resulta innegable que la aprobación de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación



de Dependencia (LAPAD) ha supuesto un avance en la consideración de los servicios de apoyo para las personas dependientes como un “derecho universal”, así como la movilización de una considerable cantidad de económicos destinados a hacer efectivo ese derecho. El proceso de valoración, homologación y el catálogo de servicios previsto en la Ley ha contribuido además a ordenar los recursos para la dependencia en todo el Estado.

Ahora bien, para las organizaciones que hasta la fecha venían operando en la prestación de apoyos a las personas con discapacidad, la LAPAD ha irrumpido como precipitante de algunos elementos críticos, relacionados con su identidad, organización y financiación, que ha supuesto determinadas rupturas:

1. Ruptura conceptual o ideológica

El tránsito desde una concepción que entendía la discapacidad como un ‘problema’ individual (paradigma médico) a otra que la formula como una cuestión de derechos y de relación entre el entorno y el individuo con una ‘capacidad funcional’ diferente (paradigma social), ha puesto en cuestión el diseño del movimiento asociativo proveniente de los años 70 y 80, organizado en base a criterios fundamentalmente médicos (diagnósticos).

Este cambio de paradigma se ha ido reflejando en sucesivos procesos legislativos, que alcanzan su hito fundamental con la ratificación por parte de España en 2008, de la *Convención de Naciones Unidas sobre los derechos de las personas con discapacidad* (CDPD). Desde la óptica de la Convención, la discapacidad no se puede entender si no es de manera social, en la interacción entre personas con deficiencias y las diversas barreras puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás.

La aprobación de la LAPAD en 2006, supuso un gran avance en términos de reconocimiento de un derecho subjetivo, así como el consecuente despliegue de una serie estable de recursos; pero también supuso una ruptura en el recorrido conceptual y normativo hacia el asentamiento de un “modelo social” de la discapacidad y el espíritu de la CDPD, cuando literalmente se asimila “Dependencia” a una situación casi exclusivamente relacionada con la configuración individual de la persona, no de su entorno, y además de carácter permanente.

En consecuencia, el SAAD ha venido a traducir “dependencia” en una serie de servicios que en su mayoría son propios de la atención gerontológica, confirmando que en su origen fue una Ley pensada para consolidar los servicios que tradicionalmente se han prestado a las personas mayores. Los datos presentados sobre el despliegue del SAAD demuestran que los servicios del catálogo



que más podrían identificarse con una perspectiva inclusiva o “social” de la discapacidad, prácticamente no se prestan.

Desde un punto de vista puramente conceptual, la LAPAD somete a las personas con discapacidad, sus familias y las instituciones que les prestan apoyos, a la enorme contradicción que supone el riesgo real de facilitar el regreso a un planteamiento asistencialista y “rehabilitador” de los recursos y servicios de apoyo, exclusivamente centrados en la autonomía personal dentro del hogar.

La inclusión de las personas con discapacidad no puede alcanzarse de manera completa si no es facilitando su participación en todos los ámbitos de la vida, lo cual incluye la conquista del espacio comunitario, más allá del hogar, el centro de día o la residencia. Sabemos que este cambio social, como cualquier otro, genera resistencias, y la LAPAD puede representar, paradójicamente, un “asidero asistencial” en el que amarrar la discriminación de las personas con discapacidad.

2. Ruptura material o de recursos

Los recursos mediante los que las organizaciones de la discapacidad han desarrollado sus servicios han tenido una fuerte carga discrecional en su concesión, indeterminación en su cuantía, y se han ofrecido en función de los presupuestos disponibles, aún cuando las leyes de servicios sociales de las diferentes comunidades autónomas los proclaman como universales (Jiménez y Huete, 2010).

En contraste con esta situación, las prestaciones y servicios del SAAD han uniformado un catálogo en todo el territorio y su concesión se ha reconocido como un derecho subjetivo para las personas reconocidas en situación de dependencia, por lo que la financiación –al menos sobre el papel– no puede limitarse en función de las disponibilidades presupuestarias.

El despliegue del SAAD ha supuesto una fuerte exigencia de recursos económicos públicos dedicados a atender catálogo de servicios reconocido, lo cual, en virtud de la confusión entre “discapacidad” y “dependencia” ha supuesto finalmente una limitación financiera para los apoyos que se venían prestando con anterioridad, a la población con discapacidad.

En consecuencia, y tal como se ha mostrado, los presupuestos que las Comunidades Autónomas han dedicado a discapacidad y dependencia presentan una fuerte desproporción. Por un lado, los fondos dedicados a discapacidad se han mantenido estables, o incluso ligeramente a la baja en los últimos 10 años, mientras que los dedicados a dependencia han crecido enormemente.



Obviamente, el contexto económico en el período 2004-2014 no ha sido estable, lo cual podría explicar en buena parte esta evolución presupuestaria, fundamentalmente en el lado de la discapacidad, mientras que en el lado de la dependencia el crecimiento se explica por la configuración del propio sistema, y su calendario de despliegue.

El resultado, en cualquier caso, muestra que la irrupción del SAAD ha significado una oportunidad de recursos económicos hacia los que las organizaciones de la discapacidad han acudido a él como vía de financiación. Pero este esfuerzo por conseguir gestionar recursos de “dependencia”, ha implicado asumir cambios en los objetivos de las propias organizaciones, que han llevado a adaptar sus servicios y formas de actuación al catálogo “financiable” contemplado en el SAAD, que como se ha indicado, es muy restringido.

3. Ruptura burocrática o de gestión

En línea con el origen “gerontológico” del catálogo de servicios, el SAAD prevé una lógica de contratación de servicios propia del mundo empresarial, de forma que las organizaciones de la discapacidad que optan a gestionar los servicios, deben asumir exigentes procesos de homologación administrativa y concurrencia competitiva, para las que no siempre están preparadas.

De nuevo la LAPAD ha funcionado aquí como un elemento “precipitante” en el sector de la discapacidad, de una tendencia generalizada hacia la mercantilización y privatización de servicios públicos, que sin entrar en valoraciones sobre su pertinencia, ha dejado “fuera de juego” a muchas organizaciones que se caracterizan, como hemos visto, por su pequeño tamaño, localismo y escasez de estructura administrativa y financiera capaz de soportar la carga burocrática que supone la contratación pública.

Contrariamente a lo que podría deducirse, las condiciones estructurales y burocráticas que el SAAD exige para la concertación de servicios no supone una desventaja de las organizaciones del tercer sector frente a las empresas mercantiles, pero sí profundizan la brecha entre organizaciones del tercer sector “pequeñas” que no pueden optar a gestionar recursos del SAAD (que son mayoría), y otras con más estructura, que sí han podido hacerlo.

La extensión del SAAD como forma de financiación de las organizaciones de la discapacidad supone en último término un doble riesgo de pérdida de diversidad: por una parte, la relacionada con la restricción del catálogo de servicios de apoyo únicamente a aquellos que son financiables, y por otra, el debilitamiento o desaparición de las organizaciones locales, o de menor tamaño.



En el plano ideológico, ha situado a las organizaciones del tercer sector de la discapacidad en una complicada disyuntiva: optar por el “calor” de los fondos públicos renunciando a la “innovación” que supone el modelo social de la discapacidad, o continuar apostando por la realización de actividades de apoyo decididamente inclusivas, más allá del catálogo de servicios del SAAD, con una cada vez más precaria financiación.

6 BIBLIOGRAFÍA

- ABELLÁN A.; ESPARZA C.; CASTEJÓN P. y PÉREZ, J. (2012): Epidemiología de la discapacidad y la dependencia de la vejez en España. *Gaceta Sanitaria*, 26 (3), 293.
- BETTIO F. y PLANTENGA, J. (2004): Comparing Care Regimes in Europe. *Feminist Economics*, 10 (1), 85-113.
- CABRA DE LUNA, M.Á. (2006): “Dimensión y alcance de las políticas públicas sobre discapacidad en España: el reparto de papeles entre el Estado y las CCAA”. *Revista del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales*, 65, 61-75
- CERMI (2014): Propuesta de asimilación legal de la valoración de las situaciones de dependencia con la calificación mínima del grado de discapacidad. En línea: <http://goo.gl/0TA6l1> (Consultado el 3 de diciembre de 2015).
- COBO, P. (2010): La aportación del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia a la inclusión y al bienestar social. En Pérez, L. C.: *Discapacidad, Tercer Sector e Inclusión Social*. Madrid: Cinca.
- JIMÉNEZ, A. (2007): “Conceptos y tipologías de la discapacidad. Documentos y normativas de clasificación más relevantes”. En: De Lorenzo, R. y Pérez, L. C. (dirs.) (2007): *Tratado sobre Discapacidad*. Pamplona: Aranzadi.
- JIMÉNEZ, A. y HUETE, A. (2010): Políticas públicas sobre discapacidad en España. Hacia una perspectiva basada en los derechos. *Política y Sociedad*, 1 (47), 137-152.
- MONTSERRAT, J. (Coord.) (2009): *La transparencia y la rendición de cuentas en el Tercer Sector*. Madrid: Fundación Luis Vives.
- MORENO, L. (2001): La “vía media” española del modelo de bienestar mediterráneo. *Papers* 63/64, 67-82.
- OED (2014): Informe Olivenza 2014, sobre la discapacidad en España. En línea: www.observatoriodeladiscapacidad.info (Consultado el 28 de noviembre de 2015).



- ONU (2006): Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Asamblea General. 76ª sesión plenaria. Nueva York.
- PALACIOS, A. (2008): El modelo social de discapacidad: orígenes, caracterización y plasmación en la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Madrid: Cinca.
- PALACIOS, A. (2010): "La Ley 39/2006 a la luz del modelo social y de la Convención Internacional sobre los derechos de las personas con discapacidad", en Barranco, M. C. (coord.), Situaciones de Dependencia, discapacidad y Derechos. Una mirada a la Ley 39/2006 de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en situación de Dependencia desde la Convención Internacional de los Derechos de las Personas con Discapacidad, Madrid: Dikynson.
- PÉREZ, L.C. (2012): Materiales para una futura Ley General del Tercer Sector en España. En: Pérez, L. C.: Sociedad civil, inclusión social y sector fundacional en España. Madrid: Cinca.
- RODRÍGUEZ, G. (Dir.) (2012): El sector de la discapacidad: realidad, necesidades y retos futuros. Madrid: Cinca.
- TUDELA, J. (2010): La inclusión en la comunidad en la Ley 39/2006. En Pérez, L. C.: Discapacidad, Tercer Sector e Inclusión Social. Madrid: Cinca.



Envejecimiento, dependencia y hábitat de residencia. Un análisis de la provisión de cuidado formal e informal a los mayores en los entornos rurales de Castilla y León

Ángel Martín Gómez

Sociólogo en Zies Investigación y Consultoría. amartin@zies.es

Jesús Rivera Navarro

Profesor Titular de Sociología. Universidad de Salamanca. jrivera@usal.es

Israel Gómez Rodilla

Sociólogo en Zies Investigación y Consultoría. igomez@zies.es

Fecha de recepción: 17/12/2015

Fecha de aceptación: 30/12/2015

Sumario

1. Introducción.
2. La implementación de la LAPAD en la Comunidad Autónoma de Castilla y León.
3. Demandas manifestadas en la provisión de cuidados a los mayores en los entornos rurales de Castilla y León.
4. Propuestas de mejora para la provisión de cuidados a los mayores dependientes en el medio rural de Castilla y León.
5. Bibliografía.

RESUMEN

Castilla y León es puesta como modelo en la implementación de la LAPAD (Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia). Diferentes fuentes institucionales destacan el cumplimiento de plazos, la inversión económica destinada o la celeridad en tramitaciones de dictámenes y solicitudes. Sin embargo, no es habitual que se realicen estudios sobre si los recursos puestos a disposición de las personas en situación de dependencia se ajustan a sus necesidades. A su vez, las investigaciones se centran en menor medida en la situación específica de los mayores residentes en el medio rural. A continuación nos proponemos un doble objetivo. En primer lugar, corroborar si la puesta en marcha de la LAPAD en Castilla y León se puede catalogar de modélica y, en segundo lugar, analizar la adecuación de los recursos destinados a la provisión de cuidados de los mayores en el medio rural responde a las necesidades efectivas.

Palabras clave:

Castilla y León, dependencia, provisión cuidados, mayores, medio rural.

**ABSTRACT**

Castilla y León is considered as a model in the implementation of the Dependency Law. Many public institutions under line the timetable for implementation, the financial investment or the fast work of legal opinions tramitations and requests. Nevertheless, it is unusual to find studies relating to the adjustment between the public resources for the dependency needs and the actual needs of the dependent adults. At the same time, the studies are less focused on the specific situation of older rural residents. This paper has a two-fold objective. Firstly, to confirm if the implementation of the Dependency Law in Castilla y León can be categorized as exemplary. Secondly, to analyze the adequacy of resourcee are marked for the care for the elderly in rural areas.

Key words:

Castilla y León, dependency, elderly care provision, rural area.

1

INTRODUCCIÓN

Convenimos con el Consejo Económico y Social (CES) de Castilla y León (CES, 2010) que los principales rasgos socio-demográficos que caracterizan la Comunidad Autónoma de Castilla y León son: su extensión territorial, el elevado número de municipios, la dispersión geográfica, amplias zonas con baja densidad poblacional y una población envejecida con una alta esperanza de vida.

La traducción, de la caracterización efectuada, a datos concretos nos permite constatar que, según el Padrón de 2014, el 25,91% de los castellanos y leoneses residen en municipios con una población inferior a los 2.000 habitantes. De hecho, siguiendo los resultados del Padrón mencionado, el 94,31% de los municipios de la región tienen menos de 2.000 habitantes. A su vez, el informe elaborado por el CES de Castilla y León (2010) muestra que 1.742 municipios tienen una densidad de población inferior a 15 habitantes por kilómetro². A mayor abundamiento, el 16% de los castellanos y leoneses reside en zonas con una densidad de población menor al umbral considerado como despoblación (CES, 2010)

En lo referente al envejecimiento, Gómez, Peláez y González (2011) afirman que dicho proceso, acaecido en la región castellano y leonesa, se refleja en un continuado aumento de la edad media de sus habitantes y en los cambios en el peso relativo de los grupos de edad. Así, siguiendo los datos del Padrón, en los dos últimos lustros (2005-2014) los efectivos de ancianos superan a los de los jóvenes. De hecho, mientras los menores de 16 años apenas aumentan en 10.646 efectivos, el grupo de los mayores de 65 años se han incrementado en 25.722. Asimismo, la Comunidad de Castilla y León ha alcanzado relevantes niveles de sobre-envejecimiento. De esta forma, las cifras muestran que el número de personas que superan los 80 años ha sufrido un incremento de 52.454 efectivos en el periodo anteriormente establecido.

Las características de la región, expuestas hasta el momento, condicionan por tanto, el desarrollo de los servicios sociales y prestaciones dirigidas a la provisión de cuidados para la población en general, y para los mayores dependientes residentes en el medio rural⁽¹⁾ en particular. De esta forma, los rasgos socio-demográficos se erigen en una variable a tener presente cuando estudiamos el

(1) Utilizaremos el criterio de situar la “frontera” entre lo rural y lo urbano en 10.000 habitantes siguiendo el estudio coordinado por Camarero (2009).



impacto de la puesta en marcha de medidas destinadas a la atención provista a la población dependiente (CES, 2010). Además, como señalan Lorenzo, Maseda y Millán (2008), el hábitat de residencia influye también sobre las necesidades percibidas por los mayores dependientes y sus cuidadores informales.

Además de la evolución en la pirámide demográfica, en las últimas décadas se ha producido un cambio en los modelos y las relaciones familiares. De esta forma, tal y como señala Gaiteiro (2012), hasta fechas recientes cuando los padres envejecían en el medio rural tenían el soporte cercano de los hijos, y de manera especial de las hijas, que se hacían cargo de sus cuidados. Sin embargo, los procesos migratorios del campo a la ciudad, y la progresiva incorporación de la mujer al mercado laboral, ponen en entredicho el modelo tradicional de cuidado al mayor en el medio rural. Si bien es cierto que la mujer sigue jugando un papel central, es necesario apuntar que tiene serias dificultades para compatibilizar esa responsabilidad con su actividad laboral fuera del hogar. A priori, se podría pensar que el número de gente mayor que vive en pareja asegura el número de cuidadores potenciales, sin embargo, como establece Comas (2005), estos cuidadores, probablemente, tengan edades muy avanzadas y, como consecuencia, es muy posible que su estado de salud limite su capacidad de ofrecer ayuda intensiva, sobre todo en actividades que requieren fuerza física como, por ejemplo, levantar a una persona de la cama.

Por consiguiente, la atención a los mayores dependientes en las zonas rurales españolas está condicionada por el hecho de que el modelo de bienestar⁽²⁾ español prima la familia y, por ende, los cuidados informales como recurso principal para hacer frente a las necesidades socio-sanitarias de la población. Pero el envejecimiento característico de las zonas rurales, y los procesos migratorios de la generación soporte, suponen serias dificultades a la hora de proveer este tipo de cuidado a través de la familia.

A partir de los argumentos esgrimidos, consideramos que la atención a los mayores dependientes del medio rural tiene una serie de diferencias respecto a los del medio urbano y, por tanto, unas características propias que se quieren poner de relieve en este artículo. Así, el objetivo que nos planteamos es analizar la utilización que los mayores dependientes, que residen en las zonas rurales de Castilla y León, realizan de los sistemas de atención formal e informal. Pues, tal y como afirma Rogero (2010), la provisión de cuidado formal e informal en entornos no urbanos es una cuestión relativamente inexplorada.

(2) Es necesario tener presente que el estado de bienestar español ha sido denominado de tipo mediterráneo (Moreno, 2001) a partir de la clasificación realizada por Esping-Andersen (1990). Ferrera (1995) considera que las principales características de este modelo son el carácter elemental de los programas desarrollados, la influencia de la doctrina católica en la modelación de dichos programas y el rol relevante desempeñado por la familia tradicional.



Nuestros esfuerzos se dirigirán en dos direcciones. Por una parte, estudiaremos la implementación de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia (LAPAD) en Castilla y León a partir de las estadísticas y datos publicados por las bases de datos institucionales, y, a continuación, identificaremos las demandas manifestadas por los principales actores que componen el sector de la atención a las personas mayores en situación de dependencia en el medio rural de Castilla y León. La identificación de dichas demandas las abordaremos a través de la utilización de metodología cualitativa, en concreto, hemos realizado ocho entrevistas cualitativas en profundidad. Los perfiles que se escogieron fueron los siguientes: E1, representante de una organización empresarial del sector de atención a la dependencia; E2, técnico de la administración vinculado con la atención a personas dependientes; E3, representante de una asociación de personas mayores del medio rural; E4, representante de una asociación de mujeres rurales; E5, representante de una organización de desarrollo rural; E6, técnico de un Centro de Acción Social perteneciente a una entidad local; E7, responsable de un grupo de acción local; E8, representante de fundación dedicada a la protección de los mayores en el medio rural.

2 LA IMPLEMENTACIÓN DE LA LAPAD EN LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE CASTILLA Y LEÓN

Esparza (2011), a partir de la Encuesta de Discapacidad, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia (EDAD 2008), estima que la LAPAD debe prestar servicio en Castilla y León a un conjunto de 132.529 personas, de los cuales el 64,2% son mujeres y 35,8% varones. La mayor parte de las personas atendidas se concentra en el grupo de los mayores de 65 años. De esta forma, aquellos en situación de dependencia ascienden a 97.388, el 73,5% de la población dependiente en la región, constituyendo el grupo formado por las personas entre 16 y 64 años el segundo colectivo, con un 22,7%. En último lugar se sitúan los menores de 15 años, el 3,9% de los casos.

Esparza (2011) también indica que la mayoría de los mayores en situación de dependencia en Castilla y León residen en los municipios rurales, en concreto 54.440, o sea, el 55,9% de este colectivo vive en poblaciones inferiores a los 10.000 habitantes, mientras que el 44,1% restante tiene su residencia en municipios de más de 10.000 habitantes. Por tanto, la dependencia en Castilla y León es un fenómeno con mayor porcentaje de casos en el medio rural que en el urbano., situación que no es común en el resto de comunidades autónomas.



Tal y como establece la Orden FAM/644/2012, de 30 de julio, las prestaciones básicas disponibles para los mayores dependientes en Castilla y León se dividen en dos categorías: de servicios y económicas. La primera incluye prestaciones de prevención, tele-asistencia, ayuda a domicilio, centro de día/noche, atención residencial y promoción de la autonomía personal. Por su parte, la segunda comprende las de acceso a los servicios a través de la prestación económica vinculada, de asistencia personal y para cuidados en el entorno familiar.

Una vez establecida la situación de partida, centraremos nuestra atención en el instrumento diseñado para la aplicación de la LAPAD: el Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD). El informe del CES (2010) considera que para dar solución a la problemática específica de Castilla y León, la Comunidad posee uno de los modelos más descentralizados en la gestión del SAAD. El modelo favorece la adquisición de protagonismo de las entidades locales y Diputaciones Provinciales en la valoración de las situaciones de dependencia, y en la organización y gestión de la provisión de los servicios a prestar. En este sentido, los Centros de Acción Social (CEAS) de Ayuntamientos y Diputaciones se han erigido en estructuras organizativas de primer nivel al convertirse en la puerta de entrada del sistema de servicios sociales (CES, 2010).

Lo primero que debemos tener en cuenta en relación al SAAD es su financiación, a tal efecto, seguiremos los datos aportados por la Asociación Estatal de Directores y Gerentes en Servicios Sociales (2015). En el año 2014, el coste global estimado del SAAD en Castilla y León ascendió a 499.428.544,14 €; su distribución neta fue la siguiente: el 64% correspondió a la Comunidad Autónoma, el 18% a la Administración General del Estado y el 18% restante se debe al copago de los usuarios. Asimismo, el gasto público del SAAD alcanzó las siguientes cifras en 2014: 317.439.207 € la Comunidad Autónoma y 89.678.069 € la Administración General del Estado. El gasto público por habitante se ha ido incrementando entre los años 2009 y 2012 para, desde entonces, sufrir un retroceso. En cualquier caso, el gasto público por habitante ha sido siempre más alto en Castilla y León que la media del conjunto del Estado (tabla 1).

Según el SAAD, en octubre de 2015 había activas en España 1.602.357 solicitudes de ayuda a la dependencia. Aproximadamente, cuatro de cada diez provenían de Andalucía y Cataluña (el 40,82% del total). Castilla y León se sitúa en una posición intermedia con un total de 111.632 solicitudes activas.

La estadística mensual del SAAD de octubre de 2015 muestra que el 93,61% de las personas, que presentaron solicitudes en el conjunto del territorio español, habían sido dictaminadas. En el caso de Castilla y León, el número de dictámenes asciende a 108.059 (el 96,80%). Por su parte, el número de personas beneficiarias con derecho a prestación en España era de 1.178.483 y de 84.889 en la región castellano y leonesa.



Tabla 1. Gasto público anual promedio por habitante Castilla y León y España: 2009-2014

	2009	2010	2011	2012	2013	2014 ³
Castilla y León	82,27 €	117,21 €	144,97 €	148,00 €	140,12 €	138,71 €
España	67,80 €	98,69 €	113,59 €	108,51 €	104,10 €	104,49 €

Fuente: Asociación Estatal de Directores y Gerentes en Servicios Sociales (2015).

Las estadísticas de dependencia de los Servicios Sociales de la Junta de Castilla y León indican que, en el periodo comprendido entre 2008 y 2014, la presentación de las solicitudes en la región ha ido incrementándose anualmente de acuerdo con la implementación de las diferentes fases establecidas en la LAPAD. Así, se ha pasado de las 42.859 solicitudes presentadas en 2008 a las 189.553 presentadas en 2014. León y Valladolid han sido las provincias que han tramitado un mayor número de solicitudes, 36.915 y 31.067, mientras que, en el caso contrario, encontramos las provincias de Soria (8.100) y Palencia (15.280). A su vez, el mayor número de dictámenes efectuados a octubre de 2015, según la estadística mensual del SAAD, tanto en España como en Castilla y León, se corresponden con el Grado II, 447.352 en España y 29.212 en Castilla y León. Los dictámenes del Grado I tienen una tramitación menor, concretamente 382.372 (España) y 26.707 (Castilla y León). Los del Grado III se sitúan en una posición intermedia, 348.759 a nivel nacional y 28.964 en Castilla y León.

El recuento del número total de personas beneficiarias de prestaciones, en España, se sitúa en octubre de 2015 en 779.373, es decir el 48,64% del total de dictámenes efectuados; este porcentaje es superior en Castilla y León (63,94%). Así, Castilla y León es la cuarta comunidad con más personas beneficiadas por la LAPAD (71.382) por detrás de Andalucía (179.413), Cataluña (127.319) y Madrid (97.790).

El mayor porcentaje de las prestaciones reconocidas, según la estadística del SAAD a octubre de 2015, tanto a nivel nacional (36,51%) como en la Comunidad objeto de estudio (23,86%), son las de tipo económico para cuidados en el entorno familiar. En Castilla y León, los porcentajes de las prestaciones concedidas siguen el siguiente orden: 22,04% son ayudas económicas que tienen como finalidad el acceso a los servicios a través de una prestación económica vinculada, mientras que un 19,31% se relacionan con servicios de ayuda a domicilio, en menor medida nos encontramos con un 11,01% de ayudas destinadas a la pre-

(3) Dato a mes de julio.

vencción y promoción de autonomía personal, un 8,91% a centros de día/noche, un 8,01% a centros residenciales, y un 6,65% a tele-asistencia.

El análisis del periodo 2008-2014 (tabla 2) nos muestra que el mayor número de prestaciones era para la atención en centro residencial. Sin embargo, ya en el año 2009, las prestaciones que tenían un mayor número de reconocimientos eran para los cuidados en el entorno familiar seguidas de ayudas económicas que tienen como finalidad el acceso a los servicios a través de una prestación económica vinculada. Dos años más tarde, en 2011, las prestaciones para la ayuda a domicilio también superaban a las destinadas a la atención residencial.

Tabla 2. Tipos de Prestaciones reconocidas en Castilla y León: 2008-2014

	31/12/2008	31/12/2009	31/12/2010	31/12/2011	31/12/2012	31/12/2013	31/12/2014
Centro Residencial	6.090	7.285	8.722	8.738	8.709	8.290	7.492
Centro de Día	395	2.265	3.324	5.942	7.046	6.690	6.173
Ayuda a Domicilio	585	2.620	5.068	8.906	9.291	10.102	10.648
Tele-asistencia	20	731	1.569	4.177	4.169	4.229	3.860
Prestación vinculada a servicio	3.251	8.943	11.393	14.675	15.292	16.921	19.159
Prevención y promoción autonomía personal	0	1.780	2.325	6.179	7.799	8.150	8.052
Cuidados entorno familiar	3.807	15.951	21.846	25.311	25.739	23.712	21.893
Asistente Personal	19	34	41	36	36	55	155
Total	14.167	39.609	54.288	73.964	78.081	78.149	77.432

Fuente: Estadísticas dependencia, Servicio Sociales, Junta de Castilla y León.

El análisis de los servicios que utilizaban los usuarios nos indica que, a finales del año 2012 y según los datos aportados por la estadística mensual del SAAD, el mayor número de los usuarios mayores de 65 años de los servicios sociales en Castilla y León utilizaban la atención residencial (59.186), seguido de la ayuda a domicilio (34.179). Por el contrario, el centro día era el servicio que concitaba menor número de usuarios (4.733).

Al concluir 2014, tal y como reflejan las estadísticas de dependencia de los Servicios Sociales de la Junta de Castilla y León, las prestaciones según el sexo del usuario muestran que el mayor número de beneficiarios con prestación concedida eran mujeres, 40.727 frente a 21.320 hombres; este dato tiene relación



con el hecho, ya expuesto, de que la mayoría de las personas en situación de dependencia también son mujeres.

El análisis del hábitat de residencia de los beneficiarios de las prestaciones (tabla 3) señala que, en los estertores de 2014, el mayor porcentaje de los mismos se sitúa en el ámbito rural, el 54,79%. De igual forma, si centramos nuestra atención en los beneficiarios en función del grado de dependencia, constatamos que, en los tres grados, el mayor porcentaje de las prestaciones concedidas corresponde a personas que residen en el medio rural. De igual forma, es necesario tener presente que el mayor porcentaje de personas en situación de dependencia en Castilla y León reside en el medio rural (55,9%).

Tabla 3. Beneficiarios con prestaciones concedidas por grado y hábitat residencial en Castilla León: 2014

	Total beneficiarios a 31-12-2014	Distribución por hábitat residencial			
		Urbano		Rural	
		Nº	% sobre total	Nº	% sobre total
Grado III	28.538	13.039	45,69%	15.499	54,31%
Grado II	27.588	12.436	45,08%	15.152	54,92%
Grado I	5.921	2.575	43,49%	3.346	56,51%
Total	62.047	28.050	45,21%	33.997	54,79%

Fuente: Estadísticas dependencia, Servicio Sociales, Junta de Castilla y León.

En el caso concreto del medio rural, ámbito de estudio del artículo, autores como Martínez y Díaz (2009) apuntan que los servicios más adecuados para los mayores dependientes son los de proximidad, de carácter descentralizado y que se acercan al entorno cotidiano de la persona, ya que allí es donde realmente surgen las distintas necesidades. En este sentido, consideramos que Castilla y León posee una red pública de centros de día y residencias con presencia insuficiente en los municipios rurales (tabla 4). Así, comprobamos que en un territorio caracterizado por la dispersión de sus municipios y población, hay un total de 23 centros de día de gestión pública autonómica en los núcleos de población inferiores a los 10.000 habitantes. Además, la mayoría de los mismos se sitúan en las poblaciones rurales con mayor número de residentes de la región como son Arévalo (8.165), Toro (9.305), Aguilar de Campoo (7.088), Cuéllar (8.303) o Tudela de Duero (8.717). A su vez, es destacable el hecho de que en las provincias de Burgos y Salamanca, la Junta de Castilla y León no preste este servicio



de ayuda a las personas en situación de dependencia. Por lo que respecta a la atención residencial, la Comunidad tan solo tiene tres residencias públicas en el medio rural, situadas en las provincias de Burgos, León y Soria.

Tabla 4. Número de centros de día y residencias para mayores gestionados por la Junta de Castilla y León según hábitat

		Ávila	Burgos	León	Palencia	Salamanca	Segovia	Soria	Valladolid	Zamora	Total
Centro de día	Urbano	3	5	2	3	3	3	3	1	2	25
	Rural	5	0	4	4	0	4	2	2	2	23
Residencias	Urbano	1	4	3	1	1	2	1	2	2	17
	Rural	0	1	1	0	0	0	1	0	0	3

Fuente: Servicio Sociales, Junta de Castilla y León.

3 DEMANDAS MANIFESTADAS EN LA PROVISIÓN DE CUIDADOS A LOS MAYORES EN LOS ENTORNOS RURALES DE CASTILLA Y LEÓN

Hasta el momento, nuestros esfuerzos se han centrado en cuantificar las prestaciones puestas a disposición de las personas en situación de dependencia en Castilla y León para comprobar el nivel de ejecución de la LAPAD. Sin embargo, consideramos pertinente avanzar en la investigación y examinar si las medidas se adecúan a las necesidades de las personas mayores en situación de dependencia que residen en los núcleos rurales de la región. Para lo cual, recurrimos al análisis del trabajo de campo cualitativo efectuado.

En primer lugar, abordamos la cuestión relacionada con la presencia de residencias y centros de día en los entornos rurales. Así, es probable que el elevado coste que, para la administración pública, tienen estas instalaciones repercute en su implantación. Además, en un contexto general de rentabilidad y competencia, suelen ubicarse en áreas más pobladas. A partir del análisis de las entrevistas realizadas deducimos el motivo de su escasa presencia en el medio rural de Castilla y León:

“En el medio rural es más complicado que existan centros residenciales... En un pueblo sería muy difícil de mantener una residencia para 20 personas, bien sea pública o privada ... Públicamente son muy difíciles de asumir porque son muy caros, y la iniciativa privada no se los plantea porque tienen poco público objetivo...” (E1, representante de una organización empresarial del sector de atención a la dependencia).

“Es una situación complicada, hay muchísima dispersión geográfica, hay muy poca población, la población que hay es toda mayor y los recursos son los que son...” (E8, representante de fundación dedicada a la protección de los mayores en el medio rural).

Aun así, en los municipios inferiores a los 10.000 habitantes, buena parte de las residencias y centros de día son gestionados por entidades privadas. De esta manera, las personas mayores de las áreas rurales, que suelen disponer de bajos ingresos, apenas pueden acceder a estos servicios. La situación conduce a que las prestaciones de servicios más extendidas en el medio rural de la región sea la ayuda a domicilio y el sistema de tele-asistencia:

“En el centro residencial es donde más dificultades hay de plaza... La red pública no siempre llega y la red privada no siempre está” (E2, técnico de la Administración vinculado con la atención a personas dependientes).

A pesar de la extensión de la tele-asistencia y la ayuda a domicilio en el ámbito rural, en el trabajo de campo cualitativo se alude que estos servicios son insuficientes para atender las necesidades de los mayores dependientes:

“La tele-asistencia está muy extendida en el medio rural, está muy bien, pero hay gente que necesita más, se necesitan más servicios especializados... La ayuda a domicilio es muy escasa y a muchos sitios no llega...” (E4, representante de una asociación de mujeres rurales).

“El servicio de ayuda a domicilio funciona bastante mal y está muy limitado” (E3, representante de una asociación de personas mayores del medio rural).

Asimismo, una de las necesidades detectadas en el trabajo de campo cualitativo consiste en optimizar la puesta en marcha de sistemas alternativos de alojamiento, apenas desarrollados en la región:

“En las políticas deberían primar proyectos que se lleven a cabo en el medio rural. No tienen por qué hacerlo todo a nivel de la zona urbana, es decir, no pueden exigir que en un pueblo de 300 habitantes se abra una macro residencia, tendrá que ser una casa adaptada a las condiciones de vida de la población del medio rural... A lo mejor una casa con 6 ó 7 personas sería suficiente” (E5, representante de una organización de desarrollo rural).

A lo apuntado, hay que sumar el hecho de que los servicios sociales en el medio rural son más caros que en el medio urbano. Esto es debido a la escasa rentabilidad de los mismos por la dispersión geográfica, las dificultades de acceso y el menor número de personas, en comparación con aquellos territorios más poblados, que realmente llegan a utilizar estos servicios:

“De todos modos, los servicios sociales en el medio rural son bastante más caros que en el medio urbano, incluso ahora con la Ley de Dependencia ... supone un problema, porque además de tener pensiones más bajas tienen que pagar más por los mismos servicios.”



El problema es cómo se desplazan, lo tienen que pagar ellos de su bolsillo... El tema del desplazamiento siempre ha sido un problema..." (E5, representante de una organización de desarrollo rural).

Así, las características del hábitat rural conllevan un problema de accesibilidad a los recursos. Además, es necesario tener presente que el aislamiento al que están sometidos los mayores del medio rural origina, en muchas ocasiones, una desinformación en torno a los servicios sociales disponibles. Esta situación impide el conocimiento de las medidas de apoyo y los recursos de ayuda que establece la Ley de Dependencia.

La inexistencia, inadecuación o desconocimiento de los recursos en los municipios más pequeños conduce a que el peso de la atención que precisan los mayores dependientes recaiga sobre los cuidadores informales:

"La única salida en el medio rural son las relaciones informales: vecinos, amigos, familiares... Son redes sociales que siempre han existido en el medio rural..." (E5, representante de una organización de desarrollo rural).

En ocasiones, cuando se produce la situación señalada, se recurre a la prestación económica de cuidados en el entorno familiar que contempla la LAPAD como una compensación al esfuerzo del cuidador informal y siempre como una excepción. Sin embargo, hay que tener presente, en primer lugar, que dicha prestación no compensa los numerosos riesgos que conlleva la provisión de cuidados, nos referimos a situaciones como el estrés, cansancio o ansiedad. De hecho, uno de los riesgos más frecuentes del cuidador informal es el denominado síndrome del cuidador:

"Es muy importante apoyar a los familiares que se encargan de los mayores dependientes, que a veces se ven privados de vida laboral, social y familiar... Muchas veces nos dicen "es que yo no puedo salir un fin de semana con mi marido por ahí", porque son las hijas o las nueras, normalmente son mujeres las cuidadoras..." (E6, técnico de un Centro de Acción Social perteneciente a una entidad local).

"En el entorno familiar los cuidadores son mujeres, y además mayores de 65 años... No se crea ningún puesto de trabajo y lo que está haciendo es acelerar la dependencia de esas cuidadoras que pueden tener lesiones, desgastes psicológicos, etc." (E1, representante de una organización empresarial del sector de atención a la dependencia).

Además, los bajos ratios económicos determinados por la LAPAD dificultan la calidad de los servicios prestados:

"Si pagas poco no se puede esperar que el servicio sea grande" (E2, técnico de la Administración vinculado con la atención a personas dependientes).

"La calidad de vida de las personas mayores depende mucho del tratamiento que apliques, cuando la terapia se aplica por gente que no tiene conocimientos profesionales, pues los resultados son los que son..." (E1, representante de una organización empresarial del sector de atención a la dependencia).

Por otra parte, los cambios socio-demográficos del medio rural, ya mencionados al inicio del artículo, afectan la disponibilidad para la provisión de cuidados informales:

“Antes la familia cercana era la que les atendía, pero ahora cada vez más se quedan en los municipios, normalmente sin atención de la familia...” (E6, técnico de un Centro de Acción Social perteneciente a una entidad local).

“Hay muchas personas mayores que están solas porque los hijos viven en las capitales, a mucha distancia de ellos...” (E8, representante de una fundación dedicada a la protección de los mayores del medio rural).

Por tanto, es importante apoyar a los cuidadores informales en tres niveles diferentes: psicológico, socio-sanitario y formativo. El fin debe ser aliviar la carga de las actividades que realizan y mejorar a su vez, la calidad de vida de las personas cuidadas. Esta situación se hace más necesaria en el caso de las zonas rurales caracterizadas por la baja densidad demográfica que agudiza sentimientos de soledad e incomunicación:

“También es fundamental ofertar formación para cuidadores, no sólo para que sepan cómo cuidar físicamente al anciano, sino también prepararles para que sepan cómo afrontar mentalmente esa situación y apoyarles” (E6, técnico de un Centro de Acción Social perteneciente a una entidad local).

“Nos piden muchos cursos para cuidadores. La mayoría son mujeres de cierta edad que cuidan a sus maridos, hermanos o a sus padres, eso se lo piden bastante, principalmente porque muchas de esas mujeres están cuidando y quieren aprender más para mejorar el cuidado de la persona dependiente que cuidan. También nos piden muchos cursos de cuidados del Alzheimer” (E4, representante de una asociación de mujeres rurales).

La última de las demandas detectadas, que destacamos, es la relacionada con la excesiva burocratización de los procedimientos relacionados con la LAPAD y el SAAD. Sin embargo, a pesar de lo que podríamos pensar a priori, los entrevistados ponen el foco de atención, en mayor medida, en lo prologando del procedimiento que en la profusión de solicitudes a presentar y requerimientos que solventar:

“Los trámites son de lo más pesado, pero no por complicados, sino por largos y por temas de documentación, que a veces tienen que presentarla por duplicado y en diferentes sitios... Es un proceso largo y además con mucha documentación de por medio. Haces la solicitud, luego la valoras, luego te llega el dictamen, luego... y además muchas cartas que reciben que no saben qué es exactamente lo que les piden o lo que tienen que hacer...” (E6, técnico de un Centro de Acción Social perteneciente a una entidad local).

“Las concesiones tardan mucho, igual los pagos tardan un año o más, en algunos casos puede ser que la persona mayor haya podido fallecer independientemente de que tenga derecho a ese pago” (E5, representante de una organización de desarrollo rural).



Las entrevistas realizadas indican que para que las demandas efectuadas sean viables económicamente es necesario un cambio en la ordenación del territorio, de esta forma se apunta a una transformación en la organización territorial a través de mancomunidades o agrupaciones municipales, ya que al incrementarse el número de usuarios potenciales aumenta la rentabilidad de los servicios ofrecidos. También, relacionado con estos cambios territoriales, se señala la idoneidad de crear centros multifuncionales, que permiten su instalación en un único municipio, aunque sus servicios están destinados a un conjunto más amplio de población:

“Es imprescindible la agrupación de municipios para generar servicios de proximidad. Unos servicios de proximidad no se pueden crear solamente en un pueblo... A mí me parece que se pueden hacer muchas cosas, pero tiene que haber un plan que sea eficiente y posible. Tiene que haber incentivos para que los pueblos hagan propuestas en común. Y eso ya existe, está inventado, hay muchas Comunidades Autónomas que han incentivado desde hace mucho tiempo la creación de mancomunidades, que da igual cómo se llamen... Crean servicios en común y de este modo tienen mayor calidad todos los habitantes que viven allí. Desde mi punto de vista esto en Castilla y León es imprescindible” (E3, representante de una asociación de personas mayores del medio rural).

“Se podrían generar modelos polivalentes que pudieran integrar servicios múltiples. Los centros polivalentes se pueden generar en pueblos pequeños porque dan respuesta a muchas cosas pero un centro de día en cada pueblo, eso es imposible. Si no lo planteas para una zona un poco más amplia lo veo difícil para que se mantenga en el tiempo, a no ser que se creen centros multifuncionales que dieran la oportunidad de prestar servicios a toda la población: los niños de 0 a 3 años podrían estar ahí, las personas con discapacidad o aquellas que tuvieran mayores dificultades podrían ser atendidas en ese centro. Que tuviera una biblioteca, un centro público, con acceso a Internet... Eso puede estar atendido con poca gente, pero que fuera multifuncional...” (E3, representante de una asociación de personas mayores del medio rural).

“Somos conscientes de la dificultad de asociarnos que tenemos en nuestras tierras. Sin embargo, quizá se puedan coordinar servicios para un territorio desde instituciones, llamémoslas intermedias, como la nuestra. Los grupos ya estamos implantados en los territorios con éxito, gestionamos dinero público, somos conocidos por los ciudadanos, ayuntamientos... Entonces, ¿por qué no vamos nosotros a poder ayudar aquí también?” (E7, responsable de un grupo de acción local).

4 PROPUESTAS DE MEJORA PARA LA PROVISIÓN DE CUIDADOS A LOS MAYORES DEPENDIENTES EN EL MEDIO RURAL DE CASTILLA Y LEÓN

Llegado el momento de las conclusiones es necesario apuntar en primer lugar que, según la Asociación Estatal de Directores y Gerentes en Servicios Socia-



les (2015), Castilla y León es la única comunidad que ha completado la fase de implantación del SAAD con una atención cercana al 100%. Esta asociación indica que estamos ante una región que destaca por su agilidad en la atención de los usuarios. De hecho, es probable que la ausencia de listas de espera permita estar cerca de cumplir objetivo de atender a la totalidad de personas dependientes al iniciar 2016, dependientes moderados incluidos (Asociación Estatal de Directores y Gerentes en Servicios Sociales 2015). Pero tal y como reflejamos en el análisis del trabajo de campo cualitativo, en una comunidad como Castilla y León es necesario tener presente las diferencias en el ámbito territorial, a la hora de la provisión efectiva de los cuidados necesitados y demandados. Es decir, debemos diferenciar entre el cumplimiento en la implementación normativa de las medidas y en que éstas sean las adecuadas para sus destinatarios. En este sentido, el CES de Castilla y León (2010) considera que las diferencias, entre medio urbano y rural, exigen concebir sistemas integrados, teniendo presentes las necesidades diferenciadas de sus poblaciones. En definitiva, se trataría de establecer una coordinación socio-sanitaria adecuada para evitar que la provisión de cuidados a las personas en situación de dependencia se bifurque en dos sistemas: sanitario y servicios sociales. De esta forma, se podría “avanzar en el establecimiento de protocolos socio-sanitarios e impulsar mecanismos de actuación conjuntos entre los servicios sociales y sanitarios, tanto en el nivel de atención primaria, como en los niveles especializados” (CES, 2010: 70).

Por otra parte, sería conveniente que las personas en situación de dependencia residentes en el medio rural permanezcan el mayor tiempo posible en su propio hogar. Estamos de acuerdo con Martínez y Díaz (2009) en que los servicios más apropiados a tal efecto son nueve: 1) servicio de cuidados personales como los de estimulación, supervisión, apoyo y asistencia en las actividades de la vida diaria; 2) servicio de atención doméstica como limpieza básica del hogar, lavado, planchado y arreglo de ropa, así como la realización de compras; 3) servicio de acompañamiento dentro y fuera del hogar; 4) servicios de teleasistencia, dirigido a personas individuales o parejas de personas mayores que viven solas; 5) servicio de transporte accesible, que facilitaría desplazamientos fuera del hogar para la realización de gestiones y participación en actividades diversas; 6) servicio de valoración de la accesibilidad del hogar y préstamo de ayudas técnicas; 7) servicio de comida a domicilio, que consistiría en la preparación y entrega en el domicilio de comida y cena diaria; 8) atención podológica, dispensada en el propio domicilio o facilitando el desplazamiento en transporte accesible hasta el lugar de impartición del servicio; 9) otros servicios a domicilio como la biblioteca, peluquería, lavandería, etc.

Para la puesta en marcha de los mismos, sería necesario diseñar una ordenación territorial que provea de una manera más eficaz los servicios a la población



rural en general, y a los mayores en situación de dependencia en particular. A su vez, se debería sustituir y/o apoyar a los cuidadores informales, rol desempeñado tradicionalmente por la mujer. Por añadidura, los cambios apuntados ayudarían a generar externalidades positivas, por ejemplo al crear empleos en el sector formal de los cuidados.

En definitiva, creemos haber verificado que el tamaño municipal es un factor relevante en la provisión de cuidados a las mayores en situación de dependencia. El análisis efectuado nos permite señalar que las principales necesidades demandadas por los actores del medio rural castellano y leonés se agrupan en los siguientes aspectos: escasez de centros de día y residencias de titularidad de la Junta de Castilla y León, insuficiente desarrollo de los servicios de tele-asistencia y ayuda a domicilio, práctica inexistencia de sistemas de alojamiento alternativos, aumento de la información y agilización de los trámites burocráticos.

5 BIBLIOGRAFÍA

- ASOCIACIÓN ESTATAL DE DIRECTORES Y GERENTES EN SERVICIOS SOCIALES (2015): *XV Dictamen del Observatorio* (en línea). <http://www.directoressociales.com/images/documentos/dictamenes/XV%20O%20Dependencia%20CC%20AA%20julio15.pdf> acceso 05 de diciembre de 2015.
- CAMARERO, L.A. (2009): *La población rural de España. De los desequilibrios a la sostenibilidad social*. Barcelona: Fundación La Caixa.
- COMAS, A. (2005): "Gasto futuro en servicios a la gente de la tercera edad con dependencia", en G. López (comp.), *Envejecimiento y dependencia. Situación actual y retos de futuro*. Barcelona: Caixa Catalunya.
- CONSEJO ECONÓMICO Y SOCIAL CASTILLA Y LEÓN (2010): *Promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia. Aplicación de la Ley 39/2006 en Castilla y León. Informe a Iniciativa Propia IIP 3/10*. Valladolid: Autor.
- ESPARZA, C. (2011): *Discapacidad y dependencia en Castilla León* (en línea). <http://digital.csic.es/bitstream/10261/39620/1/pm-discapacidadcastillaleon-01.pdf> acceso 04 de diciembre de 2015.
- ESPING-ANDERSEN, G. (1990): *The Three Worlds of Welfare Capitalism*. Cambridge: Polity Press.
- FERRERA, M. (1995): "Los sistemas del bienestar del sur en la Europa social", en S. Sarasa y L. Moreno (comp.), *El estado del bienestar en la Europa del sur*. Madrid: Consejo Superior de Investigaciones Científicas.



- GAITEIRO, M. (2012): *Envejecimiento y ruralidad: demandas y respuestas de los mayores en su medio* (Tesis doctoral). Facultad Ciencias Políticas y Sociología, Universidad Complutense de Madrid. Madrid.
- GÓMEZ, J.M^a; PELÁEZ, F. J. y GARCÍA, A. (2011): "Dependencia, envejecimiento demográfico y economía social. Estimación de los potenciales efectos y valoración de la implantación del SAAD en Castilla y León", *Revista de Economía Pública, Social y Cooperativa*, nº71: 101-128.
- Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia.
- LORENZO, T.; MASEDA, A. y MILLÁN, J. (2008): *La dependencia en las personas mayores: necesidades percibidas y modelo de intervención de acuerdo al género y al hábitat*. La Coruña: Instituto Gallego de Iniciativas Sociales y Sanitarias.
- MARTÍNEZ, T. y DÍAZ, B. (2009): *El desarrollo de nuevos servicios de proximidad para la atención de las personas mayores que viven en zonas rurales* (en línea) <http://www.acpgerontologia.com/documentacion/nuevos servicios de proximidad.pdf> acceso 04 de mayo de 2014
- MORENO, L. (2001): "La «vía media» española del modelo de bienestar mediterráneo", *Papers*, nº63/64: 67-82.
- ORDEN FAM/644/2012, de 30 de julio, por la que se regulan las prestaciones del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia en Castilla y León, el cálculo de la capacidad económica y las medidas de apoyo a las personas cuidadoras no profesionales.
- ROGERO, J. (2010): *Los tiempos del cuidado. El impacto de la dependencia de los mayores en la vida cotidiana de sus cuidadores*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social.



El desarrollo de la LAPAD: propuestas para el futuro

Julia Montserrat Codorniu

Doctora en ciencias económicas.

Experta en la Red Europea de Protección Social (ESPN).

Dirección de correo: jmontserrat@gmail.com

Fecha de recepción: 21/12/2015

Fecha de aceptación: 31/12/2015

Sumario

1. El modelo de financiación de la atención a la dependencia.
2. La contribución de los usuarios en la financiación de las prestaciones.
3. La política de contención de gastos en la LAPAD: impacto del RDL 20/2012.
4. Medidas para garantizar un determinado nivel de financiación del SAAD.
5. Conclusiones y propuestas de futuro.
6. Bibliografía.

RESUMEN

Este artículo analiza las peculiaridades y los desajustes que se han ido generando en el modelo de financiación y provisión de prestaciones establecidos en la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a la Dependencia (Ley 39/2006). Se analiza el impacto de las medidas de contención del gasto público (RDL 20/2012) a través de la reducción del contenido y calidad asistencial de la Ley39/2006. Se describen una serie de propuestas para mejorar el sistema de financiación y el nivel asistencial resultante de las medidas de estabilidad presupuestaria.

Palabras clave:

Financiación, dependencia, cuidados larga duración, copagos usuarios, costes.

ABSTRACT

This article analyzes the characteristics and imbalances that have been generated in the model of financing and provision of benefits established in the Spanish Law of long term care "Ley de



Promoción de la Autonomía Personal y Atención a la Dependencia” (Law 39/2006). It is analyzed the impact of measures to contain public spending (RDL 20/2012) through reducing the content and quality of care of the previous Law 39 / 2006. A number of proposals are described to improve the system of financing and the level of care provisions of Law 39/2006.

Key words:

Financing, dependency, long term care, user’s copayment, costs.

1 EL MODELO DE FINANCIACIÓN DE LA ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA.

En los prolegómenos de la Ley 39/2006 de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en situación de Dependencia (Ley de la dependencia o LAPAD), uno de los puntos cruciales era elegir el “Modelo general de financiación” de acuerdo con los modelos dominantes en los países que habían adoptado la atención a la dependencia como una política de responsabilidad pública. *La tendencia general dominante en los países de la UE respecto de la protección social de la dependencia se orienta hacia modelos de naturaleza universal de carácter impositivo o de Seguridad Social, si bien son modelos topados, que prestan servicios o conceden prestaciones monetarias que cubren sólo una parte del coste de los cuidados de larga duración. La participación, en mayor o menor medida, de los usuarios en la financiación es una característica común de todos los países* (Rodríguez Cabrero, 2011).

Algunos países han apostado por un sistema de financiación contributivo desarrollando un sistema de seguro público a través de la Seguridad Social como es el caso de Alemania, Austria, Luxemburgo y Japón, mientras otros como Francia, Reino Unido, Países Nórdicos utilizan un modelo de financiación no contributivo (ingresos fiscales). Ninguno de los dos modelos es el “óptimo”. El sistema no contributivo es más flexible para modular el nivel de gasto y más redistributivo en cuanto todas las personas en situación de dependencia tienen acceso con independencia de su contribución al sistema; por el contrario, el sistema contributivo dispone de un sistema de financiación específico –cotizaciones sociales– que permite una mayor visibilidad de los ingresos y gastos dedicados a tal finalidad pero, en cambio, no permite el acceso universal de todas las personas afectadas sino que el Estado debería realizar transferencias para los colectivos que quedasen fuera del Sistema bien porque no hubiesen cotizado o no hubiesen cotizado el número de años requeridos.

Si bien los resultados de la revisión bibliográfica efectuada muestran como el mayor o menor nivel de gasto público en protección social no está directamente relacionado con el modelo de financiación, en cambio, la gobernanza del sistema produce resultados diferentes en cuanto que un modelo no contributivo garantiza un mayor trato igualitario a los beneficiarios, a la vez que un modelo no contributivo dispone de una mayor flexibilidad en la asignación de recursos que pueden lograr una mejor satisfacción de las necesidades.



La inmediatez de la decisión política de implantar un Sistema de atención a la dependencia junto a la resistencia de los empresarios de subir las cotizaciones de la Seguridad Social hacia muy difícil desarrollar un modelo “contributivo”. Por otra parte, el modelo “no contributivo” era defendido por otros autores por ser el modelo de financiación actual de los servicios sociales y que las Autonomías tendrían mayor margen de actuación para aumentar la financiación aplicando impuestos propios o modulando la presión de los copagos según sus necesidades financieras.

La elección final se refleja en el artículo 32.1 de la Ley 39/2006 (Ley) que define un sistema de financiación “no contributivo” al prever que los gastos del SAAD deberán ser financiados con los ingresos presupuestarios de las respectivas Administraciones públicas. Así, nace el nuevo sistema de protección social universal de atención a la dependencia sin una financiación específica, y sin ningún incremento impositivo; el sistema se debía financiar con los excedentes presupuestarios que se preveía en futuros ejercicios según la evolución de las finanzas públicas en los ejercicios previos a la implantación de la Ley. La eclosión de la crisis económica ha puesto de manifiesto la debilidad de un sistema de financiación no blindada.

El segundo aspecto de la financiación está ligado a la organización y gestión del SAAD (Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia). El factor pragmatismo condujo a integrar la dependencia en los servicios sociales, tanto por razón de la dinámica descentralizadora del Estado de bienestar en España como por considerar que el SAAD podría contribuir a reforzar la rama de servicios sociales y a la vez presionar progresivamente a que éstos últimos introdujeran el derecho subjetivo en un conjunto de prestaciones básicas, tal como se ha producido en parte en la última generación de leyes de servicios sociales (ver Fantova, 2008; A. Vilá, 2009; Casado, 2010).

La rama de actividad de la “dependencia” tiene la peculiaridad, respecto al resto de los servicios sociales, de ser de competencia del Estado en cuanto a la garantía de la igualdad de protección a todos los ciudadanos pero, a su vez, reconoce la competencia de las CCAA en la gestión de las prestaciones creando un órgano -Consejo Territorial- para la articulación de dichas competencias.

Este complejo entramado de relaciones da lugar a que el sistema de financiación de la atención a la dependencia sea diferente a la del resto de servicios sociales y que la Administración General del Estado (AGE) se erija como órgano impulsor de la Ley y actúe como órgano de control de las administraciones autonómicas en el desarrollo de la misma creando un sistema de financiación de transferencias condicionadas -nivel mínimo- que permite dicha actuación.



1.1. Financiación del Sistema por las Administraciones públicas

El artículo 32 establece un sistema de financiación compartida entre los dos niveles de Administración que tienen competencias directas en el Sistema de autonomía y atención a la dependencia –AGE y las Autonomías– de forma que las aportaciones presupuestarias de ambas Administraciones (AGE y CA) deberán igualarse (art 32.3)⁽¹⁾. Dicho artículo añade que la financiación del sistema será suficiente para garantizar el cumplimiento de las obligaciones que correspondan a las Administraciones públicas competentes y el gasto previsto deberá figurar anualmente en los correspondientes Presupuestos. Aunque el principio general de la cofinanciación por ambas Administraciones está claro, en cambio, hay controversia sobre los conceptos de las aportaciones de cada una de ellas.

La **AGE garantiza la financiación** de una parte del coste mediante el **nivel mínimo** de protección garantizado (art 32.2) sin añadir ninguna referencia sobre la complementariedad, o no, de la financiación general de los servicios sociales que reciben las Autonomías a través del sistema de financiación autonómico. Asimismo, contempla una financiación complementaria (art. 32.3) al establecer que se podrán acordar convenios de colaboración entre Estado y Autonomías posibilitando una financiación adicional al nivel mínimo dentro del marco de cooperación interadministrativa dando origen al módulo de nivel acordado o conveniado.

La Ley, de forma no explícita, repercute la carga principal de la financiación en las CCAA, las cuales deben asumir las demandas de las personas beneficiarias según la Ley con independencia de la financiación recibida de la AGE. El propio art. 32.3 establece la posibilidad de que la aportación de la CA pueda ser superior a la de la AGE al definir que para cada año, la CA aportará al menos una cantidad igual a la de la Administración General del Estado como resultado de las aportaciones del nivel mínimo y del nivel acordado (art 32.3). Otro aspecto indefinido de la Ley es el de no explicitar que las aportaciones de los usuarios deben figurar como ingresos fiscales de sus presupuestos.

La Ley no cita a la Administración Local como “sujeto” de financiación aunque, en la práctica, también colabora con una parte de sus presupuestos, bien sea porque actúa como servicio de orientación, bien sea participando en la confección del PIA (programa individualizado de atención)⁽²⁾ gestionando el servicio de ayuda a domicilio y otros servicios (residencias y otros), en cuyo caso no todas las CCAA las resarcan de la totalidad del coste del servicio delegado.

(1) Este redactado pone el énfasis en que las CCAA deberán aportar como mínimo, la misma cantidad que aporta la AGE.

(2) Por ejemplo Cataluña.

1.2. La “brecha” entre la financiación del nivel mínimo y el coste de las prestaciones

La AGE colabora en la financiación del coste de las prestaciones de la LAPAD con el nivel mínimo y el nivel acordado si bien desde el año 2012, el nivel acordado ha quedado en suspenso. Las Autonomías han visto reducir la financiación de la AGE tanto por la suspensión del nivel acordado como por la disminución de las cuantías del nivel mínimo.

La brecha entre el nivel mínimo y el coste de la prestación se origina por el hecho de que el nivel mínimo no discrimina por el coste de las prestaciones; solo tiene en cuenta el grado de dependencia de la persona. Es decir, una persona valorada en el “Grado 3” devenga la misma cuantía de nivel mínimo tanto si es asistida en una residencia como si percibe una prestación económica por cuidador no profesional, mientras que los costes de dichas prestaciones son muy diferentes entre sí. Asimismo, el porcentaje de recuperación varía entre CCAA en función de los costes de las prestaciones favoreciendo a aquellas CCAA que proporcionalmente otorguen un mayor número de prestaciones a bajo coste.

En el cuadro siguiente se muestran algunos ejemplos del porcentaje de recuperación del coste según el tipo de prestación, pudiéndose apreciar que, mientras en un servicio de ayuda a domicilio de 45 horas mensuales se recupera una cuarta parte del coste (26,35%), en un centro de día se recibe una quinta parte (19,74%) y en un servicio residencial solo un 10% (10,44%).

Cuadro 1. Ejemplo del porcentaje de financiación del nivel mínimo sobre el coste de determinadas prestaciones

Grado 3 (euros mes)	Prestación	Coste/prestación (mes)	% nivel mínimo/coste
-177,89	Residencia	1703	10,44%
	Centro día	901	19,74%
	SAD (45 horas)	675	26,35%

Fuente: SISAAD, 2013 y elaboración propia.

En general, el nivel mínimo favorece a aquellas CCAA que tengan proporcionalmente un mayor volumen de prestaciones económicas que prestaciones en servicios ya que el coste de la prestación económica es, aproximadamente, la mitad del coste de las prestaciones en servicios y viceversa.

La brecha entre el nivel mínimo y el coste de la prestación se ha agrandado por los recortes aplicados por el RDL de 20/2012 ya que las cuantías del ni-



vel mínimo han disminuido mientras los costes han permanecido constantes (o casi). En el cuadro adjunto se puede ver como las cuantías asignadas a los diferentes grados y niveles de dependencia han sido recortadas, aproximadamente en un 12%, pero el hecho se agrava al desaparecer los niveles de dependencia situando la nueva cuantía del “grado de dependencia” en un importe casi cercano al nivel mínimo fijado anteriormente. Merece especial atención el hecho de que las cuantías de las prestaciones estén congeladas desde agosto de 2012. Ver cuadro adjunto.

Cuadro 2. Evolución de las cuantías del nivel mínimo

	2009	2010	2011	Enero-Agosto 2012	Agosto-Dic. 2012	2013, 2014, 2015
	(euros mes)					
Grado 3-2	263,93	266,57	266,57	266,57	231,28 (*)	231,28 (*)
Grado 3-1	179,47	181,26	181,26	181,26	157,26 (*)	157,26 (*)
Grado 3					177,89	177,89
Grado 2-2	102,00	103,20	103,20	103,20	89,38 (*)	89,38 (*)
Grado 2-1	70,00	70,70	70,70	70,70	61,34 (*)	61,34 (*)
Grado 2					82,84	82,84
Grado 1-2		60,00	60,00	60,00	52,06 (*)	52,06 (*)
Grado 1					44,13	44,13

(*) Beneficiarios con prestación antes de agosto del 2012.

Fuente: RDL 20/2012, de 13 de julio y elaboración propia.

La constatación de que la brecha entre el nivel mínimo y el coste global de las prestaciones se va haciendo mayor se hace patente en la disminución del importe medio de financiación de la AGE a las Autonomías. Hasta 2012, las CCAA recibieron el módulo del nivel mínimo y, a partir de dicho año, sólo el nivel mínimo, lo cual aumenta el desequilibrio entre la financiación estatal y la autonómica. En el cuadro siguiente se puede apreciar la progresiva disminución del importe medio de financiación de la AGE pasando de 2.745,35€ por persona beneficiaria en el 2010 a 1.554,21€ en el 2014, lo cual supone un 43% menos de lo que recibieron en el 2010. No obstante, en el 2015 se aprecia un ligero repunte alcanzando el promedio anual de 1.576,30€ por beneficiario con prestación.

La mayoría de las CCAA señalan que las cuantías del nivel mínimo son tan “mínimas” que no llegan a cubrir el 20% del coste de las prestaciones y que además han ido disminuyendo a lo largo de los años, tal como se recoge en el



Cuadro 3. Evolución de los ingresos medios de financiación de la AGE a las Autonomías

	2010	2011	2012	2013	2014	2015 (*)
Millones euros						
Nivel Mínimo	1.164,98	1.134,98	1.287,18	1.087,18	1.087,18	1.087,18
Nivel conveniado	283,20	283,20				
Suplementos de credito	358,00	202,19	117,31	120,00	54,68	105,00
TOTAL devengado	1.806,18	1.620,37	1.404,49	1.207,18	1.141,86	1.192,18
Promedio beneficiarios con prestación	657.905	738.587	751.864	748.612	734.690	756.317
Ingreso/beneficiario con prestación (euros año)	2.745,35	2.193,87	1.868,01	1.612,56	1.554,21	1.576,30

Nota 1: No se incluye Ceuta ni Melilla en los datos del nivel mínimo, ni en el número de beneficiarios.
Fuente: PGE. SISAAD y elaboración propia.

siguiente cuadro. A nivel agregado, si en el 2010, la financiación del nivel mínimo alcanzaba el 30,7% del coste total, en el 2019 sólo cubre el 17,5%, es decir, la aportación de la AGE se ha reducido casi en la mitad en los cinco últimos años, aportando un porcentaje inferior al de los copagos de los usuarios tal como se verá más adelante. El porcentaje de financiación en cada Autonomía varía en función de la composición del grado de dependencia de sus usuarios aunque las diferencias entre ellas son pequeñas. Ver cuadro.

Cuadro 4. Peso de la financiación de la AGE sobre el gasto de las prestaciones de las CCAA

	2010	2011	2012	2013	2014
Millones euros					
Total ingresos AGE	1.806,18	1.620,37	1.404,49	1.207,18	1.141,86
Total gastos	5.872,26	6.412,49	6.705,24	6.574,38	6.522,76
% financiación AGE/gastos	30,76%	25,27%	20,95%	18,36%	17,51%

Nota: Incluye gastos de gestión y de retroactividad de las prestaciones económicas. Fuente: SISAAD, Tribunal de Cuentas y elaboración propia.

1.3. La interpretación del equilibrio financiero entre AGE y Autonomías: aportación de la financiación no finalista

Ante las protestas de las Autonomías por la insuficiente financiación del nivel mínimo y por la quiebra del principio de cofinanciación establecido en la LAPAD, el IMSERSO argumenta que a través de la Ley 22/2009⁽³⁾ se añadieron recursos adicionales a las Autonomías, a través del sistema de financiación autonómico para el periodo 2009-2013, habiendo proporcionado a las CCAA unos recursos adicionales de 9.268,66 M€ (una media anual de 2.300 M€). En definitiva, el IMSERSO justifica que ha cumplido su cometido de financiar la mitad del coste de las prestaciones sumando los diferentes tipos de financiación (nivel mínimo + nivel acordado+ recursos adicionales). Los datos que proporciona el IMSERSO al Tribunal de Cuentas se pueden ver en el cuadro siguiente; en ellos justifica que su aportación es del orden del 50% del coste total de las prestaciones.

Cuadro 5. Fondos totales transferidos por el Estado a las CCAA.

	Fondos transferidos por el Estado		
	2011	2012	2013
	(en millones de euros)		
IMSERSO fondos finalistas	1.537,00	1.404,40	1.206,70
Recurso adicionales Ley 22/2009 (no finalistas)	2.043,50	1.967,50	2.472,80
Total IMSERSO	3.580,50	3.371,90	3.679,50
Total gastos prestaciones	6.412,49	6.705,24	6.574,38
% financiación AGE/gastos	55,84%	50,29%	55,97%

Nota: En 2011, el importe de los fondos finalistas que figura en el informe del TCU es inferior al que resulta de sumar los diferentes tipos de financiación.

Fuente: SISAAD, Tribunal de Cuentas y elaboración propia.

En cambio, los responsables autonómicos del SAAD sostienen que dichos recursos adicionales, al no ser “finalistas”, no llegan a sus presupuestos y que, además, no pueden ser considerados como aportaciones de la AGE al SAAD ya que la LAPAD obliga a que los presupuestos destinados a la dependencia

(3) Ley 22/2009, de 18 de diciembre, por la que se regula el sistema de financiación de las Comunidades Autónomas de régimen común y Ciudades con Estatuto de Autonomía y se modifican determinadas normas tributarias.



figuren en los Presupuestos Generales del Estado. Dicha polémica entre AGE y CCAA por el tema financiero no hace más que “amplificar” los argumentos de los Gobiernos autonómicos sobre el “sobreesfuerzo” que realizan en la financiación de la atención a la dependencia.

1.4. El nivel mínimo como instrumento de información y control de las CCAA.

El legislador de la LAPAD no podía dejar al albur de los gobiernos autonómicos el proceso de implantación progresiva de la Ley, teniendo en cuenta la desigual oferta asistencial de las CCAA que existía en el momento inicial de la Ley (2007). Bajo este principio, se dispuso que el instrumento, no explícito, de control de la AGE sobre las Autonomías fuera un modelo de financiación condicionada creando, al respecto, el nivel mínimo, el cual vincula la financiación a la información de una serie de datos de gestión de las prestaciones, los cuales nutren el SISAAD (Sistema de Información del SAAD).

En los primeros años de implantación de la Ley, la acción controladora del IMSERSO fue reforzada por la fiscalización realizada por el Tribunal de Cuentas sobre la “adecuada aplicación de la Ley 39/2001 en las CCAA”. Ello dio origen a dos informes los cuales pusieron de relieve numerosos casos de expedientes incorrectos (duplicación de DNI, fallecidos, beneficiarios inexistentes) que aumentaban el número de beneficiarios, determinante para cobrar el nivel mínimo. La respuesta del IMSERSO fue exigir mucha más información e implicar a los responsables de los órganos gestores de las CCAA sobre la “veracidad” de los datos facilitados.

A finales del 2013, una vez concluidos los trabajos del Tribunal de Cuentas, el *Consejo Territorial del Sistema de Servicios Sociales y del Sistema de Autonomía y Atención de la Dependencia*, adoptó nuevas normas de “información sobre la gestión del SAAD”. El Real Decreto 1050/2013, de 27 de diciembre, y la Orden SSI/237/2013⁽⁴⁾ establecen un nuevo contenido mínimo del SISAAD y obligan a las CCAA a certificar mensualmente sobre la veracidad de los datos introducidos en el Sistema haciendo hincapié en la fecha de efectividad de las prestaciones, así como a informar de las modificaciones habidas en el periodo y sobre el montante de los copagos de los beneficiarios. Además de los certificados mensuales, se establece la obligación, a cada CCAA, de una certificación anual⁽⁵⁾, antes del 30 de abril, en la que figure el presupuesto realizado por la Autonomía en el ejercicio anterior integrando los ingresos del nivel mínimo financiado por la AGE.

(4) Orden SSI/237/2013, de 17 de diciembre, por la que se regula el Sistema de información del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia.

(5) Esta certificación debe reflejar el número de beneficiarios, el número de servicios y prestaciones económicas con efectividad del derecho, así como las obligaciones reconocidas por gastos corrientes en el presupuesto asignado por la CA, ampliado con la aportación de la AGE, al cierre del ejercicio.



La mayor exigencia de información a las CCAA no tendrá éxito si no se resuelven previamente otros problemas como son: la obligación de presupuestos específicos para el programa de atención a la dependencia y la homogeneidad de criterios en la contabilización de los gastos. Una de las notas en el Informe del Tribunal de Cuentas dice textualmente: *“Las CCAA carecen de sistemas de contabilidad analítica aplicables a los gastos de dependencia y, en su gran mayoría, tampoco han dispuesto de los instrumentos contables necesarios para efectuar el seguimiento de estos gastos, que deben tener financiación afectada, lo que les impide certificar con exactitud el importe total de los recursos”*. Es decir, certificar sobre la veracidad de los datos es complejo si la “construcción” de la información no es correcta. Por ello, el aspecto importante no es tanto la “declaración de responsabilidades” como la de exigir que la CA actúe adecuadamente para disponer de una información específica sobre el presupuesto de la “autonomía y atención a la dependencia”.

El nivel mínimo a partir de 2014, se convierte en instrumento de penalización a las CCAA con el objeto de reducir el número de prestaciones económicas por “cuidados en el entorno familiar”. Así, el Real decreto 1050/2013, de 27 de diciembre, modifica la cuantía a recibir del nivel mínimo de tal forma que la CA será penalizada si su proporción de prestaciones de cuidados familiares sobre el total de las prestaciones es superior al de la media de las CCAA. Ello no significa que la AGE vaya a incrementar los recursos para “premiar” a las CCAA que tengan mejor comportamiento sino que, con los mismos recursos, se reserva un porcentaje del nivel mínimo para distribuirlo con los criterios de la penalización. Esta nueva regulación del nivel mínimo no hace más que aumentar las desigualdades en la distribución de los recursos estatales a las Autonomías.

1.5. Las nuevas perspectivas de financiación de la AGE a las Autonomías

La Ley previó un sistema de financiación “condicionada” a la efectividad de las prestaciones, justificado por el objetivo de controlar y asegurar el desarrollo de la implantación de la Ley en las distintas CCAA. Una vez se haya alcanzado el desarrollo total de la Ley se debería plantear un cambio en el actual sistema de financiación y transformarlo en un sistema de financiación no finalista similar al utilizado para financiar el resto de los servicios sociales.

La financiación vía “transferencias incondicionadas” a las Autonomías confiere mayor grado de libertad a éstas en modular el presupuesto según la previsión de la demanda si bien deben respetar la obligación de atender las necesidades de las personas beneficiarias de acuerdo con las prescripciones de la Ley. Supondría, también, disponer de una financiación anual garantizada sin el condicionante de la previa comprobación de la efectividad de las prestaciones como ocurre con el sistema actual. Se reduciría la burocracia y los costes indirectos de gestión.



El nuevo sistema de financiación debería asegurar la cofinanciación del coste de las prestaciones tal como prevé la ley. Ello significaría que se debería determinar el coste medio de las prestaciones según el grado de dependencia previendo algún sistema de compensación de ajustes según el coste de la vida de los diferentes territorios. Asimismo, se debería prever un sistema para regularizar las desviaciones que se puedan producir entre la actividad y complejidad de los usuarios prevista y la realizada.

El nuevo sistema de financiación se realizaría añadiendo el montante estimado de la participación de la AGE en el gasto de dependencia de la Autonomía al conjunto de transferencias establecidas según el sistema de financiación autonómico. No obstante, existe un sistema de financiación alternativo intermedio entre el actual y el definitivo. Consistiría en mantener el sistema actual en el que la AGE realizaría transferencias periódicas (trimestrales) a las Autonomías pero postergaría al final del ejercicio la regularización entre la actividad realizada y la prevista inicialmente.

Paralelamente, las autonomías deberían velar por el correcto funcionamiento del control de los expedientes de los beneficiarios (evitar duplicidades, mantenimiento de fallecidos, etc) así como proporcionar la información en tiempo y forma de los aspectos consensuados por el Consejo Territorial al SISAAD. Asimismo, las administraciones autonómicas deben asegurar la transparencia de sus presupuestos destinados al SAAD estableciendo adecuados sistemas de información que permitan conocer permanentemente el estado de sus gastos e ingresos destinados a tal finalidad así como el nivel de eficiencia, eficacia y equidad en la gestión de las prestaciones de la LAPAD.

Un cambio del sistema de financiación de la LAPAD requiere un pacto entre todas las instituciones implicadas en la gestión y financiación del SAAD. El nuevo planteamiento de financiación debería articularse en la nueva revisión del sistema de financiación de las Comunidades Autónomas.

2 LA CONTRIBUCIÓN DE LOS USUARIOS EN LA FINANCIACIÓN DE LAS PRESTACIONES

Se constata que en todos los países con programas públicos de atención a la dependencia existen copagos aunque en la mayoría de ellos responden a la lógica de restituir el gasto hotelero realizado por las personas beneficiarias; en cambio, cuando la política del copago obedece a criterios de maximizar la recuperación del coste -como es el caso del copago en la LAPAD-, los efectos de éste se vuelven regresivos, pudiendo incidir en frenar la demanda de prestaciones de aquellas personas más necesitadas (Fernández & al., 2009, Montserrat, 2014).



En el caso de los copagos en las prestaciones de atención a la dependencia, el argumento de la racionalidad en el gasto no es aplicable ya que la demanda es inelástica; el usuario no puede decidir por sí solo demandar más o menos prestaciones ya que para ser beneficiario de las mismas debe pasar un proceso de evaluación de su situación de dependencia que lo hace “elegible”, o no, del Sistema.

El objetivo de maximizar los ingresos fiscales a través de los copagos se recoge en la memoria económica de la Ley 39/2006 que cifraba su recaudación, aproximadamente, en un tercio del coste. Dicho objetivo persiste tal como se constata, tanto en la exposición de objetivos del Gobierno en el Plan Nacional de Reformas de 2013 como en el Acuerdo del Consejo Territorial de 10/7/2012..

2.1. El oscurantismo sobre la recaudación de los copagos

Desde los inicios de la LAPAD, el tema de los copagos está siendo muy desafortunado, es inequitativo entre los usuarios y entre territorios y, además, hay un total oscurantismo sobre la cuantía recaudada por las CCAA. En el SISAAD no aparecen informados (hasta el momento) los datos relativos a la capacidad económica, ni el de las contribuciones realizadas por los usuarios. En cambio, estos datos existen en el SISAAD según se desprende del Informe del Tribunal de Cuentas⁽⁶⁾ a pesar de que se detectan algunas irregularidades como es la de no desglosar la capacidad económica en función de la renta y patrimonio o la no actualización de los copagos. En definitiva, no se explica cómo esta información, si está registrada en el SISAAD, no está al alcance del público en general.

Otra característica mencionada por el Tribunal de Cuentas es la falta de transparencia de las CCAA en la información sobre el montante total recaudado de los copagos. Detecta la falta de mecanismos de contabilidad analítica para deslindar los ingresos derivados de la atención a la dependencia de otros ingresos que no están relacionados con la misma. Tampoco ayuda mucho ciertas prácticas administrativas como el hecho de pagar las prestaciones económicas por el importe “neto” en cuyo caso, generalmente, no se registra por separado el importe total de la prestación y el descuento efectuado (copago); en otros casos, el usuario paga directamente al proveedor o incluso a otras Administraciones, como en el caso de la ayuda a domicilio prestada por los Entes Locales.

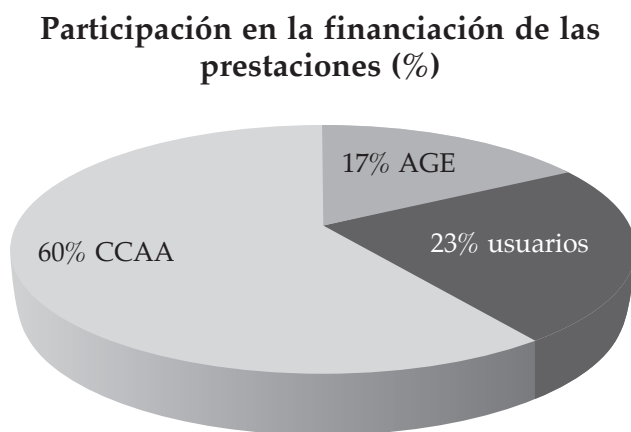
Que el copago es, o “puede ser”, una fuente de ingresos importante para las CCAA, no solo es una afirmación teórica sino que hay simulaciones que lo demuestran. Los resultados de un ejercicio realizado con el nuevo modelo de

(6) Informe del Tribunal de Cuentas, nº 1.035, pg 45.

determinación de la capacidad económica y de la contribución de los usuarios (Resolución 13/7/2012) muestra que la CA podría llegar a ingresar entre un tercio y la mitad del coste de las prestaciones en el supuesto de que accedieran al Sistema la misma proporción de personas que refleja la estructura económica de la sociedad (Montserrat y Montejo, 2012). Sin embargo después la realidad muestra que los beneficiarios de las prestaciones de la dependencia beneficiarias tienen rentas medias-bajas (por debajo de 3 veces IPREM) y solo una pequeña proporción de ellos disponen de rentas superiores a dicho umbral; en dichas circunstancia, el porcentaje estimado de recaudación de los copagos se cifra en el 23% (Montserrat, 2014). Otros autores cifran la estimación de los copagos en un 18% (AEDGSS) y en un 27,8% (Prada, 2014).

La participación en el Sistema de los diferentes sujetos que contribuyen en su financiación quedaría de la siguiente manera: en el supuesto de que la AGE contribuya con el 17% del nivel mínimo y los usuarios con el 23%, el esfuerzo de la CA sería del 60%. Cabe destacar el desequilibrio entre la aportación de la AGE y la de las CCAA así como la inferior participación de la AGE respecto a la de los usuarios. Ver gráfico.

Gráfico 1. Porcentajes de contribución al Sistema de los diferentes participantes



2.2. Inequidades en el modelo de copago del Acuerdo Territorial de 10/7/2012

El modelo de copago definido por el Acuerdo del Consejo Territorial de 10/7/2012 trae consigo una serie de efectos perversos que lo hacen poco equitativo, ejerciendo una elevada presión recaudatoria sobre las personas usuarias con pocos recursos económicos. Entre los factores que afectan a la equidad del modelo se pueden citar: tope en la cuota, imputación del patrimonio en la va-



loración de la capacidad económica, sistema de tarifas no progresivas, rentas mínimas insuficientes, enorme burocracia.

Los “topes en la cuota” no hacen más que agravar la regresividad del modelo; la cuota “topada” por arriba blindada a las rentas media-altas de no pagar más del 90% del precio, beneficiando a dichos segmentos de población. En cambio, las personas con rentas medias y bajas no se benefician del tope de cuota y han de pagar entre el 50% y el 90% de sus rentas de acuerdo con el modelo de simulación realizado.

La inequidad en el copago se acentúa aún más con la inclusión del patrimonio. El hecho de no disponer de las declaraciones del Impuesto sobre el Patrimonio⁽⁷⁾ y la no existencia de registros públicos –excepto el registro catastral– incide en que no se tenga la certeza de que el usuario haya declarado la totalidad de sus bienes patrimoniales. Por ejemplo, es difícil detectar si el usuario tiene “obras de arte” millonarias de su propiedad o el valor de una cartera de valores mobiliarios.

La imputación del patrimonio no tiene efectos en la capacidad económica de las personas con rentas medias-altas. Ello es debido a que, a partir de un cierto nivel de ingresos, la persona ya llega al “tope” de lo que debe pagar y, por lo tanto, por más que se le impute un valor de su patrimonio, su copago no aumenta. Ello provoca que la imputación del patrimonio no tenga incidencia en las personas con rentas medias-altas consiguiendo un efecto contrario al objetivo deseado (Montserrat, 2009 y 2011).

La perversión del modelo aumenta cuando al imputar el valor del patrimonio, el copago resultante hace que el beneficiario contraiga “deuda con la Administración”⁽⁸⁾; este es el caso de una persona que tenga patrimonio pero sus ingresos líquidos mensuales sean inferiores al importe del copago calculado; por ejemplo, una pensión pequeña y ser propietario de un piso. El hecho de que la Administración se convierta en acreedora y pueda reclamar su deuda ante los herederos puede incidir en que la persona beneficiaria desista de la prestación de la dependencia, lo cual produce una pérdida del bienestar de las mismas.

El gráfico siguiente muestra el nulo impacto que tiene la imputación del patrimonio en las personas con rentas medias-altas y altas. La línea azul dibuja la evolución del impacto sobre la renta del usuario sin tener en cuenta el patrimonio y la línea roja teniéndolo en cuenta. Como se puede apreciar, a partir de un determinado nivel de renta, en este caso igual a tres veces el IPREM, la imputación del patrimonio no incrementa el copago de las personas con rentas medias-

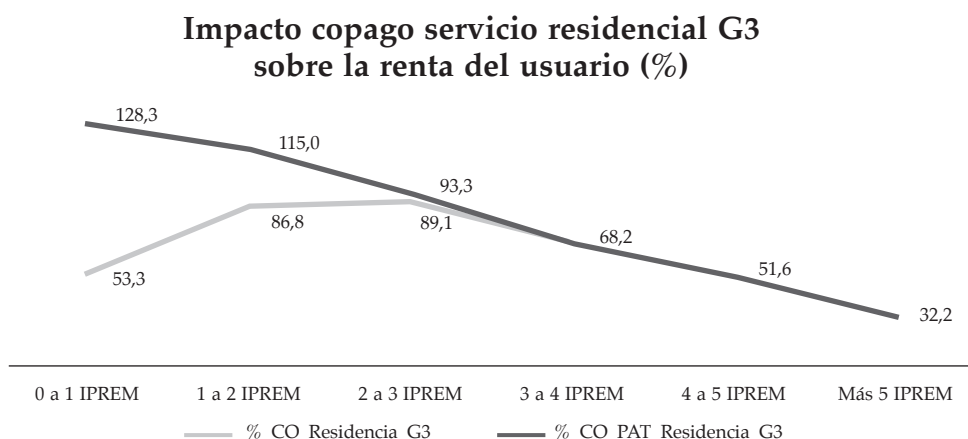
(7) No es obligatorio en todas las CCAA y en aquellas que lo aplican solo va dirigido a rentas muy elevadas.

(8) Las deudas contraídas figuran como cargas en el Registro de la Propiedad.



altas y en cambio si que afecta a las rentas medias y bajas pudiendo resultar que el importe del copago sea superior a los ingresos líquidos mensuales. Ver gráfico.

Grafico 2. Impacto del copago según la renta de las personas beneficiarias.
Caso del servicio residencial para personas con Grado 3



Otro desajuste del modelo de copago es el importe de renta mínima garantizada que en el caso del servicio residencial se estipula en un 19% del IPREM. Dicha cantidad es insuficiente para afrontar aquellos gastos personales (audífonos, gafas, dentista, podólogo, etc.) que no son cubiertos por la institución. Esta norma afecta precisamente a las persona con bajos recursos económicos.

La burocracia generada en el entorno de los copagos provoca unos costes elevados restando eficiencia al Sistema. A pesar de que, generalmente, el proceso del cálculo del copago está automatizado, no es menos importante y farragosa la introducción de datos, comprobaciones, controles, etc. Todo ello significa una dedicación de tiempo muy importante de los gestores de los expedientes que, si se estimara en términos monetarios, quizás evidenciaría que los costes de gestión de la Administración son superiores a los ingresos de los copagos obtenidos.

El Sistema se ahorraría muchos recursos si el modelo de determinación de la capacidad económica y de la cuota a pagar se homogeneizara entre los territorios y se simplificara su gestión, al mismo tiempo que sería más “equitativo” para los usuarios.

Así, se podría diseñar un modelo parecido al del copago farmacéutico. Un sistema informático calcularía la capacidad económica de las personas beneficiarias de acuerdo con los datos que constan en Hacienda añadiendo la infor-

mación de las rentas exentas. El copago se obtendría aplicando al coste de la prestación el porcentaje resultante de un escalado progresivo de tipos establecido según tramos de renta. Ello permitiría la equidad del copago con independencia del lugar de residencia de los beneficiarios

2.3. Multiplicidad de modelos a efectos de calcular el copago

La Ley 39/2006 establece el principio de universalidad en el acceso de todas las personas en situación de dependencia sin que pueda generar derechos diferentes ante situaciones de dependencia idénticas, en función del territorio de residencia de los solicitantes. Sin embargo, el desarrollo normativo de las CCAA sobre la determinación de la capacidad económica hace que la aportación del usuario no sea igual en todos los territorios, vulnerando los criterios establecidos en el Acuerdo del 10 de julio de 2012.

Se constata diferencias en la cuantía del copago según se acceda a una residencia pública o si se accede a una privada a través de una prestación económica vinculada; también es diferente según el tramo de edad; si la persona beneficiaria es menor de 65 años, algunas CCAA les eximen del copago en contraste con las personas mayores de 65 años que están obligadas a pagarlos.

Se detectan porcentajes e indicadores de referencia diferentes para determinar el importe del copago; la aplicación de deducciones por cargas familiares y deducciones por gastos de mantenimiento del hogar (alquiler, hipoteca); normas de determinación del patrimonio neto diferentes, entre otras diferencias.

Además, tal como señala el informe del Tribunal de Cuentas⁽⁹⁾, las diferencias se acrecientan por el establecimiento, a efectos del cálculo del copago, de precios de referencia diferentes para cada CA dentro del amplio margen que contempla el Acuerdo del Consejo Territorial (entre 1.100 y 1.600 euros mensuales en el caso de un servicio residencial, que puede incrementarse hasta un 40% en el caso de que este servicio implique una mayor intensidad de cuidados).

A pesar de que todas las CCAA deberían aplicar el mismo modelo para la determinación de la capacidad económica del usuario y la determinación del copago, la realidad es que ello no es así, pudiendo decir que hay casi tantos modelos como CCAA.

(9) Informe nº 1.035 del Tribunal de Cuentas, op. cit.



3

LA POLÍTICA DE CONTENCIÓN DE GASTOS EN LA LAPAD: IMPACTO DEL RDL 20/2012

El RDL de 20/2012 ha supuesto una verdadera “refundación de la LAPAD” disminuyendo directamente la financiación del Sistema a través de rebajar las cuantías del nivel mínimo y de las prestaciones económicas e, indirectamente, a través de rebajar la oferta y la calidad asistencial de la LAPAD.

Entre las medidas introducidas en el RDL 20/2012 destaca la reducción de las intensidades de las prestaciones, siendo el servicio de ayuda a domicilio uno de los más afectados. La nueva regulación supone que una persona con dependencia muy grave reciba, como promedio, entre 1,5 y 2,3 horas al día; una persona con dependencia severa, entre 1,5 horas y 40 minutos al día, y aquellas con dependencia leve podrán recibir un máximo de 40 minutos al día. La rebaja de la calidad supondrá un ahorro en los costes pero también una disminución de la protección social pudiendo no llegar a satisfacer las necesidades de las personas en situación de dependencia.

Otra de las manifestaciones indirectas del RDL 20/2012 es la contención de los costes de las plazas concertadas y como contrapartida no ser exigentes en el cumplimiento de las normas de acreditación para garantizar la calidad de los centros y servicios del SAAD definidas en el Acuerdo Territorial del 27/12/2008. En la práctica apenas la mitad de las Autonomías han transpuesto los criterios de acreditación a sus respectivas normas autonómicas, lo cual se traduce en la falta de acreditación profesional de los trabajadores. La cantidad de personas sin acreditar su cualificación profesional, en el conjunto de las Autonomías, supera la cifra de 18.000 (Martin-Serrano, 2014) cuando en el 2015 la totalidad de las plantillas residenciales debían estar acreditadas. Las administraciones autonómicas argumentan falta de recursos económicos para la oferta de formación profesional; ello hace tambalear el binomio de “calidad en el empleo = calidad asistencial”.

Otra consecuencia de un “nivel asistencial de baja intensidad” es la precariedad de los empleos; ello se traduce en remuneraciones bajas, elevada proporción de contratos temporales, elevada rotación en los centros y jornadas reducidas (tiempo parcial). El resultado de la precarización afecta a la calidad del trabajo en los servicios y a la escasa creación de empleos, mayormente femeninos (más del 80% del personal de los centros son mujeres). Según Martin-Serrano, el SAAD ha generado, entre 2008 y 2012, alrededor de 167.000 puestos de trabajo netos, cifra que está muy alejada de las que menciona el Libro Blanco de dependencia, las cuales preveían que en 2015 se habrían creado cerca de 300.000 empleos.



La prestación económica vinculada al servicio ha ido aumentando incidiendo en una reducción en los costes al ser estos, aproximadamente, la mitad del coste de los servicios; por otro lado, los centros que aceptan beneficiarios de la Ley de la dependencia con prestación vinculada son empresas privadas “acreditadas”, a las cuales no se les exige el mismo nivel de calidad que para las plazas en los centros concertados.

El hecho de que la prestación vinculada sea una “prestación económica”, a pesar de que la LAPAD la haya convertido en “servicio”, hace que la relación contractual sea entre empresa y usuario, no entre la Administración y el usuario, lo cual deja a éste más indefenso frente a posibles deficiencias en la prestación del servicio.

3.1. La desactivación de la prestación económica de cuidados en el entorno familiar

La desactivación de la prestación económica de cuidados en el entorno familiar (PECEF) se materializa en la “suspensión del pago de la prestación durante dos años”⁽¹⁰⁾ sin que la persona pueda reclamar la retroactividad de la misma. Durante ese periodo no se le da a la persona beneficiaria ninguna otra prestación alternativa, a no ser que se trate de un caso muy grave. Además, en algunas ocasiones no se informa correctamente a la persona beneficiaria de la trascendencia económica de dicha disposición. Ello supone un caso de injusticia social, si bien la Administración logra el objetivo deseado de rebajar el coste de las prestaciones.

Además de la “penalización” de la no retroactividad, las cuantías de la prestación se ha reducido a mínimos. Así, las nuevas cuantías “máximas” de la prestación económica de cuidados en el entorno familiar son de 387,6 €/mes para atender a una persona con dependencia muy grave (Grado 3), de 268,79 €/mes si el beneficiario tiene una dependencia severa (Grado 2) y para los del Grado 1 es de 153 €/mes. Si a la rebaja de las prestaciones añadimos que se deberá costear la cuota de la Seguridad Social (opcional), el resultado sería un *importe neto* de 223€/mes (Grado 3), de 104,25 €/mes (Grado 2) o de 70,73 €/mes (Grado 1). Además, a dichos importes se les deberá deducir el copago correspondiente en función de la capacidad económica de la persona, con lo que el importe a recibir aún será menor.

La política de “desactivación de la PECEF” deja al SAAD sin una prestación que es necesaria para atender una de las mayores demandas de las personas en

(10) Regulado en el RDL 20/2012, de medidas de estabilidad presupuestaria, en el que se establece la suspensión de la prestación por un plazo máximo de dos años.



situación de dependencia, permanecer en el domicilio. La prestación alternativa de la PECEF -el servicio de ayuda a domicilio- no cubre ni mucho menos las necesidades de las personas dependientes; la atención de una profesional durante una hora al día, o dos como máximo, deja a la persona desatendida durante muchas horas a no ser que tenga apoyo familiar. En resumen, se deja sin compensación económica al cuidador familiar cuando ésta (generalmente es femenino), en muchos casos, ha tenido que reducir su jornada de trabajo o pedir excedencia para hacerse cargo de su progenitor o familiar.

Se está haciendo fracasar la PECEF sin buscar una alternativa que realmente responda al objetivo de “cuidados en el domicilio” como la que existe en otros países⁽¹¹⁾. Una prestación alternativa debería tener en cuenta la incorporación de un conjunto de prestaciones adicionales como la formación, el uso de tecnologías, soporte técnico, asesoramiento, etc.

3.2. El éxito de la política de contención de gastos del RDL 20/2012

Las medidas de estabilidad presupuestaria perseguían la contención del gasto público en el SAAD. Los instrumentos utilizados, tal como se han señalado anteriormente, eran la aplicación de medidas directas -disminución de la cuantía del nivel mínimo, disminución de las cuantías de las prestaciones económicas- y, de forma indirecta, mediante la disminución de la intensidad de las prestaciones y de la calidad de las prestaciones de la dependencia.

En 2015 se aprecia un ligero incremento de las prestaciones (4% respecto al año anterior) debido al levantamiento del veto a la entrada de las personas del grado desde julio de 2015. Asimismo, se constata el continuado descenso de las prestaciones económicas debido a las restricciones para asignar la *prestación de cuidados en el entorno familiar*.

El objetivo de contención del gasto del SAAD se logra al estabilizar el número de beneficiarios del sistema y, en correspondencia, el gasto de las prestaciones en los tres ejercicios siguientes al RDL 20/2012. Así, en el cuadro siguiente se observa que el promedio anual de beneficiarios ha permanecido casi estable en los tres ejercicios siguientes a la reforma, aunque con una ligera tendencia a la baja en el 2014.

(11) Austria, Holanda, Luxemburgo conceden prestaciones económicas a la persona beneficiaria en la que está incluida una contraprestación para el cuidador familiar.

Cuadro 6. Evolución del promedio anual de prestaciones de la LAPAD

	2012	2013	2014	2015
Servicios	457.228	461.769	458.350	515.389
Prest. vinculadas a servicio	64.265	67.917	73.497	79.612
PECEF	418.916	410.424	389.961	363.537
Total prestaciones	940.409	940.110	921.808	958.538

PECEF = prestación económica de cuidados en el entorno familiar.

Fuente: SISAAD y elaboración propia.

El cuadro siguiente muestra como el gasto en prestaciones también permanece estable a lo largo de los tres ejercicios aumentando ligeramente en el 2015 por la incorporación de personas beneficiarias de grado 1 al sistema.

Cuadro 7. Evolución del gasto anual de las prestaciones de la LAPAD

	2012	2013	2014	2015 (*)
	(en millones euros)			
Gasto servicios	3.805,73	4.044,14	4.113,25	4.627,39
Gastos prestaciones económicas	2.066,54	1.879,16	1.853,85	1.798,50
Gasto prestaciones	5.872,27	5.923,30	5.967,10	4.425,89
Gastos gestión + atrasos	832,97	651,08	616,17	663,55
Total gasto	6.705,24	6.574,38	6.583,27	7.089,43

Fuente: SISAAD, Informe Mayores (2013) y elaboración propia.

(*) Datos provisionales.

4 MEDIDAS PARA GARANTIZAR UN DETERMINADO NIVEL DE FINANCIACIÓN DEL SAAD

La Comisión de la Unión Europea ve con preocupación el previsible aumento de la demanda de prestaciones públicas derivadas del envejecimiento y su repercusión en el incremento del número de personas en situación de dependencia. El problema se agrava con la entrada masiva como pensionistas de los de la generación del “baby boom” (a partir del 2025). Los cambios en la



estructura sociodemográfica conducirán a acrecentar el ratio de dependencia; la brecha entre oferta y demanda de cuidadores formales e informales; un crecimiento de los salarios por la escasez de personal cualificado y, posiblemente, un incremento de los precios de los servicios formales.

Las proyecciones del gasto del *Ageing Working Group*, (2015) estiman un incremento medio del gasto en el conjunto de los países de la UE de 1,2 puntos del PIB, en el periodo 2013-2060. Así, el promedio del gasto en cuidados de larga duración en los países de la UE pasaría del 1,6% al 2,8% del PIB. Según el AWG, España, que en el 2015 se sitúa en el 0,7% del PIB, alcanzaría el 1,6% del PIB en los albores de 2060, doblando con creces el gasto actual. No obstante, dichas proyecciones de gasto puede variar substancialmente debido a múltiples circunstancias: la mayor o menor prevalencia de discapacidad, el balance entre cuidados formales/no formales, la proporción de cuidados entre domicilio/institucionalizado, el coste de los cuidados, el flujo de inmigración, entre otros.

En España, el incremento porcentual de un punto del PIB⁽¹²⁾ en el 2060 se debe, no solo al crecimiento del envejecimiento sino también al reducido gasto público actual influido por los recortes presupuestarios del RDL20/2012.

La tensión por los ingresos fiscales es cada vez mayor, tanto por la disminución de la población activa como por las tendencias neoliberales a disminuir la presión fiscal. Por ello, sería conveniente asegurar un “blindaje” del gasto público de los cuidados de larga duración. Ello comporta buscar vías de financiación de carácter permanente⁽¹³⁾ u otros métodos que aseguren presupuestos suficientes para la atención de los cuidados de larga duración. Entre ellas se citan las siguientes propuestas: a) afectar la recaudación de impuestos o de tasas existentes como el Impuesto s/ Patrimonio, Impuesto s/ Sucesiones y donaciones, tasa sobre el juego, entre otros y b) blindar el presupuesto de la AGE y de las autonomías con cláusulas que obliguen a dedicar un porcentaje de los ingresos fiscales a dicho fin.

La primera propuesta no garantiza la igual aplicación por las Autonomías. No todas las CCAA han desarrollado los impuestos cedidos con la misma profundidad y, en ocasiones, los Gobiernos los utilizan con fines electoralistas ofreciendo bonificaciones que disminuyen o anulan la recaudación del impuesto; hay CCAA que aplican una bonificación del 100% en el Impuesto sobre Patrimonio. No obstante, tienen la ventaja de que al ser impuestos próximos a las personas, tanto en el objeto del gravamen como en la aplicación territorial, lo

(12) Con referencia al PIB (2015) serían 10.500 millones anuales, aproximadamente.

(13) Se excluirían acciones como el día de solidaridad u otras aportaciones de carácter voluntario.



cual facilita la comprensión por parte de los ciudadanos de que sean ingresos afectados a la dependencia.

La segunda propuesta es de más fácil aplicación siempre que se logre un “consenso político” para destinar un porcentaje fijo del conjunto de ingresos fiscales, o de algunos impuestos concretos como puede ser el IRPF, para ser distribuido entre las CCAA a dicho fin. El blindaje se debería aplicar tanto en los presupuestos del Estado como en los de las CCAA.

La tercera propuesta es considerar la introducción de un impuesto específico para la financiación de la dependencia.

4.1. Otras prestaciones a considerar en la provisión de la LAPAD

Las ayudas técnicas y el uso de las nuevas tecnologías son prestaciones que tienen una gran utilidad para las persona en situación de dependencia ayudándoles en suplir los déficits funcionales. Existen experiencias pioneras en la robotización de viviendas y en el uso de las nuevas tecnologías que permiten que el cuidador familiar continúe su vida laboral controlando las actividades del familiar en su domicilio. Este tipo de prestaciones aunque pueden tener un coste elevado en su implantación deben ser consideradas como una inversión, la cual disminuye el coste de prestaciones de cuidados formales en una atención prolongada.

La LAPAD no garantiza el *continuum asistencial* al no prever servicios sociosanitarios específicos para las personas en situación de dependencia social con alta dependencia sanitaria. Estos servicios, denominados “sociosanitarios” en el art. 14 de la Ley de Cohesión y Calidad del SNS (Servicio Nacional de Salud), son los destinados a “aquellos enfermos, generalmente crónicos, que por sus especiales características necesitan 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”. Actualmente los servicios sociosanitarios son prestados mayoritariamente en el ámbito sanitario sin garantizar la participación de los servicios sociales, ni los flujos de usuarios entre los servicios sanitarios y los servicios sociales y viceversa. Por otra parte, la ley de la dependencia no prevé la situación de personas en situación con dependencia sociosanitaria.

El catálogo de prestaciones de la LAPAD debería incluir los “nuevos” servicios sociosanitarios reconociendo un “grado 4 de dependencia” el cual plasmaría las necesidades de atención social y sanitaria adecuadas a dichas personas debiéndose determinar la cuantía del nivel mínimo de financiación que les correspondería a las CCAA.



5 CONCLUSIONES Y PROPUESTAS DE FUTURO

Uno de los temas más importantes en el debate de la reforma del SAAD es la reconstrucción del modelo asistencial de la LAPAD después de su “refundación” a partir de las medidas desarrolladas en el RDL 20/2012. Las medidas de estabilidad presupuestaria incluidas en dicho decreto supusieron un recorte profundo en el conjunto del gasto dedicado a la atención a la dependencia. La financiación directa del Estado a las Autonomías (nivel mínimo, nivel acordado y suplementos de créditos) ha quedado reducida casi a la mitad si comparamos la cantidad asignada en el 2014 respecto a la cantidad recibida en el 2010 (2.745,35€ año por persona beneficiaria en el 2010 a 1.554,21€ año en el 2014).

Los recortes financieros de las medidas de estabilidad presupuestaria han contribuido a rebajar el contenido y la calidad asistencial de las prestaciones de forma que el sistema de provisión de prestaciones contenidas originariamente en la Ley 39/2006 han sido modificadas sustancialmente. Las personas beneficiarias son las principales afectadas, ya que han visto recortar sus derechos y la intensidad y calidad de sus prestaciones exigiéndoles, al mismo tiempo, mayores importes de los copagos provocando en algunas situaciones un “efecto expulsión” del Sistema.

Las Autonomías son las que sufren las consecuencias finales del modelo de financiación actual al tener que financiar el resto del coste no financiado ni por la AGE, ni por el usuario; así las CCAA contribuyen con el 60% del coste total de las prestaciones, los usuarios con el 23% y la AGE con el 17% según las estimaciones efectuadas para el año 2014. El objetivo del Gobierno de reducir el gasto del SAAD a través de la “refundación” de la LAPAD alcanzó su objetivo de forma que durante los tres ejercicios posteriores al RDL 20/2012, el gasto de la LAPAD se ha mantenido estable así como el número de beneficiarios provocando el estancamiento del Sistema.

Propuestas de futuro:

Uno de los principales problemas que se debe afrontar es la reforma del sistema de financiación del SAAD (Sistema de Autonomía y Atención a las Personas en Situación de Dependencia). Con carácter urgente se deben incrementar los módulos de financiación del nivel mínimo cuyas cuantías deben ser representativas del coste medio de las prestaciones en cada uno de los grados de dependencia. Con ello se lograría eliminar el agravio de la “brecha de financiación entre el coste y el nivel mínimo”.

Se debería plantear una reforma profunda del modelo actual de financiación del SAAD en el que desaparezca la instrumentalización del nivel mínimo



como control y penalización de la actividad de las Autonomías por parte de la AGE. El nuevo modelo de financiación debe realizarse mediante transferencias incondicionadas a las Autonomías, aplicando criterios que garanticen la suficiencia financiera y la calidad de las prestaciones, asimismo asegurando la equidad entre los usuarios y entre los territorios. Ello requeriría reformar la Ley 39/2006. Se debería aprovechar la próxima reforma del sistema de financiación autonómica para establecer el nuevo modelo de financiación del SAAD. Las Autonomías deberían comprometerse al buen funcionamiento de la gestión de los expedientes administrativos y al libramiento de la información requerida para el SISAAD, estableciendo mecanismos de transparencia en el control de las cuentas relativas a la gestión del SAAD.

Se debe emprender una reforma urgente del modelo de contribución de los usuarios en la financiación de las prestaciones (copagos). El copago **no** debe tener carácter recaudatorio sino de corresponsabilidad del usuario en la financiación del Sistema. Con carácter urgente se debería eliminar la imputación del patrimonio para la valoración de la capacidad económica ya que está demostrado que este mecanismo tiene un efecto contrario al deseado, es decir, trunca la progresividad del modelo, no aumentando la capacidad económica de aquellas personas con rentas medias-altas y altas y en cambio, penaliza a aquellas con rentas medias y bajas.

Se debe homogeneizar y agilizar el modelo de determinación del copago de los usuarios en las prestaciones del SAAD de forma que asegure la equidad entre los usuarios inter e intra territorialmente. Se debe establecer un sistema informático común para todas las CCAA, tutelado por el IMSERSO, que recoja la información de las rentas de los usuarios y determine la tarifa que le correspondería a cada uno de ellos según sus circunstancias personales y económicas. De esta forma se evitaría la *enorme burocracia* actual en el proceso de asignación de las prestaciones y se garantizaría la neutralidad y uniformidad de criterios en el cálculo de la capacidad económica de los usuarios.

Se debería blindar el montante del presupuesto de las Autonomías mediante la asignación de un determinado porcentaje del PIB. Se podría asegurar la financiación total o parcial afectando la recaudación de impuestos autonómicos (Impuesto s/Patrimonio o Impuesto s/Sucesiones y donaciones) o la creación de fondos específicos para asegurar la financiación suficiente de las prestaciones de la dependencia.

Se debe garantizar la calidad de las prestaciones, exigiendo el cumplimiento de los ratios de plantilla y el nivel de cualificación de los profesionales en los centros y servicios del SAAD. Se debe velar por una oferta de formación adecuada y suficiente para los trabajadores del sector, que asegure la calidad



asistencial. Se deben establecer medidas que conduzcan a reducir la precariedad laboral de los trabajadores, así como promover incentivos laborales a la contratación indefinida de trabajadores en este sector con el fin de reducir su temporalidad. Se debe establecer un sistema de indicadores del SAAD para la evaluación de los servicios -públicos y privados- de todas las prestaciones, con la consiguiente publicación de los resultados en el SISAAD.

Se debe revisar el catálogo de prestaciones de la LAPAD, dotándolas del contenido y calidad suficientes para cubrir las diferentes necesidades de las personas según el grado de dependencia. Se deben reconvertir las prestaciones vinculadas en prestaciones de servicios concertados integrados en la red pública, con el fin de garantizar la calidad de los servicios. Se debería repensar la prestación económica de cuidados en el entorno familiar de manera que dote de empoderamiento al usuario y prevea servicios de soporte al cuidador. Se deben incorporar en el catálogo de las prestaciones de la LAPAD, las “nuevas” prestaciones sociosanitarias, así como la definición de un nuevo grado de dependencia “grado 4” para atender a las personas con enfermedades crónicas en situación de dependencia definiendo la correspondiente cuantía del nivel mínimo. Las ayudas técnicas y el uso de las nuevas tecnologías deberían ser incentivadas como instrumentos de inversión ya que, a medio plazo, pueden suponer ahorros importantes de costes de cuidados formales.

6 BIBLIOGRAFIA

ASOCIACIÓN ESTATAL DE DIRECTORES Y GERENTES DE SERVICIOS SOCIALES (2010-2015): “Informes sobre el desarrollo y evaluación territorial de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia” en *Observatorio AEDGSS*. Madrid.

CASADO, D. (2010): “La Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia y su contexto de medidas públicas”. *Documentación Administrativa*, nº 276-277 pp. 82-112.

COMAS-HERRERA, A. (2013): “Dependencia, financiación público-privada y sostenibilidad” en *Actas de la Dependencia*, nº 9, pp. 7-27

CONSEJO ECONÓMICO Y SOCIAL (2013): *La aplicación de la ley de la dependencia en España*. Madrid.

ECONOMIC POLICY COMMITTEE’S WORKING GROUP ON AGEING POPULATIONS AND SUSTAINABILITY [Ageing Working Group]. The 2015 Ageing Report. European economy 3/2015.



- FANTOVA, F. (2008): *Sistemas públicos de servicios sociales. Nuevos derechos, nuevas respuestas*. Bilbao: Instituto de Derechos Humanos .Universidad de Deusto.
- GÓMEZ, M.; HERNÁNDEZ, J.; MARTÍN, E.M. y SOSVILLA, S. (2012): “La atención a la dependencia: Estimaciones del gasto presupuestario y sus efectos macroeconómicos” en *Presupuesto y Gasto Público* nº 66, pp. 127-148.
- HINRICHS, K. y WALFERMANN, C. (2011): “El seguro social de cuidaos en Alemania” en *Papeles de Economía Española* nº 129: pp. 123-136.
- MARBÁN, V. y RODRÍGUEZ CABRERO, G. (2012): “La atención a la dependencia en una perspectiva europea: de la asistencialización a la cuasi-universalización” en Eloísa del Pino y Josefa Rubio Lara J (coord.) (2013). *Los Estados de Bienestar en la encrucijada: políticas sociales en perspectiva comparada*. Tecnos.
- MARTÍN SERRANO, E. (2014): “Es todavía posible un sistema de dependencia como motor económico y de empleo?” en *Actas de la dependencia*, nº 11/2014.
- MINISTERIO DE SANIDAD, POLÍTICA SOCIAL E IGUALDAD (2011a): *Informe del Gobierno para la evaluación de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a la Dependencia*.
- MINISTERIO DE SANIDAD, POLÍTICA SOCIAL E IGUALDAD (2011b): *Informe evaluación de la LAPAD*. http://www.dependencia.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/im_082153.pdf
- MINISTERIO DE SANIDAD, POLÍTICA SOCIAL E IGUALDAD (2011c): *Libro Blanco de la coordinación sociosanitaria en España*. Madrid.
- MINISTERIO DE TRABAJO Y ASUNTOS SOCIALES (2004): *Libro blanco de la dependencia*. Madrid.
- MONTERO, M. (2014): “Análisis comparado de los sistemas de cuidados y atención a la dependencia en Alemania y España” en *Actas de la Dependencia*, nº 10, pp. 1-28.
- MONTSERRAT, J. (2010): “La política redistributiva de las prestaciones de la dependencia: análisis del impacto del copago en las rentas de los usuarios” en *Documentos de trabajo del Instituto de Estudios Fiscales* nº 10/2010.
- MONTSERRAT, J. (2011): “Copago en la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia: costes e impactos en la renta de los usuarios” en *Papeles de Economía Española*, nº 129/2011, pp.195-207.
- MONTSERRAT, J. y MONTEJO, I. (2012): “El copago en la Ley de Promoción de



la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia en la reforma del sistema de dependencia: costes y financiación” en *Actas de la Dependencia*, nº. 6, pp. 75-99.

MONTSERRAT, J. (2014): “El impacto de la crisis en el Sistema de atención a la dependencia: ¿Hacia un cambio de modelo?” en *VII Informe FOESSA*. Madrid.

PRADA, M.D. y BORGE, L.M. (2014): *Una aproximación al coste de la dependencia en España y su financiación*. Fundación Caser. Madrid.

RODRÍGUEZ CABRERO, G. (2004): “La población dependiente española y sus cuidadores” en D. Casado (coord), *Respuestas a la dependencia*. Edit. CCS. Madrid.

RODRÍGUEZ CABRERO, G. (2011): “Los sistemas públicos europeos de atención a la dependencia” en *Actas de la Dependencia*, nº 1, pp. 66-91.

RODRÍGUEZ CABRERO, G. (2012): “La Ley de la dependencia: ¿una oportunidad perdida en el desarrollo de los derechos sociales?” en *Gaceta sindical: reflexión y debate* nº 19, pp.319-338.

SOSVILLA, S. (2008): “Un análisis estratégico del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia” en *Colección Estudios Económicos 23-08*, Serie Economía Regional. Cátedra Fedea - Caja Madrid.

SOSVILLA, S. (2011): *Estimación del impacto macroeconómico de la atención a la dependencia*. Madrid: IMSERSO.

SOTELO, H. (2007): “Tendencias recientes en los servicios sociales europeos: algunos ejemplos paradigmáticos” en D. Casado y F. Fantova (coord.). *Perfeccionamiento de los servicios sociales en España*. Madrid: FOESSA.

TRIBUNAL DE CUENTAS (2013): *Informe nº 977 y 1.035 de fiscalización de la gestión económico-financiera y de la aplicación de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a la Dependencia*. Madrid.

VILÀ MANCEBO, T. (2013): “Evolución y reforma del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia” en *Actas de la Dependencia* nº 8, pp. 1-21.



Valoración de la situación del SAAD y propuestas de futuro

Antonio Jiménez Lara

Sociólogo

ajimenezlara@gmail.com

Fecha de recepción: 14/12/2015

Fecha de aceptación: 28/12/2015

Sumario

1. Valoración de la situación del SAAD. 2. Propuestas de futuro. 3. Referencias.

RESUMEN

A partir de una valoración de la situación actual del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, en la que se concluye que, tras más de ocho años desde la puesta en marcha de la Ley 39/2006 de Promoción de la Autonomía personal y Atención a las personas en situación de Dependencia (LAPAD), se está muy lejos de poder afirmar que el nuevo derecho de ciudadanía creado por dicha ley esté garantizado, se formulan una serie de propuestas dirigidas a hacer viable y sostenible la atención a todas las personas en situación de dependencia, conforme a los principios de universalidad, equidad y accesibilidad que inspiraron la LAPAD: un acuerdo de Estado que exprese el compromiso de aplicación efectiva de la Ley; un blindaje de la financiación, que asegure su suficiencia; el restablecimiento de los derechos garantizados por la Ley que han sido recortados en los últimos años; una serie de cambios dirigidos a perfeccionar el modelo y corregir sus disfuncionalidades y un desarrollo efectivo del espacio sociosanitario.

Palabras clave:

Dependencia, atención a la dependencia, autonomía personal, política social, servicios sociales, derechos humanos.

**ABSTRACT**

From an assessment of the current situation of the Spanish System for Autonomy and Care of Dependants, where it is concluded that, after more than eight years since the implementation of Law 39/2006 of promotion of personal autonomy and care for people in a situation of dependency (LAPAD), it is far from able to say that the new citizenship rights created by this law are guaranteed, a number of proposals to make viable and sustainable care to everyone in situations of dependency, according to the principles of universality, equity and accessibility that inspired the LAPAD are formulated: an agreement of State expressing the commitment to effective implementation of the LAPAD; a shield of funding, to ensure its sufficiency; the restoration of the rights guaranteed by law that have been cut in recent years; a series of changes aimed at improving the model and correct its dysfunctions and an effective development of the socio-sanitary space.

Key words:

Dependency, care of dependants, personal autonomy, public policy, social services, human rights.

1 VALORACIÓN DE LA SITUACIÓN DEL SAAD

La Ley 39/2006, de Promoción de la Autonomía personal y Atención a las personas en situación de Dependencia (en adelante, LAPAD), tenía como objetivo la creación de un nuevo derecho de ciudadanía que diera respuesta a las necesidades de atención que tienen las personas que requieren apoyo para desarrollar las actividades esenciales de la vida diaria, alcanzar una mayor autonomía personal y poder ejercer plenamente sus derechos. Tal y como se recoge en su exposición de motivos y se establece en su título preliminar, la LAPAD configura un **derecho subjetivo de ciudadanía a la promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia** que se fundamenta en los principios de universalidad, equidad y accesibilidad y se hace efectivo a través del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD), un instrumento que sirve de cauce para la colaboración y participación de todas las administraciones públicas y de los demás agentes implicados, optimiza los recursos públicos y privados disponibles, y configura una red de utilización pública que integra, de forma coordinada, centros y servicios públicos y privados.

La voluntad del legislador de crear y configurar un auténtico derecho subjetivo a la promoción de la autonomía personal y atención de las situaciones de dependencia es absolutamente clara (se delimitan las prestaciones en las que se concreta ese derecho, se establecen los requisitos de acceso, se precisa que la financiación ha de ser suficiente para garantizar el cumplimiento de las obligaciones que correspondan a las administraciones públicas competentes y se exige a éstas que la determinen anualmente en los correspondientes presupuestos, y se confiere a las personas en situación de dependencia la legitimación para iniciar las acciones administrativas y jurisdiccionales en defensa del derecho que reconoce la ley), y se ve reafirmada por el hecho de que la regulación de las condiciones básicas de promoción de la autonomía personal y de atención a las personas en situación de dependencia que la LAPAD lleva a cabo se fundamenta, tal y como se afirma en la exposición de motivos de la ley, en la competencia exclusiva del Estado para la regulación de las condiciones básicas que garanticen la igualdad de todos los españoles en el ejercicio de los derechos y en el cumplimiento de los deberes constitucionales (artículo 149.1,1ª CE).

La LAPAD supuso una apuesta decidida por la **profesionalización de la atención** de las necesidades de las personas dependientes a través de servicios



sociales de calidad, garantistas y plenamente universales, dotados de los recursos necesarios. En ese sentido, la LAPAD establece el **carácter prioritario de los servicios sociales de promoción de la autonomía personal y de atención a la dependencia** que se especifican en el artículo 15 de la ley (servicios de prevención de las situaciones de dependencia, servicios de promoción de la autonomía personal, servicio de teleasistencia, servicio de ayuda a domicilio, servicio de centro de día y noche y servicio de atención residencial) y su prestación a través de la oferta pública de la red de servicios sociales por las respectivas Comunidades Autónomas (art. 14.2), y la **excepcionalidad de la prestación económica para cuidados en el entorno familiar y apoyo a cuidadores no profesionales** (art. 14.4).

La LAPAD suponía, también, una apuesta firme por una política de **inversión social**, que además de dar respuesta a las necesidades sociales lo hiciera **impulsando el crecimiento y la cohesión**. La atención a la dependencia se concreta, fundamentalmente, en actividades de cuidados personales, muy intensivos en trabajo. Los recursos que se dedican a financiar esa atención contribuyen también a crear empleo y a potenciar la actividad económica, y generan importantes retornos para los fondos públicos en forma de cotizaciones sociales, ahorro en prestaciones de desempleo y crecimiento de la base impositiva. En la *Memoria de análisis de impacto normativo, económico, de género e igualdad de oportunidades, no discriminación y accesibilidad universal* que acompañaba al anteproyecto de ley, se subrayaba el efecto estimulador de la demanda agregada que podría derivarse de la implantación de la LAPAD (un incremento del 1,56% del PIB, muy superior al 1,05% del PIB en el que se cifraba el gasto anual total del sistema una vez completada su implantación), la creación de empleo (entre 160.000 y 263.000 empleos nuevos en 2010, según la metodología de estimación empleada), y los retornos fiscales que se generarían (dos terceras partes del gasto asociado al despliegue del SAAD).

Debe subrayarse que **el legislador era consciente de la magnitud del esfuerzo necesario para garantizar el derecho reconocido por la LAPAD**. Precisamente por ello, dada la importante inversión requerida, la ley preveía una implantación gradual y progresiva de los servicios y las prestaciones en un amplio periodo de tiempo. En la ya citada Memoria de impacto del anteproyecto de ley, se estimaba el coste total anual del sistema, una vez se hubiese completado su implantación, en 9.355 millones de euros (aproximadamente un 1,1% del PIB, asumiendo que los cálculos se hacían en euros corrientes de 2004), de los cuales 6.203 millones habrían de ser aportados por las administraciones públicas (en esta cifra se incluye tanto el coste nuevo del sistema, cifrado en 4.426 millones de euros anuales, como el coste correspondiente a los beneficiarios que ya estaban siendo atendidos con anterioridad a la aprobación de la ley, cifrado en



1.777 millones), y 3.153 millones de euros habrían de ser aportados por los beneficiarios. La Memoria especificaba, asimismo, que la Administración General del Estado y las comunidades autónomas financiarían el coste nuevo que supusiera la implantación del sistema al 50 por ciento, aportando las corporaciones locales los terrenos necesarios para la creación de la infraestructura de centros. Este escenario de costes estaba calculado teniendo en cuenta las estimaciones y proyecciones de población dependiente del *Libro Blanco*, según el cual en 2015 el número de personas con derecho a prestaciones ascendería a 1.373.248.

Transcurridos más de ocho años desde la puesta en marcha de la LAPAD, es obligado reconocer que **se está muy lejos de poder afirmar que ese nuevo derecho de ciudadanía esté garantizado**. Según las estadísticas oficiales del SISAAD, a 30 de noviembre de 2015 un total de 393.012 personas con derecho a prestaciones están todavía a la espera de que se les asigne uno de los servicios o prestaciones económicas del catálogo. De acuerdo con esas mismas estadísticas, el número de beneficiarios del SAAD ha estado estancado en torno a los 750.000 desde principios de 2012, y solo en los últimos meses (desde agosto de 2015) ha vuelto a ascender ligeramente, hasta alcanzar los 788.542 a finales de noviembre, al haber finalizado la moratoria para la incorporación de personas con dependencia moderada. La Asociación de Directores y Gerentes en Servicios Sociales (2015: 2) calcula que durante los últimos cuatro años más de 100.000 personas han fallecido sin recibir las ayudas a las que tenían derecho, y afirma que los servicios y prestaciones previstos en la Ley no dan respuesta eficaz a muchas de las necesidades reales de autonomía personal ni suponen una atención a la dependencia con suficiente intensidad o calidad. La Coordinadora Estatal de Plataformas en Defensa de la Ley de Dependencia del Estado Español (COES-LAPAD), que interpuso en agosto de 2015 una denuncia contra el Presidente del Gobierno por violar los derechos de las personas dependientes, estima que el Estado no está aportando el 50% del coste del sistema, sino solo el 17% (Europa Press, 2015).

¿Qué ha ocurrido para que se llegara a esta situación de colapso, que frustra de forma tan cruel para muchas personas dependientes las expectativas que la LAPAD levantó en su día? Reiteradamente se ha argumentado que la causa principal es que la LAPAD, que fue una ley gestada en tiempos de prosperidad y tuvo la mala suerte de que su período de implantación coincidiese con los años más virulentos de la crisis económica que se desató en 2008, es inviable en el nuevo escenario económico. En noviembre de 2011, Mariano Rajoy, a la sazón candidato a la Presidencia del Gobierno, declaró en una entrevista al diario El País que la LAPAD no le parecía viable y que “lo que hay que hacer es ir haciendo lo que se pueda. Es un objetivo muy loable el de ayudar a aquellas personas que no se pueden valer por sí mismas, pero como le digo podemos tener el modelo de bien-



estar que nos permitan nuestros ingresos, nuestros recursos y nuestra actividad económica” (El País, 2011). Unos meses después, la ministra Ana Mato justificaba la reforma de la LAPAD emprendida por departamento afirmando que, de no hacerlo, sería absolutamente insostenible (Europa Press, 2012).

También se ha argumentado que el proceso de implantación de la LAPAD ha revestido una enorme complejidad técnica, dado que ha sido necesario crear *ex novo* la propia normativa de implantación del sistema. Esa complejidad, derivada de la diversidad de administraciones implicadas y de la necesidad de encajar el nuevo sistema previsto en la ley en las estructuras preexistentes de los sistemas autonómicos de servicios sociales, hizo que la primera etapa del proceso de implantación de la ley fuera, según la caracterización recogida en el X Dictamen del Observatorio sobre la Dependencia (Asociación Estatal de Directores y Gerentes en Servicios Sociales, 2013), de **desconcierto**. El complejo diseño competencial, el bajo nivel de concreción en la definición de aspectos tales como la propia cartera de servicios, y el hecho de que muchos otros aspectos cruciales, como los mecanismos de financiación y la participación de los beneficiarios en el coste de las prestaciones y servicios quedasen supeditados al posterior desarrollo normativo, hicieron que el sistema, desde sus inicios, haya padecido un profundo problema de indefinición e incertidumbre en sus dimensiones política, conceptual, normativa, organizativa y de financiación, (Oliva, 2014: 23)

No obstante, pronto se superó esa fase inicial de desconcierto y se entró en una etapa de **consolidación y expansión** (2009 y 2010) en la que la gestión del sistema tuvo un ritmo muy dinámico, que luego se **ralentizó hasta llegar a estancarse** (2011). Desde principios de 2012 estamos asistiendo a una cuarta fase, en la que se han sucedido una serie de modificaciones normativas y medidas de ajuste dirigidas a contener el gasto del sistema, que ha merecido ser calificada como de **retroceso y demolición**.

Las modificaciones realizadas en esta última fase han consistido, entre otras, en retrasos en la aplicación (con un doble aplazamiento de la incorporación de dependientes moderados, que no ha comenzado a producirse hasta el pasado mes de julio), en la suspensión (indefinida) del nivel acordado, que ha colocado a las comunidades autónomas en una difícil situación como administraciones competentes para la gestión del sistema, en cambios dirigidos a reducir costes mediante la limitación de prestaciones y servicios (irretroactividad del reconocimiento del derecho, suspensión durante un plazo máximo de dos años de los efectos económicos del reconocimiento del derecho a la prestación económica por cuidados en el medio familiar, supresión de la distinción de niveles dentro de cada grado, nueva regulación de la incompatibilidad de prestaciones, reducción de la intensidad de las prestaciones, supresión de la protección social de los



cuidadores no profesionales), y en cambios en la regulación del copago, que lo han incrementado de forma sustancial.

El denominador común de la mayor parte de las medidas adoptadas en los cuatro últimos años ha sido la **obsesión por reducir los costes derivados de la aplicación de la ley**. Incluso las modificaciones realizadas para hacer menos atractiva la prestación económica de cuidados en el entorno familiar (que supone para las administraciones unos costes comparativamente muy inferiores a la provisión de servicios) han respondido más al interés por reducir el coste económico de esta prestación que al deseo de potenciar los servicios profesionalizados (Montilla, 2015: 163). Muy pocas medidas (en concreto, la extensión de la posibilidad de conceder la prestación económica de asistencia personal, antes circunscrita a los grandes dependientes, a personas con dependencia severa y moderada) parecen escapar a esta lógica de reducción o contención del gasto.

En definitiva, cabe afirmar (Montilla, 2015: 164) que las modificaciones legislativas adoptadas en el contexto (y con el pretexto) de la crisis económica no han tenido como objetivo lograr un cambio en el modelo, sino reducir sus costes y limitar las aportaciones de las distintas administraciones, y en particular las de la Administración General del Estado. El resultado es que **se ha alterado la aplicación del modelo hasta hacerlo insostenible**. La retirada del Estado, que no cubre siquiera el nivel básico de protección, ha limitado gravemente el modelo de cooperación interadministrativa y la garantía de igualdad, que eran dos de los pilares de la LAPAD (Montilla, 2015: 166).

No parece, por tanto, aventurado afirmar, como hemos hecho ya en alguna otra ocasión (Jiménez Lara y Rodríguez Castedo, 2012), que no ha sido la crisis, sino sobre todo cierto tipo de **respuestas adoptadas ante la crisis**, lo que ha frustrado el desarrollo de la LAPAD y el ejercicio de los derechos que esta ley reconocía a las personas en situación de dependencia.

Las estrategias de respuesta a la crisis apostaron, en una primera etapa, por una mayor implicación del sector público con el fin de incrementar la demanda agregada. En España, el gobierno puso en marcha, a principios de 2009, un conjunto de medidas de política económica con el objetivo de impulsar la actividad económica del país, movilizando grandes cantidades de dinero público para paliar los efectos de la crisis en familias y empresas y recuperar la senda de crecimiento y de creación de empleo. Entre muchas otras medidas, el Plan Español para el estímulo de la Economía y el Empleo, más conocido como Plan E, incrementó los recursos destinados al SAAD, mediante la aprobación de una partida de 400 millones de euros específicamente destinada a proporcionar a las Comunidades Autónomas recursos extraordinarios para facilitar el desarrollo y modernización de la red de servicios del Sistema y, paralelamente, favorecer



la generación de empleo en el sector, y de otra de 30 millones de euros para el fortalecimiento de los programas de envejecimiento activo gestionados por el IMSERSO. También se aprobó la puesta en marcha del Fondo de Apoyo para la Promoción y Desarrollo de Infraestructuras y Servicios del Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia, con una dotación inicial de 17 millones de euros. La etapa de consolidación y expansión en el proceso de implantación de la LAPAD coincidió (y en parte se vio reforzada), por ese tipo de respuestas.

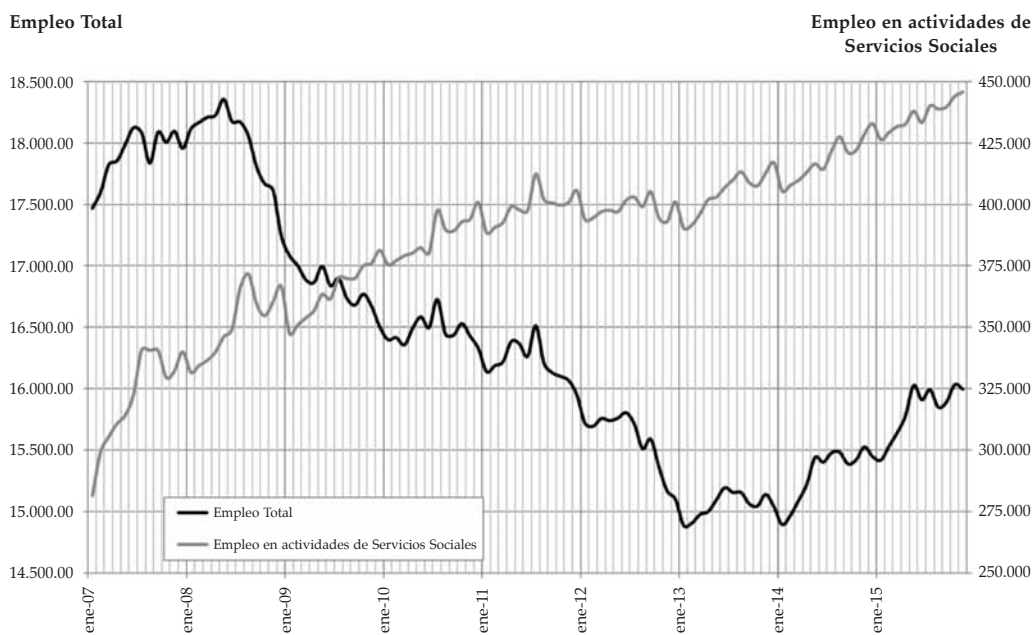
En una segunda etapa, las políticas de respuesta a la crisis dieron, en toda Europa, un giro brusco hacia una orientación que priorizaba la consolidación fiscal. El punto de inflexión puede situarse en mayo de 2010, cuando los principales países europeos adoptaron severos planes de ajuste de sus finanzas públicas y, en España, se aprobó el Real Decreto-Ley 8/2010, de 20 de mayo, de medidas extraordinarias para la reducción del déficit público, que ya contemplaba algunas modificaciones del régimen jurídico de las prestaciones de dependencia. Después vinieron la reforma del artículo 135 de la Constitución (que estableció el concepto de estabilidad presupuestaria y la prioridad absoluta del pago de la deuda pública en los presupuestos generales, sin enmienda o modificación posible), las severas medidas de ajuste presupuestario adoptadas por el Gobierno a finales de diciembre de 2011, la suspensión del nivel acordado de la LAPAD y de su marco de cooperación administrativa en la Ley de Presupuestos Generales del Estado para 2012, y las modificaciones realizadas en la LAPAD por el artículo 22 del Real Decreto-ley 20/2012, de 13 de julio, de medidas para garantizar la estabilidad presupuestaria y de fomento de la competitividad.

Además de comprometer gravemente la sostenibilidad del Sistema de Promoción de la Autonomía y Atención a la Dependencia y de inducir un grave retroceso en la garantía del derecho de ciudadanía que creó la LAPAD, estas medidas han tenido un **coste de oportunidad** demoledor, pues han impedido que la LAPAD haya podido realizar plenamente su potencial de generación de empleo. A pesar de ello, el empleo en servicios sociales ha crecido, desde la aprobación de la LAPAD, en cerca de 165.000 puestos de trabajo, en un contexto que ha sido muy desfavorable durante la mayor parte del período considerado, como muestra el gráfico siguiente.

La Asociación de Directores y Gerentes en Servicios Sociales ha cifrado en más de 70.000 puestos de trabajo los que se habrían generado sólo en 2013 si el Gobierno, en lugar de recortar, hubiese invertido 1.200 millones de euros más en servicios de atención a la dependencia (los necesarios para incrementar el número de atendidos en 90.000 personas, evitando grandes sufrimientos y esperas) y, calcula que habría podido recuperar, mediante retornos directos, indirectos e inducidos casi la totalidad de la inversión (Asociación de Directores y



Evolución del número de afiliados en alta al Sistema de Seguridad Social (Total y actividades de Servicios Sociales), enero 2007-noviembre 2015



Gerentes en Servicios Sociales, 2015: 4). El énfasis en la contención del gasto ha castigado duramente un sector generador de empleo y de actividad económica, que mejora la calidad de vida y promueve la cohesión social. En lugar de insistir obsesivamente en dónde y cómo recortar sin provocar un tumulto social, sería mucho más útil plantearse qué acciones mejorarían el bienestar de los ciudadanos con el uso eficiente de recursos ya existentes en el mapa de los servicios públicos y privados, y cuáles de ellas podrían estimular los ingresos del sistema y disminuir el gasto general (Herrera, 2012: 59).

2 PROPUESTAS DE FUTURO

La promoción de la autonomía personal y la atención a las personas en situación de dependencia son objetivos irrenunciables. La **viabilidad y sostenibilidad** de un sistema público que dé respuesta a las necesidades y asegure el derecho de los ciudadanos a los cuidados de larga duración no depende tanto de consideraciones técnicas, competenciales o económicas como de la existencia o no de una **voluntad política** firme de garantizar la atención equitativa del sistema a todas las personas en situación de dependencia, conforme al criterio



de universalidad. Los costes que supone mantener un nivel de atención decente son sin duda elevados (por encima de un punto del PIB anual), pero perfectamente asumibles con un diseño fiscal responsable, y pueden ser optimizados mediante una coordinación sociosanitaria efectiva, que garantice una asignación más eficiente de los recursos (y, en espacial, un nuevo balance entre los recursos dedicados a la curación y los dedicados al cuidado). Además, no debe olvidarse que la apuesta por una atención profesionalizada genera importantes retornos fiscales, pues favorece el desarrollo económico activando el empleo en general y reequilibrando la posición de la mujer en el mercado laboral, en particular (Galera, 2014: 15).

Un acuerdo de Estado que exprese el compromiso de aplicación efectiva de la LAPAD

Una forma de hacer expresa esa voluntad sería la adopción de **un acuerdo de Estado** que incorpore los distintos actores políticos y los territorios, del que resulte un compromiso para la aplicación efectiva de la LAPAD con las modificaciones que se consideren convenientes. Este acuerdo debe garantizar una financiación suficiente del sistema que asegure su estabilidad y la continuidad en el tiempo de los servicios que lo integran, sin que se produzca reducción o supresión injustificada de ninguno de ellos. El acuerdo ha de incluir asimismo la cobertura completa del nivel mínimo por parte del Estado y la recuperación del nivel acordado.

Un blindaje de la financiación, que asegure su suficiencia

En materia de financiación, sería necesario **un blindaje que asegure la dotación de los recursos suficientes** para garantizar el cumplimiento de las obligaciones que correspondan a las administraciones públicas competentes, evitando que la crisis pueda ser puesta como excusa para poner las cuestiones económicas por delante de las personas.

La vía para para lograr este blindaje podría ser **una reforma constitucional que garantice el principio de no regresividad de los derechos y una financiación suficiente para hacerlos valer**. Esta reforma es necesaria en tanto que la regulación actual en materia de justicia de ingresos y gastos públicos ha permitido al Tribunal Constitucional llegar a dos conclusiones que son contrarias a los derechos humanos: que la efectividad de un derecho queda supeditada a la financiación suficiente, y que la falta de financiación legitima retrocesos en el cumplimiento de los derechos, incluso en su titularidad o contenido (Amnistía Internacional, Greenpeace, Oxfam Intermón, 2015: 12). En esta línea se



ha pronunciado también el CERMI, al proponer la constitucionalización de los derechos sociales con el carácter de derechos fundamentales, con las notas de derechos subjetivos, suficientes, vinculantes y exigibles, con mecanismos plenos de protección y tutela, incluida la judicial. Las propuestas de reforma constitucional del PSOE incluyen también esta temática, al contemplar la incorporación de un “principio de garantía del Estado a los derechos fundamentales del Estado de bienestar a todos los españoles: educación, sanidad, servicios sociales y pensiones” para reforzar la igualdad de los servicios básicos, y un “principio de estabilidad social” para asegurar que el gasto público cubra el nivel de los servicios básicos.

La propuesta de Amnistía Internacional, Greenpeace y Oxfam Intermon (2015: 13-14) es suficientemente concreta:

Dado que algunas autoridades alegan falta de financiación para no avanzar en la realización de los derechos humanos, posibilitado esto por la escasa vinculación de nuestro Derecho constitucional financiero y tributario, es necesario modificar los dos primeros párrafos del artículo 31, en el sentido siguiente, y además incluir un límite al artículo 135:

a) Concretar la obligación de justicia en la obtención de los ingresos públicos, incorporando de forma expresa el deber de los poderes públicos de mejorar la progresividad del sistema fiscal –lo que implica algo más que el inciso “inspirado en el principio”–; y luchar contra la evasión y elusión fiscal, así como la supresión de los incentivos fiscales que no generan impacto social.

b) Concretar la obligación de justicia en la distribución de los gastos públicos, incorporando de forma expresa el deber de los poderes públicos de asegurar la financiación de los derechos humanos en la elaboración de los presupuestos de todas las Administraciones, relacionando este deber con la intangibilidad del contenido esencial de los mismos.

c) Incluir en el artículo 135 un límite al principio de estabilidad presupuestaria, en lo que se refiere a la obligación de garantizar el cumplimiento de los derechos humanos.

La propuesta de reforma constitucional del PSOE (2015: 4), elaborada por un comité de expertos cercanos al referido partido, contempla la modificación del polémico artículo 135 para incorporar condiciones de salvaguarda de la estabilidad social que, con criterios de sostenibilidad, aseguren en la distribución del gasto público un nivel adecuado y suficiente de financiación de los servicios y prestaciones sociales. También contempla reconocer como derechos fundamentales los derechos a la protección de la salud y a la protección por la Seguridad Social ante situaciones de necesidad previstas en la ley.

Para evitar las tensiones entre administraciones, parece también oportuno **incorporar plenamente la dependencia al modelo de financiación autonómica**, reforzando a la vez el criterio de financiación del nivel básico en función



del coste efectivo de los servicios o prestaciones económicas recibidas por cada beneficiario.

En la actualidad, el sistema de financiación autonómica contempla la transferencia a las comunidades autónomas de régimen común de unos recursos adicionales que se distribuyen, en parte, en atención a la población potencialmente dependiente y al peso relativo del número de personas reconocidas como dependientes con derecho a prestación, registradas en el SISAAD. Estos recursos adicionales, que fueron establecidos por la Ley 22/2009, de 18 de diciembre, por la que se regula el sistema de financiación de las Comunidades Autónomas de régimen común y Ciudades con Estatuto de Autonomía y se modifican determinadas normas tributarias, tienen un carácter no finalista, por lo que su asignación al sistema de atención a la dependencia no queda garantizada.

La financiación autonómica está sujeta a una continua negociación política que desincentiva el ejercicio por parte de las comunidades autónomas de sus responsabilidades tributarias y, por tanto, juega en detrimento del principio de responsabilidad fiscal y transparencia (Contreras et al. 2013: 26). Para evitarlo se ha propuesto que la financiación autonómica quede fijada en la propia Constitución y que las comunidades autónomas asuman la responsabilidad de su gasto a través de un amplio poder impositivo, pues esa es la mejor forma de enfrentar al político con el coste de sus decisiones y al elector con el valor de los servicios que recibe, evitando a la vez la tendencia a la expansión incontenida del gasto público por razones políticas o electorales, y contribuyendo a reducir el sentimiento de impopularidad y rechazo frente a los impuestos autonómicos y locales. Este amplio poder impositivo no debe ser óbice para que el gobierno central, a través de transferencias a las comunidades autónomas, provea niveles razonablemente comparables de servicios públicos a niveles razonablemente comparables de imposición (Contreras et al. 2013: 36). Podría plantearse la concreción de los servicios que han de ser nivelados, incluyendo entre ellos los de atención a la dependencia, así como los criterios para testar la calidad de los mismos.

Devolver a los ciudadanos los derechos que les han sido arrebatados

Es imprescindible **devolver a los ciudadanos los derechos establecidos en la LAPAD que les han sido arrebatados**. Para ello, además de proceder a la **incorporación efectiva de los dependientes moderados**, una vez agotada la moratoria que ha dilatado su plazo formal de incorporación hasta julio de 2015, es fundamental **eliminar el “limbo de la dependencia”**, locución con la que se hace referencia a la situación de centenares de miles de personas que, teniendo derecho reconocido a las prestaciones de dependencia, no las reciben aún.

Es necesario, además, arbitrar un **mecanismo de pago para hacer frente a las deudas acumuladas por el sistema** de dependencia. Se ha sugerido también la conveniencia de establecer normativamente la obligatoriedad de **mantener la tasa de reposición** de usuarios del sistema, que garantice un equilibrio entre quienes salen y entran al mismo, de tal modo que se asegure un nivel básico y regular de funcionamiento y financiación (Defensor del Pueblo Andaluz, 2013). Para ello será necesario un esfuerzo económico adicional importante, pero asumible siempre que exista voluntad política de afrontarlo.

La atención a la dependencia debe dotarse de un **procedimiento de urgencia**, que permita garantizar el derecho a recibir una atención urgente o prioritaria en las situaciones que no puedan esperar al turno ordinario en los supuestos determinados por la administración pública competente. Aunque la analogía con los servicios de salud ya bastaría para justificar esta atención de urgencia, que evita la desprotección en las situaciones de necesidad que requieren de una atención inmediata sin la cual podría producirse un deterioro o agravamiento de la situación de necesidad (Alianza Servicios Sociales y Sanitarios “El valor de lo público”, 2015: 8).

Cambios dirigidos a perfeccionar el modelo

También son necesarios **cambios dirigidos a modular el modelo establecido por la Ley 39/2006 y corregir algunas de sus disfuncionalidades**. En ese sentido, parece oportuno:

- Reforzar el principio de **primacía de los servicios** frente a las prestaciones económicas, y **redefinir el rol que deben cumplir en el sistema los cuidados en el entorno familiar**, que deben recuperar unas condiciones dignas y han de estar convenientemente articulados con la red de servicios sociales de carácter profesional. La decisión última sobre si acogerse o no a la prestación de cuidados en el medio familiar (que debe ser compatible con los servicios) ha de recaer en el beneficiario, respetando el derecho a vivir de acuerdo con las normas y preferencias propias y con los principios de personalización de la atención y de permanencia en el entorno establecidos en la LAPAD y con el derecho a la autonomía individual, incluida la libertad de tomar las propias decisiones, de elegir dónde y con quién vivir y evitar la obligación de vivir con



arreglo a un sistema de vida específico que preceptúa la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (Vilà, 2013: 65).

- **Reducir el sesgo** que la LAPAD presenta, desde su origen, en favor de la protección de la dependencia frente a la **promoción de la autonomía**, y que se ha visto incrementado con las reformas adoptadas en los últimos cuatro años (Vilà, 2013: 65).
- **Apostar de forma decidida por los servicios de proximidad.** Debe propiciarse el desarrollo y mantenimiento de los servicios de proximidad previstos en la LAPAD, y en particular del Servicio de Ayuda a Domicilio y de los Centros de Día, pues se trata de servicios que, además de permitir la permanencia de las personas en situación de dependencia en el entorno en el que desarrollan su vida, generan empleo y retorno de recursos.
- **Reconocer la Teleasistencia como servicio complementario** que refuerza los de proximidad, dado que se trata de un servicio de organización colectiva y común, con un escaso coste, y que, en contrapartida, redundante de forma muy positiva en las personas dependientes, al proporcionarles tranquilidad, seguridad y confianza.
- **Modificar la regulación de la aportación del beneficiario en el coste de las prestaciones y servicios** (copago) para hacerla más justa y equitativa, robusteciendo el carácter de derecho subjetivo y ampliando el universo de personas en situación de necesidad que puedan acogerse a las prestaciones y servicios de la LAPAD. El modelo de copago establecido en la LAPAD, que ha sido reformado mediante Resolución de 13/07/2012, tiene fines recaudatorios e importantes cotas de inequidad, y puede tener un importante impacto negativo en la demanda de las prestaciones, especialmente entre las personas que tienen rentas medias-bajas (Montserrat Codorniu y Montejo Sarrias, 2012: 97). El CERMI ha promovido una Iniciativa Legislativa Popular para reformar la LAPAD en lo concerniente al copago, que ya ha recabado sobradamente las 500.000 firmas de ciudadanos y ciudadanas que permiten llevar esta propuesta de cambio legal a las Cortes Generales para su aprobación (CERMI, 2014).

Entre las propuestas que cabe hacer en relación con el copago, destacan las siguientes:

- Que la regulación de la participación en el coste de las prestaciones pase a ser objeto de normativa reglamentaria estatal, al igual que ocurre ahora con la capacidad económica.



- Tener en cuenta, entre los factores de cálculo de la capacidad económica, el momento de aparición de la situación de dependencia y su mayor o menor prolongación a lo largo de la vida de la persona beneficiaria.
- Incorporar diversas garantías para las personas beneficiarias que modulen su esfuerzo de participación en el coste de las prestaciones que reciben:
 - Exención de aportación por debajo de un determinado umbral de capacidad económica (2,5 veces el Indicador Público de Renta de Efectos Múltiples, IPREM).
 - Limitación máxima en la participación, fijándola en un porcentaje (que no debería exceder del 60%) del coste de referencia del servicio.
 - Seguridad de un mínimo para gastos personales (que suponga al menos el 30 por ciento de la capacidad económica o, alternatively, el 40% del IPREM).

Un desarrollo efectivo del espacio sociosanitario

Conviene recordar, por último, que una condición clave para proporcionar una respuesta efectiva a las necesidades en materia de promoción de la autonomía personal y atención de las situaciones de dependencia es el **desarrollo del espacio sociosanitario**. Es esencial que los cambios e innovaciones en la gestión de lo sociosanitario no tengan como único objetivo reducir el gasto, sino que traten de optimizarlo para producir mejores resultados. Esta afirmación es importante, pues dado el énfasis actual en la contención del déficit público, lo sociosanitario puede estar siendo utilizado como parte de una estrategia perversa que se propone recortar derechos sociales, reducir prestaciones y servicios, desinvertir, desregularizar y abandonar espacios de responsabilidad pública (Alianza Servicios Sociales y Sanitarios “El valor de lo público”, 2015: 1).

La atención sociosanitaria no debe ser contemplada únicamente desde la perspectiva del gasto porque también es inversión social, generadora de bienestar, empleo y riqueza. El impulso de un modelo renovado de atención sociosanitaria, que pasa por la dedicación de nuevos recursos para atender a la cronicidad, más y mejores recursos sociales para la atención a la dependencia y una mejor coordinación para el abordaje integral y eficiente de los cuidados de larga duración, representa una doble oportunidad: por una parte, puede y debe contribuir a la optimización de los recursos públicos, privados y de la iniciativa social destinados a la atención de las personas con enfermedades crónicas o en



situación de dependencia; por otra, puede y debe permitir avanzar hacia una atención más integral y eficaz, centrada en las personas y en sus necesidades, que no solo mejore la calidad de vida de las personas dependientes y sus familias, sino que, además, cree valor compartido para el conjunto de la sociedad.

3 REFERENCIAS

ALIANZA SERVICIOS SOCIALES Y SANITARIOS “EL VALOR DE LO PÚBLICO” (2015): La coordinación de los servicios sanitarios y sociales. FEAFES Andalucía (en línea). <https://consaludmental.org/publicaciones/Coordinacion-servicios-sanitarios-sociales.pdf> Acceso: 14 de diciembre de 2015.

AMNISTÍA INTERNACIONAL, GREENPEACE, OXFAM INTERMÓN (2015): Una reforma constitucional para blindar los Derechos Humanos (en línea). <http://www.greenpeace.org/espana/Global/espana/2015/Report/general/Una%20reforma%20para%20blindar%20los%20derechos%20humanos%203.7.2015.pdf> Acceso: 14 de diciembre de 2015.

ASOCIACIÓN ESTATAL DE DIRECTORES Y GERENTES EN SERVICIOS SOCIALES (2013): X Dictamen del Observatorio de la Dependencia. Enero de 2013 (en línea). <http://www.directoressociales.com/images/x%20dictamen%20.pdf> Acceso: 14 de diciembre de 2015.

ASOCIACIÓN ESTATAL DE DIRECTORES Y GERENTES EN SERVICIOS SOCIALES (2015): XV Dictamen del Observatorio de la Ley 39/2006 de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia. Julio de 2015 (en línea). <http://www.directoressociales.com/images/documentos/dictamenes/XV%20DICTAMEN%20del%20OBSERVATORIO%20meu.pdf> Acceso: 14 de diciembre de 2015.

CERMI (2014): *Proposición de ley de modificación de la ley 39/2006, de 14 de diciembre, de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia, en materia de participación en el coste de las prestaciones y servicios de las personas beneficiarias* (en línea). <http://ilp.cermi.es/sites/default/files/documentacion/PROPOSICI%C3%93N%20DE%20LEY%20PARA%20LA%20MODIFICACI%C3%93N%20DE%20LA%20LEY%2039.docx> Acceso: 14 de diciembre de 2015.

CONTRERAS CASADO, M., et al. (2013): *Propuestas para una reforma constitucional. Mejora de la calidad democrática y reforma del modelo territorial* (en línea). https://federalistainfo.files.wordpress.com/2013/04/prop_ref_const_psoe_aragon.pdf Acceso: 14 de diciembre de 2015.



- DEFENSOR DEL PUEBLO ANDALUZ (2013): *Actuación de oficio del Defensor del Pueblo Andaluz formulada en el expediente 13/2501 dirigida a Consejería de Salud y Bienestar Social. Relativa a queja de oficio para proponer impulsos concretos a la Dependencia* (en línea). <http://www.defensordelpuebloandaluz.es/content/queja-de-oficio-para-proponer-impulsos-concretos-la-dependencia?>
- EL PAÍS (2010): *No sólo falta dinero para dependencia, falta control*. 2 de mayo de 2010 (en línea). http://elpais.com/diario/2010/05/02/sociedad/1272751201_850215.html Acceso: 14 de diciembre de 2015.
- EL PAÍS (2011): *Entrevista al candidato popular. "Mi prioridad: las pensiones. A partir de ahí, habrá que recortar en todo"*. 16 de noviembre de 2011 (en línea). http://politica.elpais.com/politica/2011/11/16/actualidad/1321476670_720434.html Acceso: 14 de diciembre de 2015.
- EUROPA PRESS (2012): *Mato: "Si seguimos como ahora, será inviable la Ley de Dependencia"*. 26 de junio de 2012 (en línea). <http://www.europapress.es/sociedad/noticia-mato-si-seguimos-ahora-sera-absolutamente-inviabile-ley-dependencia-20120625104721.html> Acceso: 14 de diciembre de 2015.
- EUROPA PRESS (2015): *Plataformas de Dependencia denuncian a Rajoy por incumplir la ley*. 12 de agosto de 2015 (en línea). <http://www.europapress.es/epsocial/noticia-plataformas-dependencia-denuncian-rajoy-fiscalia-incumplir-ley-20150812142312.html> Acceso: 14 de diciembre de 2015.
- GALERA VICTORIA, A. (2014): *Los derechos sociales en tiempos de crisis económica*. Working Papers "El tiempo de los derechos", HURI-AGE (en línea). <http://www.tiempodelosderechos.es/docs/wp-19-14.pdf> Acceso: 14 de diciembre de 2015.
- HERRERA MOLINA, E. (2012): "Coordinación entre el sistema sanitario y los servicios sociales; una senda definida como parte de la solución", *Actas de la Dependencia*, 6, noviembre 2012, pp. 51-62 (en línea). http://www.fundacioncaser.es/sites/default/files/Actas%20de%20la%20Dependencia6_noviembre2012.pdf Acceso: 14 de diciembre de 2015.
- JIMÉNEZ LARA, A. y RODRÍGUEZ CASTEDO, Á. (2012): *La Economía Social y la atención a la dependencia. Propuestas para contribuir al desarrollo de los servicios de atención de la dependencia y a la generación de empleo estable y de calidad*. Fundación Alternativas, Documento de trabajo 177/2012 (en línea). http://www.fundacionalternativas.org/public/storage/laboratorio_documentos_archivos/4cdb3db36e3b92872e35f9a96159a4ce.pdf Acceso: 14 de diciembre de 2015.



- MONTILLA, J.A. (2015): “La aplicación de la Ley de Dependencia”, en *El estado social y la vida digna: El estado social y los derechos sociales en entredicho. Situación de algunos derechos en el actual contexto de crisis en los ámbitos vasco, español y europeo*. Vitoria-Gasteiz, Ararteko, 2015. Págs. 151-172 (en línea). http://www.ararteko.net/RecursosWeb/DOCUMENTOS/1/0_3747_3.pdf Acceso: 14 de diciembre de 2015.
- MONTSERRAT CODORNIU, J. y MONTEJO SARRIAS, J. (2012): “El copago en la Ley de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia”, *Actas de la Dependencia*, 6, noviembre 2012, pp. 75-98 (en línea). http://www.fundacioncaser.es/sites/default/files/Actas%20de%20la%20Dependencia6_noviembre2012.pdf Acceso: 14 de diciembre de 2015.
- OLIVA MORENO, J. (2014): “Sistema de Autonomía Personal y Atención a la Dependencia: análisis y líneas de avance en tres dimensiones”. *Actas de la Dependencia*, 12, noviembre 2014, pp. 23-45 (en línea). http://www.fundacioncaser.es/sites/default/files/doc_completo_nov-14_web.pdf Acceso: 14 de diciembre de 2015.
- PRADA MORAGA, M.D. y BORGE GONZÁLEZ, L.M. (2013): *Una aproximación al coste de la dependencia en España y su financiación*. Fundación CASER para la dependencia (en línea). http://fundacioncaser.es/sites/default/files/coste-dependenciadef_0.pdf Acceso: 14 de diciembre de 2015.
- PSOE (2015): Propuesta Socialista de Reforma Constitucional: Por un nuevo pacto de convivencia (en línea). <http://www.psoe.es/media-content/2015/10/Propuesta-reforma-constitucional.pdf> Acceso: 14 de diciembre de 2015.
- VILÀ MANCEBO, T. (2013): “Evolución y reforma del sistema para la autonomía y atención a la dependencia”, *Actas de la Dependencia*, 8, julio 2013, pp. 47-68 (en línea). http://www.fundacioncaser.es/sites/default/files/revista_numero_8.pdf Acceso: 14 de diciembre de 2015.



La mirada desde la experiencia en la intervención social con personas dependientes

Patricio Fuentes Maltés

Secretario General de Cáritas Diocesana de Málaga

José Ramón Solanillas Vilá

Responsable del Programa de Atención las Personas Mayores y en situación de Dependencia de Cáritas Española

Fecha de recepción: 3/12/2015

Fecha de aceptación: 17/12/2015

Sumario

1. Cáritas comprometida con la dependencia. 2. Observar la realidad para mejorarla.
3. Establecer estrategias de cambio. 4. La atención centrada en la persona.
5. Crear centros libres de sujeciones. 6. La estimulación multisensorial de la persona dependiente.
7. Tutelar a las personas sumamente dependientes.
8. La prevención de la dependencia mediante el acompañamiento en domicilio.
9. Actuar desde la referencia de la ética. 10. Bibliografía.

Nosotros, los cristianos, junto con todos los hombres de buena voluntad, estamos llamados a construir con paciencia una sociedad diversa, más acogedora, más humana, más inclusiva, que no necesita descartar a los débiles de cuerpo y mente, aún más, una sociedad que mide su propio "paso" precisamente sobre estas personas.

(Papa Francisco, septiembre 2014)

RESUMEN

Entre las prioridades de Cáritas figura la atención a las personas en situación de dependencia. En el año 2010 establecimos la estrategia de llevar a cabo en diversos centros y servicios de Cáritas, una serie de buenas prácticas que contribuyeran a la mejora de sus condiciones de vida. Se trata de desarrollar iniciativas como La Atención Centrada en la Persona. Los Centros Libres de Sujeciones, La Estimulación Multisensorial de la Persona Dependiente, La Tutela de las Personas Sumamente Dependientes o La prevención de la dependencia mediante el Acompañamiento en Domicilio.

Conforme profundizamos en la atención a las personas en situación de dependencia, nos ratificamos en que es en la ética donde debemos situar los argumentos y reflexiones que nos ayudarán a encontrar los valores, hábitos y costumbres más adecuados para dar respuesta a sus necesidades,



convencidos de que una de las contribuciones más necesarias que podemos aportar en favor de las personas en situación de dependencia es a que mantengan viva su interrelación con los demás y fortaleciendo su interés por vivir la vida lo más plenamente posible.

Palabras clave:

Atención centrada en la persona, buenas prácticas, cuidar desde la ética.

ABSTRACT

Between the priorities of Cáritas stands out the attention to the elderly who suffer a situation of dependence. In 2010, we established the strategy of carrying out in different centers and services of Cáritas a series of good practices which contribute to improve their life conditions. The intention is to develop initiatives such as "The attention centered in the person", "The multi-sensorial stimulation in the dependent person", "The guardianship of extremely dependent people" or "The prevention of dependence by the accompaniment at home".

In accordance with our deepening in the attention to people in dependence situation, we confirm that we should place in ethics the arguments and the reflections which will help us to find the most appropriate principles and habits to respond to their necessities. We are convinced that one of the most necessities contributions which we can provide in favor of people in dependence situation is keeping their interrelation with the rest of people and strengthening their interest in living on the fullest.

Key words:

Person-centered care, good practises, take care of people ethically.



1 CÁRITAS COMPROMETIDA CON LA DEPENDENCIA

La atención y los cuidados a las personas en situación de dependencia constituye para Cáritas una de las más significativas prioridades de intervención ya que esta realidad revela con toda nitidez la fragilidad humana y el sufrimiento que supone no poder valerse plenamente por sí mismo a la hora de desempeñar muchas de las funciones que consideramos esenciales para disfrutar de una vida autónoma.

Por este motivo, la llegada de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de Dependencia (LAPAD) fue recibida desde la esperanza y el convencimiento de que la vida de las personas dependientes y de sus familiares entraba en una senda de mejora, convencidos de que la sociedad y los responsables públicos estaban dando muestras de una creciente sensibilidad y humanización que sería capaz de producir un punto de inflexión en el bienestar de un gran número de ciudadanos en nuestro país.

Desde los inicios de la elaboración del anteproyecto de la Ley, Cáritas Española adoptó una postura activa de interlocución y contacto con los grupos parlamentarios y partidos políticos con el propósito de que esta Ley fuera lo más inclusiva posible. De tal modo que, durante la tramitación del Proyecto de Ley en las Cortes, dispuso de un nutrido grupo de trabajo para defender los argumentos legales que permitieran establecer mecanismos para incorporar al sistema de prestaciones de la LAPAD a los más excluidos y vulnerables (personas en situación de sin hogar, con enfermedad mental, etc.)

Por otra parte, junto a las organizaciones del Tercer Sector se defendió que el anteproyecto debía reconocer adecuadamente el importante papel que el sector sin ánimo de lucro ha venido jugando, juega y jugará en la atención de las necesidades de las personas dependientes. El sector no lucrativo representa un volumen importante de los centros y servicios para personas en situación de dependencia actualmente disponibles, y tradicionalmente viene atendiendo a personas caracterizadas por su especial vulnerabilidad y su situación socioeconómica precaria, descargando a los servicios sociales dependientes de las administraciones públicas de una importante presión de demanda.

El resultado fue que, a pesar de que en la ley se dedican referencias al mismo, en el artículo 16 que determina la Red de servicios del Sistema para la Auto-



nomía y Atención a la Dependencia (en el epígrafe 2 se señala: *“Las Comunidades Autónomas establecerán el régimen jurídico y las condiciones de actuación de los centros privados concertados. En su incorporación a la red se tendrá en cuenta de manera especial los correspondientes al tercer sector.”*, y en el epígrafe 4: *“Los poderes públicos promoverán la colaboración solidaria de los ciudadanos con las personas en situación de dependencia, a través de la participación de las organizaciones de voluntarios y de las entidades del tercer sector”*), sin embargo, el sector sin ánimo de lucro no fue llamado para formar parte del Comité Consultivo (integrado por Administraciones Públicas, organizaciones sindicales y organizaciones empresariales) que es el órgano con mayor capacidad de influencia en el desarrollo de la Ley.

Aunque al final se logró que el Tercer Sector viera admitida su participación dentro del Consejo Estatal de Organizaciones No Gubernamentales de Acción Social, como órgano consultivo de la Administración General del Estado con funciones de información, asesoramiento y formulación de propuestas sobre materias que resulten de especial interés para el funcionamiento del Sistema, pero de facto su capacidad de incidencia en la regulación del mismo quedó muy reducida.

En lo que hace referencia a la labor que lleva a cabo Cáritas en el ámbito de la dependencia, cabe señalar que prácticamente la mayoría de las Cáritas diocesanas prestan servicios de atención a las personas en situación de dependencia, con un claro predominio de las personas mayores de 65 años y, en menor medida, también las que están por debajo de esa edad pero presentan elevados niveles de discapacidad. Los servicios se vienen prestando, sobre todo, a través de los centros residenciales y centros de día que en total disponen de unas 2.000 plazas distribuidas por las diversas diócesis de España. Aunque, el servicio con mayor alcance es el de atención y acompañamiento en domicilio, que en el último ejercicio atendió a algo más de 25.000 personas.

2 OBSERVAR LA REALIDAD PARA MEJORARLA

La extensa presencia de Cáritas en todas las Comunidades Autónomas nos ha permitido conocer una diversidad de situaciones que se han ido produciendo a lo largo de estos años en los que se viene aplicando el desarrollo de la LAPAD. Sin afán de resultar exhaustivos, hemos querido señalar algunos de los hechos que destacan por su carácter netamente mejorable y que difieren del propósito de la Ley.

La Ley establece (art. 9.1) que la Administración General del Estado tiene la responsabilidad de determinar el nivel mínimo de protección garantizado



para cada uno de los beneficiarios del Sistema, según el grado y nivel de su dependencia, como condición básica de garantía del derecho a la promoción de la autonomía personal y atención a la situación de dependencia. A su vez, el art. 10 determina que para la aplicación de la LAPAD en cada territorio se llevarán a cabo convenios de Cooperación entre la Administración General del Estado y las Comunidades Autónomas.

Pero, a la hora de la verdad, nos encontramos con que el desarrollo de la LAPAD está resultando tremendamente dispar. Todo parece indicar que esta situación viene precedida por la baja aportación económica que está realizando la Administración General del Estado. Cuando inicialmente estaba previsto que el Sistema fuera financiado entre el Gobierno de España y las CC. AA., realizando una aportación aproximada del 50%, por cada una de las partes, lo cierto es que actualmente la mayoría del coste está recayendo sobre las Administraciones autonómicas. Esta situación, en algunos casos, se está haciendo muy difícil de sostener. Si a esto se le añade la diversidad de voluntades que los responsables políticos de las Comunidades Autónomas muestran a la hora de llevar a cabo la implementación de los servicios necesarios, las prestaciones y su intensidad o la puntualidad y calidad de los mismos, tenemos como resultado un Sistema de Atención a la Dependencia que se caracteriza por sus enormes desigualdades a la hora de atender a los beneficiarios, según el territorio al que pertenezcan.

Es evidente que la diversidad territorial tan acentuada constituye una de las debilidades del sistema, como han puesto de manifiesto en diversas ocasiones los informes del Observatorio Estatal para la Dependencia, que en el XV Dictamen de julio 2015, ha situado a tres comunidades autónomas en primera línea de su Clasificación (Castilla y León, País Vasco y Andalucía) con una puntuación por encima del notable en aplicación de la Ley, seguidas de Extremadura y La Rioja con un 6,7, suspendiendo al resto y dejando en el último lugar a la Comunidad Valenciana con un 1,3. Estas apreciaciones del Observatorio han resultado bastante coincidentes con las que realizaban los técnicos de los centros y servicios de Cáritas que llevan a cabo su labor en las mencionadas comunidades autónomas, al menos antes de los efectos de la crisis económica de los últimos años y de los recortes que en esta materia se han producido.

Lamentablemente, entre unos y otros parecen haber olvidado que la atención a la dependencia se trata de un derecho subjetivo que arranca de la propia Constitución Española cuando en su artículo 49 señala que “Los poderes públicos realizarán una política de previsión, tratamiento, rehabilitación e integración de los disminuidos físicos, sensoriales y psíquicos, a los que prestarán la atención especializada que requieran y los ampararán especialmente para el disfrute de los derechos que este Título otorga a todos los ciudadanos”. De



modo que no estamos hablando de un mero servicio que cabe prestar de manera discrecional, se trata de que el Estado debe procurar que todos los ciudadanos disfruten del derecho a su autonomía personal y que esta les sea facilitada independientemente de su lugar de residencia.

3 ESTABLECER ESTRATEGIAS DE CAMBIO

Aunque seamos conscientes de la necesidad de cambio social y de los deseos de mejora en nuestras condiciones de vida, frecuentemente nos vemos superados por los propios deseos si no somos capaces de ajustarlos a los medios de los que disponemos y a las prioridades políticas de aquellos que nos gobiernan. Por eso, debemos realizar un permanente ejercicio de análisis y reflexión sobre lo que queremos cambiar y cómo podemos cambiarlo.

Por lo que hemos señalado anteriormente, debemos reconocer que a lo largo de estos años de desarrollo del Sistema de Atención a la Dependencia hemos atravesado numerosas situaciones en las que reinaba la frustración y el desencanto por los reiterados incumplimientos de la Ley que se han venido produciendo en algunas administraciones públicas. A partir de estas circunstancias, observamos que la mejor aportación que desde Cáritas podemos realizar en favor de las personas en situación de dependencia es la de impulsar iniciativas que respondan con respeto a la dignidad de la persona, garantizándoles la autonomía y la singularidad de cada una de ellas de manera individualizada, mediante la posibilidad de desarrollar las actividades vinculadas a sus propios intereses, aplicando las terapias y los cuidados con la aportación de las mejores técnicas a nuestro alcance y por medio de un trato lo más familiar posible.

Por este motivo, en el año 2010 establecimos la estrategia de llevar a cabo, en diversos centros y servicios de Cáritas que atienden a las personas en situación de dependencia, todas aquellas iniciativas que contribuyeran a la mejora de sus condiciones de vida. En cada proyecto según las posibilidades y los recursos disponibles, respetando la capacidad de iniciativa de cada sitio en particular y con el firme propósito de que los avances y los resultados alcanzados serían una fuente de inspiración colectiva, a la que todos podrían acudir para compartir y replicar la experiencia obtenida.

Debido tanto a su carácter representativo como a la especial significación de los proyectos, hemos querido destacar algunas buenas prácticas que constituyen un claro exponente de lo que desde las instituciones se puede llevar a cabo en favor de las personas en situación de dependencia y que consideramos deberían animar a todos aquellos que tienen la responsabilidad de administrar los



bienes públicos buscando el bienestar de los ciudadanos, especialmente de los que disponen de menos recursos o tienen mayores dificultades para disfrutar de una vida plena y con la deseada autonomía.

Estas buenas prácticas se centran en el desarrollo de iniciativas como *La Atención Centrada en la Persona*, iniciada en el Centro El Buen Samaritano de Cáritas Diocesana de Málaga; *Los Centros Libres de Sujeciones*, cuyo proyecto piloto se ha llevado a cabo en el Centro OASIS-CAMD (Centro de Atención a Mayores y Discapacitados) creado por Cáritas Diocesana de Granada; *La Estimulación Multisensorial de la Persona Dependiente*, promovida por El Centro Social Las Cinco Llagas de Cáritas Diocesana de Astorga; *La Tutela de las Personas Sumamente Dependientes*, con la orientación y el apoyo de la Fundación Hurkoa de Cáritas Diocesana de San Sebastián o *La prevención de la dependencia mediante el Acompañamiento en Domicilio*, que se ha desarrollado fuertemente por la Cáritas Diocesana de Bilbao.

4 LA ATENCIÓN CENTRADA EN LA PERSONA

El Centro El Buen Samaritano de Cáritas Diocesana de Málaga abrió sus puertas en 1994, para atender a las personas mayores que no tenían recursos económicos y que se encontraban en situación de dependencia. Fue el primer centro creado en la provincia de Málaga para la atención de la dependencia, fruto del compromiso de la Iglesia con las personas mayores más pobres. Sus instalaciones ofrecen: Residencia de 100 plazas con estancia permanente, Unidad de Estancia Diurna para 30 personas mayores que acuden de lunes a viernes durante el día y que duermen y pasan los fines de semana con sus familias, en sus propias casas. Y, además, dispone de la Unidad de Respiro Familiar, para que las familias puedan “respirar” un mes al año y confíen los cuidados de su familiar al centro. Tras ese mes, la familia vuelve a realizar los cuidados en su hogar.

El Centro mantiene una búsqueda permanente de nuevas iniciativas que puedan mejorar las condiciones de vida de las personas residentes y de sus familiares. En la línea de esa mejora continua, se inició un proceso formativo, para todo el personal del Centro, impartida por la psicóloga M^a Teresa Martínez Rodríguez con el fin de mejorar la intervención con las personas mayores en situación de fragilidad o dependencia, en el marco del modelo denominado Atención Gerontológica Centrada en la Persona (AGCP) (Martínez 2011). Resumimos a continuación las claves en las que se basa el modelo y que ya está siendo referencia para los centros y servicios de Cáritas en la misión del cuidado a las personas dependientes.



La AGCP se caracteriza por focalizar los objetivos de la intervención en el beneficio de la persona atendida, de manera contraria a lo que se suele producir en los modelos que priorizan sus objetivos en los resultados de la gestión del servicio, normalmente en los resultados económicos. La AGCP se sitúa en plena concordancia con el Modelo de Acción Social de Cáritas (Cáritas Española, 2009), puesto que éste pone énfasis en que: *“La persona, en tanto poseedora de la máxima dignidad posible, en tanto ser integral y social y en proceso de hacerse en la sociedad y de hacer sociedad, se torna en eje y centro fundamental de nuestra acción”*.

Las personas en situación de fragilidad o dependencia son especialmente vulnerables a recibir un trato que no respete su dignidad. Por eso la AGCP antepone la dignidad de las personas, coincidiendo con los valores que sustentan nuestro Modelo de Acción Social. Ahí reside su atributo intrínseco, en el reconocimiento de la persona como valiosa en sí misma, por el mero hecho de su condición humana, independientemente de sus características individuales, situación, circunstancias, creencias o formas de pensar.

El trato digno a una persona no se queda en una declaración más o menos teórica, sino que se concreta en aspectos de la atención cotidiana como el bienestar físico y emocional, el respeto a las propias decisiones y preferencias en relación a su propia vida, la promoción de la independencia desde la creación de entornos físicos facilitadores, la protección de la intimidad y la privacidad, el fomento de la inclusión social o el respeto a la persona en situación de dependencia.

Nuestra acción acompaña el proceso de personalización y parte de la situación en la que la persona se encuentra y de sus posibilidades (no se centra en sus carencias). La persona es el verdadero protagonista de su proceso. Por ello es fundamental cultivar el respeto a la dignidad y autonomía de las personas, evitando relaciones insanas de heteronomía (falta de autogobierno en la propia vida).

En esa defensa de la Autonomía de la persona en situación de dependencia se hace referencia al reconocimiento de la capacidad de autogobierno de cada individuo y a su derecho para tomar sus propias decisiones acerca de su propio plan de vida. Cuanto mayor sea la dependencia física, mayor debe ser nuestra atención con el fin de no vulnerar este derecho.

Para poder llevar a cabo este principio resulta necesario que nuestras respuestas sean diversas y flexibles para que haya posibilidad de elección con autonomía. La autonomía personal debe siempre ser respetada, estimulada y ejercida, ya sea directa y personalmente, ya sea de manera indirecta o por representación cuando se presenten discapacidad intelectual, mental o deterioro cognitivo.

Conviene insistir en que la persona es el verdadero protagonista de su proceso. Por lo tanto, defendemos que la persona en situación de dependencia no



es un objeto sino un sujeto constructor de relaciones y de procesos de transformación personal y social. Por eso, las personas en situación de dependencia tienen derecho a estar presentes de la forma más intensa posible en la toma de decisiones que afectan a su propia vida. En las intervenciones pueden y deben participar, tanto en la elaboración de los planes personalizados, como en su desarrollo y seguimiento.

Entendemos lo humano como una realidad siempre dotada de potencialidades y capacidades, aun cuando no esté plenamente desarrollada o se encuentre muy condicionada por la realidad concreta que le ha tocado vivir. No podemos entender lo humano desde la negatividad, desde lo que no es, no tiene o no sabe. Lo comprendemos desde el vergel de inéditas posibilidades que constituyen cada biografía.

Nuestra tarea reside, por tanto, en observar e identificar las capacidades de las personas, no tanto los déficits, buscar apoyos que las rescaten y las hagan visibles, ayudar a la persona a ser consciente de ellas, mejorar nuestra percepción y transformar nuestra forma de relacionarnos.

Por último, no podemos descuidar la dimensión social de la persona en situación de dependencia ya que ha de tener un papel activo, participativo y protagonista en el proceso de hacer sociedad/comunidad mediante la generación de lazos y vínculos auténticamente humanos. Las personas con dependencia son miembros activos de la comunidad y ciudadanos con derechos. Por ello han de tener acceso y disfrutar de los recursos comunitarios en igualdad de condiciones con el resto de la población.

Estos criterios están siendo introducidos progresivamente en la realidad concreta de cada centro o servicio perteneciente a Cáritas que atiende a las personas en situación de dependencia y conforman numerosos relatos de acompañamiento, de diálogo y compromiso mutuo dando sentido a nuestra acción.

Decálogo de la Atención Centrada en la Persona

1. Todas las personas tienen dignidad.
 2. Cada persona es única.
 3. La biografía es la razón esencial de la singularidad.
 4. Las personas tienen derecho a controlar su propia vida.
 5. Las personas con grave afectación cognitiva también tienen derecho a ejercer su autonomía.
 6. Todas las personas tienen fortalezas y capacidades.
 7. El ambiente físico influye en el comportamiento y en el bienestar subjetivo de las personas.
 8. La actividad cotidiana tiene una gran importancia en el bienestar de las personas.
 9. Las personas son interdependientes.
 10. Las personas son multidimensionales y están sujetas a cambios.
-

Decálogo elaborado Teresa Martínez Rodríguez. Puede ser consultado en toda su extensión en la www.acpgerontologia.net (consultado noviembre 2015).



5 CREAR CENTROS LIBRES DE SUJECIONES

El Centro OASIS-CAMD (Centro de Atención a Mayores y Discapacitados) creado por Cáritas Diocesana de Granada es un centro residencial pionero en Europa en el que conviven diversas unidades familiares constituidas por padres mayores en situación de dependencia e hijos discapacitados, continuando la estancia de estos últimos en caso de que fallezcan los progenitores. El centro residencial está distribuido en 22 apartamentos destinados para cada una de las familias que son acogidas en el centro y, a su vez, dispone de espacios comunes para llevar a cabo las terapias, los tratamientos personalizados y las actividades ocupacionales o recreativas.

Se trata de familias compuestas por personas mayores que sufren algún tipo de dependencia, física o psíquica (normalmente algún grado de demencia, depresión o ansiedad) y que hasta el momento en que comienzan a ser incapaces de su propio cuidado han tenido a su cargo a hijos discapacitados. En este grupo humano, nos encontramos todos los problemas de sobrecarga que habitualmente sufren los cuidadores de hijos discapacitados, pero en un escenario mucho más complejo, ya que se trata de cuidadores que necesitan ellos mismos cuidado y apoyo.

Habitualmente la solución a este tipo de problemas pasa por la desintegración familiar y la ubicación de cada uno de sus miembros en centros especializados, lo que desemboca en el desarraigo y la ruptura de las redes de apoyo emocional de las personas afectadas.

En este contexto, el Centro Oasis de Caritas Diocesana de Granada, supone una de las pocas soluciones integrales y humanas a este tipo de problemas, consiguiendo en primer lugar, que la unidad familiar siga completa hasta el último momento, a la vez que facilita a cada uno de los componentes de la familia las diferentes actuaciones terapéuticas que podrían recibir de modo individual en Centros tradicionales pero apoyándose en el refuerzo emocional que la proximidad de la familia supone. Este planteamiento, se basa en el reconocimiento de la familia como un ámbito privilegiado para la atención y el cuidado de la dependencia, por la importancia que tienen las interacciones que en ella se producen.

A su vez, el centro Oasis CAMD de Cáritas Diocesana de Granada mantiene una línea de trabajo basada en la mejora continua y en la búsqueda permanente por conseguir la mayor calidad de vida y el bienestar posible de los residentes. En esta línea, se abordó la eliminación progresiva de sujeciones, como una continuidad en la mejora de los cuidados y en el fomento de la autonomía y au-



toestima de los mayores y discapacitados, ya que la movilidad de una persona es clave para que conserve sus funciones, sobre la base de tener sus huesos y sus músculos en óptimas condiciones. Por consiguiente, se trataba de eliminar progresivamente el uso de sujeciones, mejorando así, el bienestar y la calidad de vida de las personas institucionalizadas, buscando alternativas a las medidas convencionales, que se adaptasen a sus necesidades.

En la atención a la dependencia es necesario ser facilitadores de la movilidad e incluso estimularla para preservar en lo posible la autonomía de la persona, favoreciendo así su autoestima, al eliminar efectos negativos que, a nivel psicológico, puede generar el uso crónico de sujeciones. Por ello, se puso en marcha un programa de eliminación de contenciones, con un uso sólo excepcional de las mismas, mediante la búsqueda constante de alternativas individualizadas y personalizadas, sin abandonar la seguridad de la persona dependiente.

El programa consiste, por tanto, en satisfacer las necesidades de movilidad de la persona reduciendo el riesgo de caída y de lesiones. Diversos estudios muestran que, tras la eliminación de sujeciones, el número de caídas permanece igual e incluso disminuye y que las consecuencias de estas caídas son de menor gravedad.

Para lograr y mantener un centro libre de sujeciones es necesario que los familiares colaboren, asumiendo ciertos riesgos controlados. No obstante, existe un número de caídas en personas mayores que se puede considerar “normal”, ya que las personas mayores se caen más que las jóvenes por razones fisiológicas, generalmente asociadas al envejecimiento.

Tras dos años de trabajo orientado por el Dr. Antonio Burgueño, Director Técnico del Programa “Desatar al Anciano y al enfermo de Alzheimer” promovido por CEOMA, se logró que en octubre de 2013 el Centro Oasis fuera acreditado como un “Centro Libre de Sujeciones”, lo que supuso una iniciativa pionera en Andalucía y que está siendo referente para todos los Centros y Servicios de Cáritas ya que las conclusiones obtenidas resultan sumamente alentadoras:

- Para el equipo interdisciplinar del Centro supone una mejora en la metodología de intervención (planificación e intervención), y un aumento de la motivación, en gran parte favorecido por las consecuencias positivas que se producen en todas las fases de la intervención del proyecto, que retroalimenta su continuidad.
- La satisfacción e implicación de las familias de los beneficiarios directos, que confiaron en el equipo, en el desarrollo del programa, valoraron la actuación como un paso más de calidad en nuestra intervención, así como, el afán de mejora del bienestar de discapacitados y dependientes, depositando total confianza los profesionales del Centro.



- Desde su fase inicial, y tras desarrollarse actuaciones concretas con los primeros casos, ya se podían observar mejoras objetivas a nivel físico y psicosocial en los usuarios, que posibilitaron la “devolución” de la persona a su entorno inmediato.
- Los indicadores de evaluación muestran objetivamente datos que refuerzan el propósito con el que se implanta el programa.

6 LA ESTIMULACIÓN MULTISENSORIAL DE LA PERSONA DEPENDIENTE

El Centro Social Las Cinco Llagas es un proyecto nacido al amparo de la diócesis de Astorga que presta asistencia a discapacitados físicos reconocidos por la Gerencia de Servicios Sociales de la Junta de Castilla y León y que presenten un mínimo del 75% de minusvalía.

Según las normas de la Gerencia de esta Comunidad, ser apto para un centro de minusválidos físicos gravemente afectados, implica:

- Carecer de posibilidades razonables de rehabilitación y recuperación.
- No necesitar atención de forma continuada en instituciones sanitarias.
- No padecer adicciones de alcohol o drogas.

El Centro dispone de 44 plazas con carácter residencial y 22 en centro de día. Se trata de personas entre 18 y 65 años. Debido a la elevada situación de dependencia en la que se encuentran la totalidad de los residentes, las intervenciones de los profesionales se centran en la atención de carácter predominantemente asistencial de la persona discapacitada, debiendo velar por el mejor estado posible de las capacidades físicas y mentales de los residentes. Tratando de desarrollar las potencialidades de cada uno a través de actividades ocupacionales, culturales o de estudio y mediante el fomento de las relaciones personales y sociales a través de actividades de ocio y tiempo libre.

Estas características de los residentes han propiciado que el Centro se haya especializado en la búsqueda permanente de terapias, tanto dentro como fuera del centro, que permitan mejorar las condiciones de vida de estas personas. Por ello, recientemente han puesto en marcha una iniciativa sumamente interesante y que consiste en una Sala de Estimulación Multisensorial. Se trata de un espacio destinado a ofrecer a las personas con discapacidad física y deterioro cognitivo gravemente afectadas, actividades y experiencias sensoriales en un ambiente rico en estimulación.



Este tipo de salas están diseñadas para estimular los sentidos primarios del gusto, tacto, vista, oído y olfato sin necesidad de una actividad intelectual. La relajación y la confianza, facilitan una terapia no directiva. El diseño y desarrollo de este tipo de salas se debe a profesionales de los Institutos holandeses de Haarendael, Hartenberg y Piussoord hace unos 20 años y se han consolidado como un recurso básico al servicio de terapeutas y asistentes del mundo de la discapacidad pero en España apenas están empezando a introducirse. A las salas multisensoriales se le denominan “Snoezelen”, que es una contracción de palabras holandesas que significan “Snuffelen” olfatear / impregnar / aspirar y “Doezelen” que es el plácido bienestar de la somnolencia / sueño / tranquilidad.

Desde su origen se han convertido en otra forma de abordar a la persona discapacitada y dependiente, consiguiendo evoluciones altamente positivas a través de la relajación y de la estimulación sensorial. Prácticamente todas las personas con discapacidad intelectual gravemente afectadas se encuentran en una fase de experimentación corporal. Lo que significa que su mundo consiste en cosas que las viven moviendo, tocando, oliendo, saboreando, viendo, escuchando.... De esta manera conectan y se relacionan con personas, objetos y ambientes, dándoles su interpretación.

Indudablemente todo este ambiente mágico de estimulación repercute directamente en el mundo de sus afectos, emociones y estados anímicos, contribuyendo a proporcionarles un clima de desarrollo afectivo-emocional y comportamental más estimulante y enriquecedor.

Las personas en situación de dependencia que de manera frecuente reciben este tipo de tratamiento en la sala de estimulación multisensorial presentan las siguientes características:

- Discapacidad intelectual o psíquica y necesidad de apoyo generalizado.
- Deficiencias físicas graves.
- Deficiencias sensoriales asociadas a discapacidad cognitiva.
- Patologías como: hemiplejías, tetraplejías, paraplejías...
- Alteraciones sensoriales: ceguera, hipoacusia (disminución auditiva) o sordera.
- Parálisis cerebral o autismo.
- Síndromes genéticos: Síndrome de Down, síndrome x-frágil.
- Enfermedad de Alzheimer u otras demencias.
- Problemas de estrés.



Podemos concluir que esta iniciativa procura el mayor bienestar posible de las personas afectadas con grave discapacidad física e intelectual y necesidades de apoyo generalizado. La estimulación sensorial les permite ahondar en la mejora de la comunicación con su entorno y con ellos mismos, de modo que se logran revertir comportamientos y actitudes desadaptadas, en ocasiones incomprensibles para nosotros, en sonrisas, asombro y equilibrio emocional de la persona que se abre a una experiencia tan enriquecedora.

En muchos casos, puede que sus canales de expresión y adaptación social se encuentren limitados por su handicap cognitivo, pero cuando adaptamos ese entorno y se lo ofrecemos atractivo y estimulante mejoramos la calidad de la información que reciben a través de sus sentidos y hacemos un guiño amable y cariñoso a la persona en situación de dependencia debido a su discapacidad intelectual, invitándola a sumergirse en sus propias sensaciones y emociones. Por eso, este proyecto ya se ha puesto en marcha en otros centros de Cáritas y esperamos que progresivamente todos logren llevar a cabo este tipo de salas de estimulación multisensorial.

7 TUTELAR A LAS PERSONAS SUMAMENTE DEPENDIENTES

En noviembre de 1990 Cáritas Diocesana de San Sebastián creó la Fundación Hurkoa con el objeto de ejercer, en la provincia de Gipuzkoa, la tutela de personas mayores o cualesquiera otras que, siendo incapaces, no tengan otros vínculos familiares o institucionales que puedan ocuparse de la defensa de sus derechos, promoviendo para ello toda clase de servicios, actividades o iniciativas.

Ya desde el inicio se vio claramente que una adecuada atención integral a las personas a tutelar suponía el abordaje de sus necesidades desde tres ámbitos diferenciados:

- **Social:** desde donde se realiza un seguimiento y apoyo en la evolución personal atendiendo a las necesidades de cuidado, salud, ocio, fomento de relaciones sociales, educación en hábitos saludables, solicitud y gestión de recursos sociales de todo tipo.
- **Económico:** el ejercicio de la tutela legal de una persona implica, en la mayoría de los casos, la administración de su patrimonio, gestión que ha de realizarse con la “diligencia de un buen padre de familia”, especialmente cuando el patrimonio es escaso, tal y como exige la legislación tutelar, para asegurar principalmente una adecuada atención



a sus necesidades, y de la que se ha de rendir cuenta al juzgado, como mínimo, una vez al año.

- **Jurídico:** esta área se ocupa no sólo de la gestión y seguimiento del procedimiento legal de incapacitación y tutela y del cumplimiento de las obligaciones legales como tutora, sino de cualquier otro asunto relativo a las personas tuteladas y que tenga implicaciones legales.

Aunque inicialmente la Fundación sólo disponía de personal voluntario, actualmente cuenta con un voluntariado compuesto por 180 personas y una plantilla de 27 personas contratadas.

Desde hace ocho años, junto a la atención tutelar a personas dependientes, se formalizó en Hurkoa un Servicio de Atención a Familias. Ya desde los primeros años de andadura de Hurkoa, la entidad fue adquiriendo unos conocimientos y experiencia en la incapacitación legal y el ejercicio tutelar que empezaron a ser requeridos desde los servicios sociales públicos y otras entidades relacionadas con los mayores en situación de dependencia, para orientar y asesorar a familias con una persona incapaz en su seno y que necesitaban regularizar esta situación, asumiendo la tutela legal desde la propia familia.

Lo que inicialmente eran peticiones aisladas no tardaron en ser cada vez más numerosas, apareciendo situaciones que requerían un tratamiento y un apoyo tanto desde el punto de vista jurídico como social. Se estudió la realidad de esa Cáritas Diocesana y se pudo comprobar que no había un recurso público ni privado que pudiera ofrecer esta orientación y asesoramiento con una visión que abarcara tanto los aspectos sociales como jurídicos. Desde entonces se viene prestando, por parte de Hurkoa, este Servicio de Atención a Familias con miembros en situación de dependencia y existe una demanda constante del mismo.

Esta iniciativa está siendo ejemplar y es posible que pronto se inicien nuevos proyectos de estas características en otras diócesis.

8

LA PREVENCIÓN DE LA DEPENDENCIA MEDIANTE EL ACOMPAÑAMIENTO EN DOMICILIO

Son numerosos los proyectos de Cáritas que realizan acompañamiento en domicilio a las personas mayores y en situación de dependencia. Uno de los que lleva más años de funcionamiento y que por consiguiente ha alcanzado una elevada solidez organizativa, se integra en el Área de Personas Mayores de Cáritas Diocesana de Bilbao, desde el que se coordinan diversos proyectos diocesanos en favor de las personas mayores.



El objetivo fundamental del Área es la mejora de la calidad de vida de las personas mayores que presentan dificultades sociales y/o familiares. Además, pretende fomentar su autonomía personal, favorecer su permanencia en el propio domicilio y en el entorno, estimular sus relaciones, facilitar el acceso a los recursos comunitarios y apoyar a las familias que cuidan de los mayores dependientes.

Son tres los motivos fundamentales por los cuales Cáritas Diocesana de Bilbao trabaja a favor de este colectivo:

- a) porque las necesidades y dificultades de las personas mayores se incrementan, sobre todo, cuando no tienen quien les preste apoyo;
- b) porque el aislamiento y sentimiento de soledad son un problema creciente que pone de relieve la necesidad de promover relaciones cercanas y gratuitas; y
- c) porque la realidad de las personas mayores más vulnerables es poco conocida y reconocida por el resto de la sociedad. En este sentido en los últimos tiempos estamos tratando de subrayar la importancia de sus necesidades afectivas y emocionales, ya que consideramos que al ser menos visibles que las de otro tipo (cuidados básicos y sanitarios) con frecuencia no son atendidas. Por ello, desde el Área, se llevan a cabo acciones de intervención pero también otras de denuncia y sensibilización.

Debemos tener presente que el aumento del grupo de personas de 80 y más años trae consigo un incremento de las tasas de dependencia (es decir, de la necesidad de la persona de ser ayudada o apoyada para ajustarse a su medio e interactuar con él), y un aumento de la demanda de cuidados de larga duración.

Ambos fenómenos, el envejecimiento progresivo de la población y el incremento de las tasas de dependencia, están generando un replanteamiento de las políticas sociales en relación a la atención de las personas mayores. Desde diversas organizaciones, se promueve que los servicios sociales desarrollen programas de atención basados en el lema "Envejecer en casa". De esta forma los centros residenciales quedarían orientados, principalmente, hacia las personas con gran dependencia, y se subraya la necesidad de promover las medidas que ayudan a continuar en el domicilio y mantener la relación con el entorno más próximo.

Nos parece importante reflexionar sobre el significado que para la persona mayor tiene el domicilio. El hogar es el marco que acrecienta la sensación de competencia personal. El domicilio tiene un significado que refleja la continuidad familiar y la conexión con el futuro. Proporciona un enlace con el pa-



sado mediante el recuerdo de acontecimientos que tuvieron lugar dentro de este marco físico (la muerte del cónyuge, una fiesta entrañable, el anuncio de un matrimonio futuro), o con los recuerdos y el sentido de la persona que son evocados a través de los objetos personales que se mantienen dentro del hogar. Además, el propio hogar es el lugar donde se experimenta la mayor sensación de control de la propia vida. De hecho, la mayoría de las personas mayores expresan su deseo de envejecer en su propio domicilio y de recibir en él los cuidados que puedan necesitar.

Pero las personas mayores, no experimentan sólo necesidades centradas en elementos básicos como la alimentación, la higiene, el vestido, el sueño..., sino también otras vinculadas con la estima, el afecto, la consideración, la identificación, el sentido de la vida. Guillén Llera (2000) describe así estas últimas necesidades de tipo espiritual y emocional:

- Necesidad de consideración y estima, a la cual se da respuesta a través del respeto, dejándole expresar a la persona qué tipo de ayuda necesita, manifestándole aspectos positivos de su persona y sus valores, así como recordando junto a ella momentos significativos de su vida por su valor emocional.
- Necesidad de amor y pertenencia, que se facilita manteniendo las relaciones afectivas con la familia y las amistades que se poseen, así como favoreciendo la creación de nuevas relaciones afectivas y de apoyo con otras personas.

En este contexto surge el proyecto de acompañamiento, que trata de responder a este tipo de necesidades emocionales para aliviar, así, el sentimiento de soledad que puedan sufrir las personas mayores y en situación de dependencia.

El sentimiento de soledad se define como la experiencia que se produce en las personas cuando no estamos satisfechas con la cantidad y/o calidad de las relaciones sociales que mantenemos (Peplau, 1982). En este sentido, hay que señalar que, con frecuencia, el sentimiento de soledad no se deriva de un aislamiento absoluto, poco frecuente en nuestro contexto social, sino sobre todo de las características de las relaciones que se mantienen, que pueden no responder a nuestras expectativas, no cubrir todas nuestras necesidades personales, ser difíciles o conflictivas...

Se constata que a medida que se envejece es más probable la aparición de circunstancias que implican cambios en las relaciones sociales y mayores dificultades para mantenerlas (viudedad, jubilación, fallecimiento de amistades, cambio de lugar de residencia, problemas de salud...), lo que aumenta el riesgo de aparición del sentimiento de soledad. Sin embargo, la investigación nos de-



muestra que se mantienen las necesidades afectivas y de relación, no sólo con la familia sino también con personas con las que no se convive, y que cuando no se responde a ellas aparecen sentimientos de soledad.

Por otra parte, hay que señalar que la soledad no es únicamente una vivencia desagradable para la persona que la sufre, sino que, además, cuando se mantiene en el tiempo, puede tener importantes repercusiones negativas sobre la salud física y mental de las personas.

El proyecto de acompañamiento también incluye entre sus objetivos el de apoyar a las familias cuidadoras de personas dependientes. Por lo general, la familia es la que asume la mayor parte del cuidado de estas personas (72% de la ayuda, según la Sociedad Española de Geriatría y Gerontología; www.segg.org, 2013). A ello podemos añadir las palabras de Pilar Rodríguez (p.38) *“En el incremento de la demanda de cuidados también incide de manera significativa el cambio social producido tanto en los modelos familiares, como en los valores culturales y en el rol social de las mujeres. Sobre ellas recaía y todavía hoy recae mayoritariamente el cuidado de las personas mayores, en lugar de tratarse de un rol compartido.”*

La conciencia sobre la prevención no es algo nuevo sino que siempre ha estado ahí, lo que ha cambiado es su concepción. La prevención consiste en el trabajo en equipo, multidisciplinar e integral entre los profesionales, las personas mayores y sus familias. No cabe duda de que la prevención es necesaria para el mantenimiento de la independencia y autonomía de la persona mayor, para la disminución del coste sanitario y para la mejora de la calidad de vida. La prevención por tanto, no debe ser concebida como un coste sino como una inversión.

Respecto a las aportaciones que la Ley de Atención a la Dependencia significa para las numerosas personas que se acogen a las prestaciones económicas por cuidado en el entorno familiar, observamos que en muchos casos esta ayuda ha permitido que un familiar decida cuidar personalmente a la persona dependiente; también que estas prestaciones sostienen algunas economías familiares azotadas por el paro y las desventajas económicas; en otros casos sirven para contratar a alguien que ayuda o para adquirir ayudas técnicas.

Pero también hemos podido observar como algunas familias, a pesar de recibir los ingresos económicos de la prestación, no logran un mejor bienestar familiar ni un mejor cuidado de la persona dependiente. Lamentablemente, nos encontramos algunas situaciones en las que no hay cambio en la situación entre el momento anterior a la valoración y el posterior, cuando se recibe la prestación económica, porque esta no se emplea para adquirir ayudas técnicas, ni contratar ayuda, ni hacer el hogar más accesible. Hemos detectado también que, a veces,



las familias disponen de medios económicos pero necesitan orientación para escoger entre diversas opciones y decidir sobre los recursos que podrían ayudarles del modo más adecuado posible.

Por otra parte, tenemos la sensación de que, en ocasiones, el paso por el proceso de valoración de dependencia y la decisión de acogerse a la prestación económica se convierte en una “oportunidad perdida”. Una vez que la persona ha sido valorada y opta por la prestación, es frecuente que pierda el contacto con los servicios sociales, con lo que puede pasar mucho tiempo sin que nadie le pregunte por la evolución de la situación ni por sus nuevas necesidades. Observamos que una parte importante de la población conoce algunos de los derechos generados por la Ley de Dependencia y, en especial, la prestación por cuidados en el entorno familiar y, sin embargo, conoce en menor medida otros apoyos a los que puede recurrir.

Por ello, creemos que sería importante mejorar algunas cuestiones como:

- Intensificar los servicios que sean compatibles con la prestación, de tal forma que se facilite el contacto mencionado en el punto anterior (servicios de respiro, servicio de ayuda a domicilio de menor intensidad...).
- En este sentido, podría ser muy útil la labor de un equipo “de cabecera”, que se mantenga en contacto con la persona y/o su familia que opta por el recurso de la prestación económica, para acompañarle en el proceso de cuidado y orientarle hacia los recursos y decisiones más oportunos en cada momento, de tal manera que se evite el “aislamiento” de la situación de cuidado al que se puede llegar. Esto es algo que hemos podido observar, sobre todo en el caso de matrimonios de personas mayores con poca red familiar y/o social (por ejemplo, no saben a quién recurrir para encontrar a alguien “de confianza” a quien contratar llegado el momento; o se tarda en detectar cuando llega un momento en el que la persona cuidadora no puede seguir cuidando); el voluntariado de acompañamiento ha tenido un papel importantísimo en algunas de las situaciones conocidas.
- Por último, una de las consideraciones que estimamos más reseñables para contribuir a la mejor atención posible de las personas en situación de dependencia pasa por la coordinación socio-sanitaria, en la que los sistemas se adapten a cada persona y a sus necesidades. Los efectos de dicha coordinación seguro que se verían reflejados en una mayor calidad asistencial, mejora de la calidad de vida de las personas en situación de dependencia y en la necesaria optimización de recursos.



9 ACTUAR DESDE LA REFERENCIA DE LA ÉTICA

A modo de conclusión, queremos significar que para las personas que trabajamos en Cáritas, en todo lo referente a la atención a las personas en situación de dependencia, debemos formularnos la pregunta ética de **por qué y cómo**, lo debemos hacer. De ese modo, seremos capaces de asimilar lo que nos puede ofrecer la ética en este sentido. Desde la ética podremos encontrar los argumentos y reflexiones que nos ayudarán a encontrar los valores, hábitos y costumbres más adecuados para dar respuesta a las preguntas que la realidad nos formula en relación a todo lo que depende de nosotros o sobre aquello que nos ha sido puesto en nuestras manos.

Como se ha comentado anteriormente, nuestro porqué surge de nuestra convicción profunda en la dignidad de las personas, porque somos hijos e hijas de Dios. Ese es el valor que sustenta nuestro Modelo de Acción Social, es el atributo intrínseco, es el reconocimiento de la persona como valiosa en si misma por el mero hecho de su condición humana, independientemente de sus características individuales.

Por su parte, Goikoetxea Iturregui, M. (2014) propone que los principios éticos universales que deben guiar las intervenciones asistenciales con las personas en situación de dependencia, son:

- *La dignidad como fundamento.*
- *La no maleficencia y la justicia.*
- *La autonomía y la beneficencia.*
- *La responsabilidad y la prudencia.*

Parafraseando a Viktor Frankl (2009), debemos tener en cuenta que quien tiene un porqué encuentra siempre el cómo. Por eso, cabe suponer que si nuestros principios permanecen sólidamente anclados en los principios éticos, cabe suponer que se reducirán las dificultades en el modo de aplicar los cuidados y las atenciones que las personas en situación de dependencia necesitan.

Pero además, en este sentido, nos puede ser de ayuda la diferenciación que establece Goikoetxea (2014) a la hora de asumir las obligaciones éticas en la atención a las personas dependientes. Propone dividir esta reflexión sobre las obligaciones éticas con las personas en situación de dependencia en tres apartados en virtud del espacio de relación en el que nos encontremos.



mos, que, lógicamente, determinará de diferente modo nuestras obligaciones con ellas:

- El nivel «micro» que se refiere al ámbito privado donde se producen las relaciones entre la persona necesitada de cuidado, sus familiares y allegados y los profesionales del ámbito social y/o sanitario. Los objetivos a este nivel se establecen en función de cada caso particular.
- El nivel «meso» u organizativo donde se dan las relaciones entre las personas necesitadas de cuidados y los responsables de gestionar los recursos. Los objetivos a este nivel se establecen en relación al conjunto de los destinatarios o «clientes» de esa organización.
- El nivel «macro» o de las políticas cuyo objetivo es la aceptación y la integración social de las personas dependientes en coordinación con el bien común de todos los ciudadanos.

Pero, por encima de todo, debemos seguir trabajando convencidos de que una de las contribuciones más necesarias que podemos aportar en favor de las personas en situación de dependencia es a que mantengan viva su interrelación con los demás, animándoles en sus deseos de vivir la vida, porque cuando esta se puede vivir con todo el amor necesario, siempre merece la pena.

10 BIBLIOGRAFÍA

GUILLEN LLERA, F. (2000): Análisis de necesidades y recursos en la atención a las personas mayores en España. SEGG, Madrid.

MARTÍNEZ RODRÍGUEZ, T. (2011): La atención gerontológica centrada en la persona. Guía para la intervención profesional en los centros y servicios de atención a personas mayores en situación de fragilidad o dependencia. Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco; Vitoria-Gasteiz.

CÁRITAS ESPAÑOLA (2009): Modelo de Acción Social. Cáritas Española Editores. Madrid.

PEPLAU, L. (1982): Loneliness. A sourcebook of current theory, research and therapy. New York: Wiley&Sons.

WWW.SEGG.ES. ¿Quiénes son los cuidadores de personas mayores dependientes? Consultado el 27 de mayo de 2013.

RODRÍGUEZ, P. (1999): Las necesidades de las personas mayores dependientes. Revista de Asuntos Sociales, 8.



GOIKOETXEA ITURREGUI, M. (2014) Capitulo.2 *La ética como referente de la atención integral y centrada en la persona*. Rodríguez Rodríguez, P.; Vilà i Mancebo, A.,(coordinadores) MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL Y CENTRADA EN LA PERSONA. Tecnos, Madrid.

FRANKL, VIKTOR, E. (2009): El hombre en busca de sentido. Herder, Madrid.



Documentación



La protección social de la dependencia
a través de la LAPAD.

251





La protección social de la dependencia a través de la LAPAD

Sumario

1. Avance de la Evaluación 2015 del sistema para la autonomía y atención a la dependencia.
2. XV Dictamen del Observatorio de la Ley 39/2006 de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia (LADAP).
3. Informe del tribunal de cuentas nº 1.035. informe de fiscalización sobre las medidas de gestión y control adoptadas por las Comunidades Autónomas para la adecuada aplicación de la ley 39/2006, de 14 de diciembre, de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia.

A continuación presentamos tres informes elaborados en los últimos dos años y que nos ofrecen una mirada retrospectiva a los logros y los retos pendientes en la aplicación de la Ley de Promoción de la Autonomía personal y Atención a las personas en situación de Dependencia (LAPAD). Así mismo, los informes realizan una revisión, evaluación y algunas propuestas al Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD).

Por una parte, el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, a través del Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO) (Secretaría de Estado de Servicios Sociales e Igualdad) elabora anualmente un informe a partir de los datos aportados por las CCAA al Sistema de Información del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SISAAD). En esta ocasión presentamos el último informe elaborado (correspondiente a 2015), el **Avance de la evaluación 2015 del sistema para la autonomía y Atención a la dependencia**.



Por otro lado, la Asociación Estatal de Directores y Gerentes de Servicios Sociales viene realizando de manera periódica unos informes correspondientes al observatorio de la Ley 39/2006 de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia (LAPAD). Tomamos como referencia el *XV Dictamen del Observatorio*, publicado en julio de 2015.

Para completar y cerrar la documentación más relevante y reciente al respecto de la LAPAD y el SAAD, aportamos el Informe N° 1.035 del Tribunal de Cuentas, órgano dependiente directamente de las Cortes Generales, que nos ofrece el *Informe de fiscalización sobre las medidas de gestión y control adoptadas por las comunidades autónomas para la adecuada aplicación de la ley 39/2006*.

1 AVANCE DE LA EVALUACIÓN 2015 DEL SISTEMA PARA LA AUTONOMÍA Y ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA

El Consejo Territorial de Servicios Sociales y del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, es el órgano encargado de realizar la evaluación anual de la gestión del SAAD, comparando los datos elevados a definitivos a 31 de diciembre de cada año y publicados en el SISSAD. Presentamos a continuación un resumen del informe publicado por el IMSERSO para el año 2015, siendo este informe anual el último disponible.

El informe completo puede ser consultado en la siguiente dirección http://www.dependencia.imserso.es/interpresent3/groups/imserso/documents/binario/im_102607.pdf

Las cifras incluidas en este Avance son un reflejo de la gestión de las Comunidades Autónomas y muestran el volumen de información que dichas Comunidades incorporaron al Sistema durante el año 2015.

1.1. Los beneficiarios del SAAD

Durante 2015 se ha registrado la cifra de beneficiarios con prestación, más alta desde la entrada en vigor de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia. El número de personas beneficiarias con prestación se sitúa en 796.109. La cifra de personas beneficiarias se ha incrementado en 50.389 desde el pasado año 2014, en el que registraban 745.720 personas beneficiarias.

En cuanto a los nuevos beneficiarios con prestación, han sido atendidos 163.475 nuevos beneficiarios con prestación, lo que significa un total de 467.782 en los últimos 4 años, es decir, un 58,76% de los atendidos actualmente.

Respecto al perfil por edad, un 17,06% tienen una edad comprendida entre los 65 y 79 años y un 55,18% tienen 80 o más años. Casi un 80% de las personas que han causado baja en 2015 con derecho de prestación, ya la estaban recibiendo.

1.2. Las personas pendientes de recibir prestación

Este análisis se diferencia en función de los grados, siendo los Grados II y III ya efectivos y consolidados antes del 1 de julio de 2015 y el Grado I que se ha incorporado al Sistema el 1 de julio de 2015.

En cuanto a los Grados II y III, nos encontramos que en el transcurso de este año se han reducido en 8.372 personas pendientes de recibir prestación hasta llegar a las 139.630. En lo que respecta al Grado I y transcurridos 6 meses desde la plena implantación e integración del mismo, ya se encuentran atendidos el 27,09% de dichos beneficiarios, al finalizar 2015 nos encontramos con una reducción de 69.874 personas desde la fecha inicial (30 de junio de 2015), hasta el 31 de diciembre de 2015 encontrándose 244.696 personas.

1.3. Evolución de las prestaciones y de la generación de empleo en el sector

Los Servicios representan el 63,88% del total de prestaciones reconocidas, la atención a estas personas es notablemente superior a la de las Prestaciones Económicas para Cuidados en el Entorno Familiar ya que estas suponen un 36,12%, es decir, dos de cada tres prestaciones son actualmente de Servicios Profesionales.

Respecto a las personas beneficiarias con prestación por CCAA, solo en Canarias se ha regustado una reducción de los beneficiarios de 9.311 personas. En las restantes 16 CCAA, más Ceuta y Melilla, han aumentado el número de beneficiarios en un total de 59.700 personas.

En 2015 existe un total de 692.832 personas con prestación reconocida, lo que significa un 86,70% del total de 799.155 personas con efectividad de su derecho actual para los Grados II Y III, en cuanto al Grado I, y tras seis meses de su implantación hay un total de 103.277 personas con prestación reconocida, lo que significa un 27,09% del total de personas con efectividad de su derecho actual.

A día de hoy, y respecto a 31 de diciembre de 2014, han aumentado todos los Servicios profesionales en 4,13 puntos porcentuales, lo que contribuye a la generación de nuevos puestos de trabajo. En este sentido, la generación de empleo es intensa, ya que desde el ejercicio 2011 se ha producido un aumento de 35.401 nuevas afiliaciones en el Sector. Esta tendencia se ha consolidado en 2015, produciéndose un incremento de 16.352 nuevas afiliaciones en comparación con 2014, esto supone el punto más alto desde la entrada en vigor de la Ley de Dependencia.



1.4. El nivel mínimo de protección

La dotación inicial asignada para transferir a las CCAA en concepto de Nivel Mínimo de protección a las personas dependientes para el año 2015, en un principio es de 1.087,2 millones de euros, pero tras una ampliación de crédito que el Consejo de Ministros acordó el 25 de septiembre de 2015, el Ministerio de Sanidad, Servicios Social e Igualdad ha destinado este año un total de 1.192,2 millones para atender a las personas protegidas por la Ley de Dependencia, de los cuales un 99,77% se encuentra ya transferido o en proceso de tramitación.

Dicha cantidad se ha distribuido en función de las CCAA, siendo Andalucía (243.311.194), Cataluña (210.395.256) y Madrid (160.915.335) las que mayores cuantías han recibido. Y por el contrario, La Rioja (9.184.560), Navarra (11.310.099) y Baleares (16.709.317), las que han recibido las cuantías más pequeñas.

2

XV DICTAMEN DEL OBSERVATORIO. DE LA LEY 39/2006 DE PROMOCIÓN DE LA AUTONOMÍA PERSONAL Y ATENCIÓN A LAS PERSONAS EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA (LADAP)

Se cumplen ocho años y medio del inicio del despliegue de (LAPAD), el pasado 1 de julio se completó el mismo de forma que todas las personas en situación de dependencia, independientemente de su Grado, tienen derecho a recibir servicios o a percibir una prestación económica por cuidados familiares para ser más exactos, se incorporaron al sistema con derecho a recibir atenciones otras 315.000 personas con Grado I y la Administración Central aportará a cada Comunidad Autónoma 44,33 €/mes por dependiente para poner en funcionamiento servicios o prestaciones, lo que significa percibir cerca de 532 €/año por dependiente atendido. En conclusión, si la Comunidad cumple estrictamente su compromiso de financiación del 50%, se deberá atender a estas personas con poco más de 1.000 euros anuales.

Este dictamen, coincide además con la llegada a muchas Comunidades Autónomas de un buen número de nuevos ejecutivos autonómicos, estos podrán promover nuevas medidas en el plano organizativo y de gestión pero no podrán eludir la asfixia financiera a la que se ha sometido al SAAD.

Existe un desigual desarrollo de la LAPAD por territorios, en líneas generales, el esfuerzo autonómico de los últimos años ha sido importante a pesar del abandono sufrido por la Administración Central que, al tiempo que imponía recortes inasumibles para las Comunidades Autónomas, pretendía crear un increíble relato de las bondades de las reformas del sistema.



El informe completo puede ser consultado en la siguiente dirección: <https://consaludmental.org/publicaciones/XV-Dictamen-Observatorio-Dependencia.pdf>

2.1. Aspectos a destacar sobre la evolución general

1. En España hay más de 1.191.000 personas en situación de dependencia reconocida. Esto significa que veinticinco de cada mil españoles, necesitan apoyos para realizar las actividades básicas de la vida diaria en mayor o menor medida.

2. Tras ocho años y medio de implantación, en este momento, un 37% de estas personas no tiene ninguna prestación o servicio del sistema de atención a la dependencia.

3. El **Sistema de Autonomía Personal y Atención a la Dependencia** está desbordado. Los datos oficiales de cobertura muestran cómo la capacidad de atención de los últimos cuatro años se mantiene en 750.000 personas.

4. Solo se atiende a nuevos dependientes en la medida en la que se producen bajas de atendidos y como ese ritmo es insuficiente, decenas de miles de personas han fallecido sin haber hecho efectivos su derechos.

5. Los tiempos de espera para las personas con derecho a atención ha resultado inasumibles de forma que desde inicios de 2012 han fallecido en situación de espera sin haber recibido servicios o prestaciones en lo que va de legislatura cerca de 100.000 personas.

6. En este colapso intervienen diversos factores pero el más directo ha sido el impacto de las medidas de recorte contenidas en el Real Decreto-ley 20/2012 de 13 de julio.

7. Se mantienen las graves desigualdades entre territorios.

8. El sistema de información sigue sin estar finalizado, no se ha publicado oficialmente la evaluación 2014 (debería haberse publicado ya en BOE) y no se ofrecen los datos reales de gestión económica (aportación de las CCAA a través de certificado de gasto) o los datos de bajas en el sistema (solo se publican las altas). Hay más manipulación que transparencia.

2.2. Aspectos a destacar sobre las solicitudes, valoraciones y grados

9. El IMSERSO no ofrece información mensual acumulada. Aporta únicamente datos mensuales de “expedientes activos”. No obstante, en la evaluación anual del ejercicio 2014 (borrador provisional) se aporta el dato de tramitación de 2.814.186 **solicitudes** entre 1 de enero de 2007 y 31 de diciembre de 2014.

10. La información acumulada no está disponible salvo el dato a final del ejercicio pasado 2014 (con 2.456.253 **valoraciones** de grado acumuladas desde el inicio de la LAPAD).

10. En junio de 2012 había 413.465 expedientes activos de personas con **Grado III** (gran dependencia) mientras que en el mismo mes de 2015 el número ha descendido hasta las 345.041 personas (68.424 menos).

11. Las personas con **Grado II** de dependencia (dependencia severa) también descienden en número. (27.400 menos desde junio de 2012), mientras que sí han aumentado las personas con **Grado I** en dicho intervalo temporal (7.000 personas).

12. El procedimiento (solicitud, valoración, resolución PIA y acceso real a servicios o prestaciones) sigue siendo lento, farragoso, ineficaz y una auténtica tortura para las familias. Las denuncias por la violación del derecho subjetivo de las personas dependientes o cualquier otra reclamación por la pasividad o arbitrariedad de las Administraciones se sigue dirimiendo en un orden jurisdiccional poco adecuado a la materia: el de lo contencioso administrativo.

2.3. Aspectos a destacar sobre la desatención y las atenciones

13. Ha descendido la lista de espera en 175.000 personas desde enero de 2012, esto se debe al colapso del sistema que frena la entrada de nuevos usuarios. Desde 2012, una de cada cinco personas dependientes con derecho a atención que entró en la lista de espera no llegó a ser atendida al causar baja por fallecimiento.

14. En el último año se entregaron 30.000 prestaciones económicas menos por cuidados familiares. Esto se ha visto compensado con un incremento de la entrega de servicios.

15. Siendo ello positivo, se imposibilita la entrega de servicios a personas en espera por la absoluta falta de inversión pública. De ahí que la capacidad de atención global se mantenga en 750.000 personas en los últimos 4 años.

16. Los servicios y prestaciones previstos en la Ley no dan respuesta eficaz a muchas de las necesidades reales de autonomía personal ni suponen una atención a la dependencia con suficiente intensidad o calidad.

17. La mala implantación de la Ley de dependencia merece un análisis profundo del impacto negativo de género. La OCDE lleva tiempo alertando sobre la intensidad desmedida de los cuidados familiares en España (asumidos casi exclusivamente por mujeres), ya que no son una opción vital fruto de elección

libre, sino muchas veces una suerte de condena con implicaciones personales, morales y económicas gravísimas.

18. La tan cacareada atención socio-sanitaria no ha pasado del plano del bello discurso y supone dos amenazas importantes: una puerta a la mercantilización de la sanidad o la fagocitación de buena parte de los servicios sociales por el sistema. En todo caso, es un camino imprescindible a explorar pero con criterios claros y transparentes en los que se anteponga siempre a las personas, sus deseos, sus derechos y la calidad de las atenciones a todo lo demás.

2.4. Aspectos a destacar sobre los costes y la financiación

19. Aun atendiendo a menos personas, se mantienen los costes del sistema en 2014 iguales que en el año anterior en una congelación global. El auténtico mazazo económico se produjo entre 2012 y 2013.

20. La entrada de los moderados (Grado I) al sistema supone una necesidad de financiación pública (sin copago) de más de 3.100 millones de euros para atender a los 445.000 dependientes que están sin atención a 1 de julio.

21. El Estado aportará para atender a esos 445.000 dependientes (Nivel Mínimo) no más de 370 millones de euros (12% del total necesario), debiendo aportar las CCAA el resto. Esto nos lleva a un sistema de atenciones low cost que poco más que una teleasistencia podrá ofertar.

22. Pretender que la financiación del SAAD por parte del Gobierno Central a las CCAA tiene “dos vías”: la propia de la Ley 39/2006 y la vía de los fondos adicionales de financiación autonómica. Discrepamos rotundamente con dicho cálculo que, llevado al extremo, daría como resultado que la Dependencia se financia por un solo agente: los ciudadanos, y por tres vías: los impuestos de personas físicas y empresas que va a parar a los PGE, el copago de las personas dependientes y el sobrecoste que abonan las personas dependientes por servicios.

23. El coste de oportunidad que ha tenido la desinversión en la Ley de Dependencia es demoledor. Si en 2013 el Gobierno hubiese invertido 1.200 Millones de euros más en servicios de atención a la dependencia (en lugar de recortar), habría logrado generar más de 70.000 puestos de trabajo netos, habría incrementado el número de atendidos en 90.000 personas (evitando grandes sufrimientos y esperas) y, finalmente, habría recuperado en un año mediante retornos directos, indirectos e inducidos casi la totalidad de la inversión, incrementando el déficit público en 100 millones de euros.

24. A pesar de la desinversión, el sistema muestra una altísima rentabilidad potencial. El ligero incremento de los servicios prestados ha posibilitado man-



tener el empleo ligado al sector y mejorar los retornos directos obtenidos que ya se sitúan en el 37% en 2014 (4,6 puntos más que en 2010).

25. Creemos que se impone un pacto de Estado sobre esta cuestión en cuya discusión se replantee el modelo de financiación de los “long term care” en España y con epicentro en el modelo de financiación autonómica a debatir en el Consejo de Política Fiscal y Financiera.

2.5. Propuestas para garantizar el futuro del sistema

La incorporación de los Dependientes Moderados a partir del 1 de julio de 2015, marca el final de un proceso de implantación del Sistema de Atención a la Dependencia que ha coincidido con años de especial crudeza de la crisis económica, a la que se ha respondido con políticas de austeridad y ajuste del gasto público, que han afectado de manera inmisericorde al Sistema.

Nos encontramos así con que la implantación del Sistema no ha conseguido lo que deberían haber sido sus objetivos y, en consecuencia, el correspondiente derecho subjetivo que la Ley proclama.

Como conclusión de este análisis sistemático del proceso de implantación del SAAD, la propuesta que realizamos para un desarrollo digno del SAAD acorde a lo que la Ley 39/2006, de 14 de diciembre exige, es **un pacto de Estado que replantee el modelo de financiación del Sistema de Atención a la Dependencia**, con epicentro en el modelo de financiación autonómica a debatir en el Consejo de Política Fiscal y Financiera.

En coherencia con este cambio de ciclo anunciamos cambios significativos en la Escala de Valoración que venimos aplicando, ya que si bien ha demostrado su utilidad para medir la implantación del Sistema en cada una de las Comunidades, es necesario ajustar para que exprese mejor las características de esta nueva fase.

INFORME DEL TRIBUNAL DE CUENTAS Nº 1.035. INFORME DE FISCALIZACIÓN SOBRE LAS MEDIDAS DE GESTIÓN Y CONTROL ADOPTADAS POR LAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS PARA LA ADECUADA APLICACIÓN DE LA LEY 39/2006, DE 14 DE DICIEMBRE, DE PROMOCIÓN DE LA AUTONOMÍA PERSONAL Y ATENCIÓN A LAS PERSONAS EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA

El Pleno del Tribunal de Cuentas, aprobó, en su sesión de 29 de mayo de 2014, el Informe de Fiscalización sobre las medidas de gestión y control adop-



tadas por las Comunidades Autónomas para la adecuada aplicación de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia, y acordó su elevación a las Cortes Generales y a las Asambleas Legislativas de las Comunidades Autónomas, así como al Gobierno de la Nación y a los Consejos de Gobierno de las Comunidades Autónomas, según lo prevenido en el artículo 28 de la Ley de Funcionamiento.

El informe completo puede ser consultado en la siguiente dirección:

<http://www.tcu.es/repositorio/ec5afa2e-d9e6-411c-8251-175636a40726/I1035.pdf>

3.1. Conclusiones

1. El desarrollo de la Ley de dependencia por cada una de las CCAA ha producido una excesiva dispersión normativa que no se compadece con los principios de universalidad, igualdad y transparencia que informan el sistema.

2. Las CCAA deben introducir mensualmente la información que requiere el Sistema de Información del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SISAAD) no obstante todavía se constatan excesivas demoras por parte de las CCAA tanto en el registro de expedientes nuevos y de los datos relativos a sus trámites fundamentales, como en la actualización de los restantes datos que constan en el sistema.

Destaca la demora en el registro por parte de la Comunitat Valenciana, así como, en menor grado pero en todo caso como un retraso muy importante, las CCAA de Cantabria, País Vasco, Comunidad de Madrid y Comunidad Foral de Navarra.

3. Continúan produciéndose importantes demoras en las resoluciones de reconocimiento de la prestación, el plazo medio de resolución se eleva, a nivel nacional, a un total de 219 días, el incumplimiento resulta especialmente significativo en las CCAA de Andalucía, Principado de Asturias, Comunitat Valenciana y Extremadura, en las que este plazo supera los 300 días.

4. Se ha constatado que algunas CCAA no efectúan el reconocimiento de la prestación hasta que disponen de crédito presupuestario suficiente para hacerla efectiva, lo que conlleva al margen de la retroactividad que corresponda, una importante demora adicional en su efectividad.

Cabe señalar que el Real Decreto 1050/2013, de 27 de diciembre, dispone que si por causa imputable a la comunidad autónoma, transcurre más de un



año entre la fecha de efectividad del servicio o de la prestación económica y la incorporación de los datos en el SISAAD, el pago por el IMSERSO de las cantidades que procedan, quedará condicionado a las disponibilidades presupuestarias del correspondiente ejercicio.

5. El número de solicitudes pendientes de resolución de reconocimiento de la prestación, pasando de 305.901 personas a 31-12-2011 a 190.503 a 31-12-2013, su número sigue siendo elevado. Debe destacarse favorablemente la gestión de Castilla y León, en la que únicamente se encuentran pendientes de reconocimiento de prestación el 1,66% de las personas dependientes con derecho actual a prestación.

6. El incumplimiento de plazos en la gestión del SAAD sigue constituyendo una de sus grandes debilidades, situación que perjudica no sólo a las personas beneficiarias sino también al IMSERSO.

7. La totalidad de las CCAA tienen en cuenta la capacidad económica de las personas dependientes a efectos de la determinación de la cuantía de su participación en el coste de las prestaciones.

8. El Sistema de Información del SISAAD, tiene la finalidad principal de permitir la disponibilidad de la información y la comunicación recíproca entre las Administraciones Públicas, facilitar la realización de estadísticas y hacer posible la liquidación del nivel mínimo de protección a cargo de la AGE.

El IMSERSO ha procedido a contratar el desarrollo, implantación y mantenimiento de una nueva aplicación que sustituya al actual SISAAD y con la que se pretende corregir los problemas de interoperabilidad existentes.

9. Se han contrastado los datos obrantes en el SISAAD con datos facilitados por las CCAA correspondientes a sus propios sistemas de información habiéndose observado debilidades, no obstante, debe ponerse de manifiesto, que desde la realización del anterior Informe de Fiscalización sobre la aplicación de la Ley de dependencia, se ha producido una sensible mejoría en cuanto al número de expedientes en los que se han observado discrepancias entre las bases de datos de las CCAA y el SISAAD, así como que el IMSERSO y las CCAA han arbitrado los procedimientos mediante los cuales regularizan de forma continuada los efectos económicos que pueden producir esas discrepancias en el cálculo del importe del nivel mínimo de protección.

10. El total de fondos transferidos por el Estado a las CCAA a través del IMSERSO para el nivel mínimo y acordado o a través de los recursos adicionales previstos en la Ley 22/2009 en 2013 ha sido superior al de 2011.

11. La financiación finalista específica de la dependencia, representó el 19,71% del total correspondiente a las CCAA de régimen común. Todas las

CCAA cumplieron la obligación legal de financiar el sistema con una aportación al menos igual a la efectuada por la AGE en concepto de nivel mínimo de protección, que en el ejercicio 2012 representó el 19,82% del coste del sistema financiado con fondos públicos.

El gasto medio nacional por beneficiario es de 9.209,24 euros.

12. Algunas CCAA difieren el control de vivencia de los beneficiarios a la comunicación por el IMSERSO de los resultados de los cruces que periódicamente efectúa con las bases de datos del INE o del Ministerio de Justicia y carecen de procedimientos propios de control suficientemente eficaces., esto adquiere mayor gravedad por las importantes demoras constatadas en la incorporación de datos al SISAAD.

13. En cuanto se refiere a la observancia de la normativa para la igualdad efectiva de mujeres y hombres cabe señalar que en la evaluación de resultados no se efectúa el informe de impacto de género sobre el desarrollo de la ley que preveía su Disposición final primera.

14. El resumen del resultado del seguimiento de las recomendaciones del expresado Informe de fiscalización es que el IMSERSO ha dispuesto el reintegro de las cantidades abonadas por exceso, en concepto de nivel mínimo de protección, distribuyendo en varias mensualidades el correspondiente descuento en las nóminas mensuales; El IMSERSO y las CCAA están procediendo al análisis de datos existentes en sus respectivos sistemas de información y deben mantener el esfuerzo en esa dirección pues aún se constatan numerosas debilidades; el IMSERSO ha contratado el desarrollo de una nueva aplicación que sustituya al actual SISAAD y con la que se pretende corregir los problemas de interoperabilidad existentes; el IMSERSO ha presupuestado y cancelado en el presente ejercicio 2013 la deuda pendiente de abono con la Seguridad Social correspondiente a las cuotas a su cargo de los cuidadores no profesionales, por importe de 1.034 millones de euros.

3.2. Recomendaciones

Este Tribunal ha constatado que gran parte de las debilidades que se pusieron de manifiesto en el anterior Informe de Fiscalización resultan coherentes con las señaladas por el propio Consejo.

No obstante, todavía persisten algunas debilidades para cuya corrección se formulan las siguientes recomendaciones:

1. Las CCAA deberían adoptar medidas para reducir la excesiva dispersión normativa mediante la incorporación de los criterios acordados en el Consejo



Territorial de Asuntos Sociales y del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia.

2. Los órganos competentes de las CCAA deberían adoptar las medidas necesarias para dar cumplimiento al plazo máximo de seis meses para dictar la resolución de reconocimiento de las prestaciones derivadas de la situación de dependencia así como para que ese reconocimiento resulte efectivo de forma inmediata así como para la permanente y puntual actualización del SISAAD por la que se regula el Sistema de Información del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia.

3. Las CCAA deberían adoptar las medidas necesarias para que todo usuario del Sistema disponga de un número de identificación personal, único y exclusivo, de carácter permanente.

4. Las CCAA deberán promover las disposiciones normativas que resulten necesarias para dar cumplimiento a lo previsto en el Acuerdo del 10 de julio de 2012 del Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia.

5. Las CCAA deberían adoptar los procedimientos contables necesarios para asegurar el control contable de todo gasto destinado a la atención de la dependencia de forma que todo gasto destinado a la atención de la dependencia esté debidamente identificado a lo largo de su vida por un código único e invariable que lo individualice en el sistema de información contable y posibilite que la memoria integrante de las cuentas anuales ofrezca la correspondiente información.

6. Las CCAA y previo acuerdo con el IMSERSO, deberían establecer un sistema de formación de expedientes electrónicos relativos a la gestión de la dependencia.

7. Las CCAA deben mejorar el control de los supuestos de cesación del derecho a percibir las prestaciones de dependencia implantando controles propios que puedan anticiparse a los efectuados por el IMSERSO.

8. El Consejo Territorial de Servicios Sociales y del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia y las CCAA deberían intensificar las actuaciones y programas formativos que coadyuven de forma eficaz al fomento del empleo en el marco de los servicios de atención a la dependencia.

Reseñas biblográficas

- 1** **Atlas de la crisis. impactos socioeconómicos y territorios vulnerables en España.**
Marta Domínguez Pérez **265**
- 2** **El paradigma de la flexiguridad en las políticas de empleo españolas: un análisis cualitativo.**
Natividad de la Red Vega **269**
- 3** **Europa sin Estados. Unión política en el (des)orden global.**
Alessandro Gentile **273**



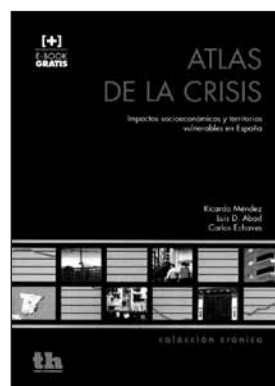


Reseñas bibliográficas

ATLAS DE LA CRISIS. IMPACTOS SOCIOECONÓMICOS Y TERRITORIOS VULNERABLES EN ESPAÑA

MARTA DOMÍNGUEZ PÉREZ

Editorial Tirant Lo Blanc. Colección crónica, Valencia 2015.



Recientemente el Banco de España anunciaba que la crisis del ladrillo estaba llegando a su fin y que crecía el número de hipotecas, la compraventa de viviendas, así como la compra de vivienda por parte de extranjeros (EL Mundo 28 de marzo de 2015). En este marco, se empieza a apreciar socialmente cierta euforia por este final de la crisis y la reactivación económica tomando como indicador la actividad inmobiliaria, una fuerte tentación para los políticos e inversores en sus maltrechas economías y ante las perspectivas de un nuevo desarrollo. Pero este crecimiento tiene otra cara y así en cine se ha estrenado, tomando como marco la crisis inmobiliaria de los años precedentes: “Los fenómenos” (2014) de A. Zarauza donde se hace una reflexión crítica sobre ello. El libro que aquí se presenta quiere hacer también una reflexión sobre los modelos de desarrollo basados en estos supuestos.



En estas décadas anteriores, se ha evidenciado un incremento de las desigualdades económicas y su impacto social, de gran actualidad en gran parte de la literatura académica contemporánea. En esta línea, la obra de Piketty (2013), aunque analizando un más largo periodo histórico, ha tenido un fuerte impacto en la opinión pública generando tanto defensores como detractores, pero no dejando impasible a nadie, con su estudio sobre la desigualdad entre países. Previamente también los estudios de Wilkinson y Pickett (2009) alertaron de la incidencia de las desigualdades internas entre países y su incidencia en los problemas sociales como la salud y el bienestar de la población.

La propuesta de Méndez, Abad y Echaves, que aquí se reseña, se sitúa en la conjunción de estas dos tendencias, crecimiento económico basado intensivamente en lo inmobiliario y la desigualdad creciente y la vulnerabilidad, evidenciando cómo la desigualdad en relación con los modelos de crecimiento, basados en lo que se denomina “cultura del ladrillo”, ha de ser revisada y evaluada para avanzar en sus alternativas. Los distintos modelos de crecimiento económico y social basados bien en la diversidad de la economía o bien en monocultivos más especializados, se han manifestado como opciones por los poderes económicos en determinadas épocas de la historia. Como se indica en el libro, por un lado se cuenta con el modelo que ha apostado por desequilibrio en las finanzas, servicios al consumo, turismo y actividad inmobiliaria; y por otro, el modelo que lo ha hecho por la diversidad productiva, la innovación, los servicios intensivos en conocimiento, etc. Las distintas regiones españolas dan buena cuenta de estas diferencias evidenciando su validez y utilidad ante la crisis.

El libro “Atlas de la crisis” incorpora, para este análisis y evaluación, una variable innovadora y poco estudiada como es la territorial. Ésta permite así adquirir una nueva perspectiva en el análisis y evaluación del impacto de la crisis. Como bien señala el libro “La crisis no es igual para todos-tampoco para los territorios” (pág. 12). En este sentido se añade tanto el análisis de comunidades autónomas como de ciudades, que aporta claridad a éste.

El caso de España también evidencia estas opciones. Concretamente en España, en el periodo de bonanza económica española se apostó por la “economía del ladrillo” y el monocultivo de la construcción, descuidando la inversión en la industria y servicios de mayor valor añadido o bien dejándolos ir. La llamada “cultura del ladrillo” parecía entusiasmar a privados y públicos que veían cómo la economía prosperaba. Es el análisis de estos periodos, sobre todo a partir de la crisis y principalmente considerando la variable territorial a través de las diferencias internas en el territorio español, lo que permite hacer un balance de ello, y lo que posibilita poner de manifiesto qué modelos son más sostenibles y cuáles menos.

De este modo, se nos plantean preguntas como: ¿es sostenible basarse en la construcción solamente?, ¿es deseable?, ¿es mejor diversificar la economía y sus sectores en las regiones españolas?, ¿qué relación tiene con la dimensión social?, ¿se incrementa el paro con la crisis en aquellos espacios que crecían bajo la apuesta por la “cultura del ladrillo”?, ¿existen buenas prácticas de desarrollo económico en cuanto a la apuesta económica en España de las distintas regiones?, ¿qué nos puede enseñar la crisis?, ¿es distinto su impacto sobre los diferentes territorios económicos en función de los modelos que han seguido?, ¿y cual ha sido el impacto de las políticas implementadas?

Esto queda respondido en la obra a través de un modelo explicativo basado en indicadores cuantitativos, desagregados territorialmente y clasificados en tres grupos: sociodemográficos, económicos e inmobiliarios, que si bien no son todos los deseables, como señalan los autores, sí son muchos de los posibles. El análisis de los distintos indicadores arroja una interesante información para evaluar el impacto. Méndez, Abad y Echaves, elaboran además como aporte original, una síntesis de todos ellos en un *índice sintético de vulnerabilidad territorial*. De esta manera pueden visualizarse una serie de mapas y tablas de fácil lectura que pueden servir al lector para su libre interpretación.

Lo que nos aporta este interesante estudio es que en España se han desvelado varias tendencias de desarrollo económico y social; y que mayoritariamente aquellas regiones que apostaron por la “cultura del ladrillo” se han visto más afectadas por la crisis y la vulnerabilidad a partir de ésta. Las regiones y ciudades del mediterráneo que se vieron intensamente afectadas por los desarrollos inmobiliarios económicos durante la etapa de bonanza económica son las áreas que posteriormente más se han visto afectadas por el paro, la vulnerabilidad, los desahucios, etc. evidenciándose una debilidad de este modelo de desarrollo mono funcional. Por el contrario aquellas regiones y ciudades que apostaron por desarrollos más multisectoriales, fortaleciendo la industria y los servicios de alto nivel, y basándose en el conocimiento, más equilibrados y diversificados, y con inversión, etc. se manifestaron mucho menos vulnerables ante la crisis, colocándose en el ranking en las primeras posiciones de buenas prácticas a seguir.

Un aspecto muy reseñable del libro es el del efecto de las “políticas de austeridad”, que han modificado los grupos sociales y los territorios “damnificados” respecto a los que padecieron el estallido inicial de la burbuja inmobiliaria. Por esa razón se ha dividido el periodo analizado en dos subperiodos, con el objetivo de comprobar los cambios -a veces notables- y sobre todo, porque en la segunda fase fueron algunas regiones más “ortodoxas” en la aplicación de la austeridad (como Castilla-La Mancha de forma destacada) y buena parte de las



capitales interiores con mayor peso del empleo público, las que empeoraron su situación de forma más acusada.

Como conclusión, queda desatacar que parece que los modelos económicos monofuncionales no son las mejores opciones para el desarrollo económico sostenible de una región o ciudad, y que por el contrario la diversificación y apuesta por el conocimiento, la innovación, así como por la industria y los servicios de alto valor añadido etc. sería más sostenible frente al desarrollo de la construcción, turismo y otros sectores como monocultivos. De igual forma, se pone en entredicho la bondad o no de estas llamadas “políticas de austeridad” y su fuerte impacto que han de ser evaluadas por sus efectos devastadores.

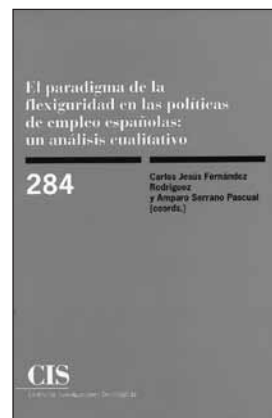
MARTA DOMÍNGUEZ PÉREZ*

*Profesora Contratada Doctora. Departamento de Sociología II, Facultad de CC. Políticas y Sociología. Universidad Complutense de Madrid.

EL PARADIGMA DE LA FLEXIGURIDAD EN LAS POLÍTICAS DE EMPLEO ESPAÑOLAS: UN ANÁLISIS CUALITATIVO

NATIVIDAD DE LA RED VEGA

Centro de Investigaciones Sociológicas, Madrid, 2014.



Estamos ante un amplio libro, desarrollado en equipo, coordinado por Carlos Jesús Fernández Rodríguez y Amparo Serrano Pascual. Además de los coordinadores, nos ofrecen el resultado de sus trabajos, M^a Paz Martín Martín, Francisco José Tovar Martínez y Alba Artiaga Leiras. En conjunto, recogen el fruto de la investigación cuya propuesta mereció la atención y la subvención del Ministerio de Educación y Ciencia y del Ministerio de Trabajo e Inmigración.

El marco analítico en el que se ubica la investigación, viene dado por las políticas sociales de empleo en España, desde el paradigma de la flexiguridad.

Como señalan los autores, la flexiguridad se presenta como una de las innovaciones más destacadas y controvertidas en el combate que se libra en la UE contra el desempleo. Implica un equilibrio entre la seguridad y la flexibilidad en las relaciones laborales que no pueden entenderse desde los principios más tradicionales de oposición o enfrentamiento. Se pretende con ello, tal como se plantea por el Consejo Europeo, en la cumbre de Lisboa (marzo 2000, punto 5^o), dar un impulso a la economía europea. Una economía basada en el conocimiento, capaz de crecer de manera sostenible, con más y mejores empleos y mayor cohesión social. Además, en dicha cumbre, se decide dar contenido a los fines sociales que se recogen en el Tratado de Ámsterdam y en la Agenda Social. Se persigue así, la integración de políticas económicas y sociales, de productividad económica y cohesión social, en términos potencialmente complementarios, como se nos afirma en la introducción de esta obra.

En ese contexto, aunque la noción de la flexiguridad es una invención reciente, las lógicas y representaciones bajo las que se presenta este concepto, se van introduciendo, aunque con más retraso, también en España. Tiene aquí gran importancia, debido a la situación del mercado de trabajo y debido además, a la trayectoria del debate político y social sobre seguridad y flexibilidad en el empleo que, con frecuencia, han discurrido por caminos divergentes o contrapuestos.



Destaca por ello la importancia e interés de las aportaciones, a través de los trece capítulos del libro, que nos ofrecen los autores, sobre un tema actual y crucial, en lo económico y en lo social.

En el primero capítulo, se presenta un análisis genealógico de las nociones que polarizan los debates acerca de la crisis del mercado de trabajo, que pone de manifiesto un progresivo desplazamiento de los objetivos de la intervención pública para que no debilite la autonomía del sujeto y favorezca un proceso de individualización. A su vez resalta la importancia del buen funcionamiento de la economía como condición imprescindible para la cohesión social, para lo que adquiere una importancia clave, el paradigma de la activación como modo de intervención.

El avance del paradigma de la flexiguridad, plantea en el capítulo segundo, no solo un modo de hacer frente a la lucha contra el desempleo, también una cierta concepción de éste y el papel de las instituciones públicas para combatirlo. Ello dependerá mucho de la relación de fuerzas en cada país y en cómo se integran las nociones paradójicas que tienen que ver con la flexibilidad, la activación y la empleabilidad. Porque la “coexistencia de políticas de diversas voces no es el reflejo necesariamente de sus propuestas, sino que pueden convertirse en versiones mono-lógicas de voces asimétricas, en las que unas se imponen y se silencia a las otras” (pp. 78-79).

Desde la perspectiva histórica de la flexiguridad que nos permite detectar la transformación de lo público, se tratan en el capítulo tres, las principales características del mercado de trabajo, de la protección social en España y de la reforma del Estado de Bienestar frente al desempleo. La flexibilidad laboral en España, refleja la herencia de una regulación intervencionista y rígida de las relaciones laborales, que han pasado por sucesivas etapas, con su repercusión en diversas dimensiones: la flexibilidad externa en el empleo temporal, la flexibilidad interna en la relación laboral y la flexibilidad externa con despidos individuales. Todo ello, ha dado lugar a un marco de relaciones laborales flexible, capaz de lograr en breve espacio de tiempo, altas cuotas de desempleo o de empleo.

En la superación de estas dificultades, tendrán que ver los servicios públicos y las nuevas formas de gobernanza, tratados en el capítulo cuatro. Se hace constar en este capítulo, la clara progresión hacia la gestión descentralizada. Una reforma inacabada que requiere de una mayor “modernización” como proceso y objetivo de la misma. Proceso con dificultades derivadas además de la dispersión y los anacronismos normativos.

En la segunda sección y con el capítulo cinco, se presenta la relación existente entre el entramado institucional y el desarrollo de las políticas de empleo,

seguido de la reconstrucción de la evolución legislativa entorno al empleo y al desempleo, que se aborda en los capítulos seis y siete. La progresiva armonización entre flexibilidad y seguridad inciden en el cambio de la responsabilización frente al desempleo y la crisis del trabajo. “Deja de ser el empresario como sujeto colectivo el que tiene que hacerse parcialmente cargo de la situación de desempleo y vulnerabilidad de sus trabajadores y pasa a ser la sociedad como conjunto, la que se responsabiliza de “asegurar” al trabajador” (p. 221).

Nos describen los autores que con la reforma de 2009, el paradigma de la flexibilidad en España, se halla plenamente consolidado y se ha antepuesto a la seguridad. En este escenario plantean que la concepción de un Estado Workfare o de rendimiento, se hubiese impuesto con claridad a un modelo de Estado Welfare (p.277)

Después de tratar la metodología seguida en la fase empírica de la investigación, que se presenta en el capítulo ocho, encontramos en los capítulos nueve y diez el análisis de los testimonios de los diversos actores clave que intervienen en el diseño y desarrollo de las políticas sociales de empleo.

Los tres últimos capítulos, el once, el doce y el trece, se centran en tres estudios de caso de dispositivos sobre la orientación para el empleo. En cada uno de ellos se recogen las dinámicas que se establecen en la práctica con diversas entidades, los procesos de modernización y el reparto de responsabilidades.

En definitiva, se nos muestra en esta obra que, con el avance de la flexibilidad, se desarrolla una óptica sobre la ordenación del empleo, desde un nuevo paradigma del marco regulador del mercado de trabajo, que se aborda teniendo presente los sistemas de seguridad en el modelo de protección social. Afecta por tanto, a todos los trabajadores en el conjunto de las posibilidades del mercado, al conjunto de empleos que se puedan generar, así como a la organización del trabajo y a las relaciones laborales. Afecta igualmente a los empresarios, los agentes sociales y los responsables públicos, en lo referente a la seguridad, tanto en el ámbito del empleo como en el de la protección social de trabajadores, dentro y fuera del mercado de trabajo. Y todo ello, en un contexto en el que el Estado Social está experimentando importantes mutaciones, entre las que se incluye el paso de un Estado soberano a un Estado descentralizado y se incorporan modos de regulación que emanan de la sociedad civil.

Todo ello ha favorecido, la importancia de la participación de los actores en la gestión del sistema de desempleo y en las formas como éstos entienden las políticas de actuación frente a la falta de trabajo.

La rigidez que ha caracterizado la intervención pública, ha sido vista como una de la causas de ineficacia de las políticas de intervención ante los



problemas de los desempleados. El paradigma alternativo de intervención social, puede basarse, bien en la búsqueda de eficacia de las políticas, o bien, en marcos de sentido vinculados con la búsqueda de la justicia social y lucha contra la vulnerabilidad, tanto de desempleados como de trabajadores.

Para que así sea, el tratamiento de la intervención, ha de formar parte de un plan que se elabore de manera específica con los usuarios y, por tanto, no viene definido a priori, sino que se negocia en cada situación. Desde esa modalidad, se amplían los límites personales, familiares, laborales e instrumentales. Se enfatiza así, en la orientación laboral, la importancia del trabajo eficaz desde las posibilidades del desempleado, para lo que se hace necesaria: la promoción de la autonomía y el autogobierno, el fomento de la capacidad de autoanálisis, la motivación y el ajuste de expectativas. Se trata pues de crear condiciones y actitudes para la adaptación, a una economía en constante flujo, mediante el empoderamiento del desempleado.

Estos enfoques “ponen de manifiesto cómo un proceso de progresiva despolitización del trabajo, está siendo acompañado de una dinámica de repolitización de subjetividad del trabajador” (p. 478).

El rigor y profundidad de las aportaciones de los autores, ofrecen una riqueza incuestionable entorno a las políticas de empleo y de protección social. Un libro útil, por tanto, para profesionales, docentes y agentes sociales diversos, implicados en el cambio y en el bienestar social. Las orientaciones que nos presentan los autores, resultan de alta valía, tanto en la modernización de la organización laboral y de los sistemas de seguridad social, como en el aprendizaje y la adaptación permanente de los trabajadores, en particular los más vulnerables, a las exigencias de la evolución y la eficacia de las políticas activas del mercado laboral.

NATIVIDAD DE LA RED VEGA

EUROPA SIN ESTADOS. UNIÓN POLÍTICA EN EL (DES)ORDEN GLOBAL

LUIS MORENO

Los libros de la catarata



El futuro de la Unión Europea no se puede entender sin conocer el origen y la evolución histórica de su proyecto político e institucional. Luis Moreno en su último libro confirma ser un profundo conocedor de las raíces políticas del Viejo Continente, además de un observador atento de las interdependencias que se han desarrollado gracias a la iniciativa y a los compromisos asumidos por los Estados y los pueblos que lo habitan.

A lo largo del texto destaca el rigor teórico y analítico del Profesor Moreno para explicar la complejidad de la Unión Europea como entidad supranacional con su propio modelo de bienestar y sistema de gobernanza. En su exposición el autor complementa las categorías interpretativas sociológicas con las explicaciones politológicas, y fusiona los temas filosóficos y culturales con las referencias técnicas, propias de un lenguaje más afín a la economía y a las finanzas. La heterogeneidad de estos elementos proporciona al lector una perspectiva articulada y precisa, un relato sintético pero exhaustivo sobre un tema de gran debate: la oportunidad y la viabilidad de los Estados Unidos de Europa.

En el siglo pasado la construcción de Europa ha sido posible superando los nacionalismos modernos, aunque no haya logrado conciliar de forma definitiva la diversidad territorial e identitaria a su interior con la unidad de intentos que su proyecto político precisaba desde sus orígenes. Las democracias de los Estados-naciones siguen sometiendo a la integración europea a unas tensiones muy fuertes. El autor explica que estas tensiones se acentúan a partir del “crack de 2007”, cuando se hacen explícitas las amenazas neoliberales al Modelo Social Europeo, es decir a la base común del bienestar, de la solidaridad y de la cohesión social de todos los Estados de la Unión.

El Modelo Social Europeo es el reflejo de un proyecto político comunitario porque procede de la soberanía compartida entre todos los países involucrados. Minar sus bases significa alterar su funcionamiento y por ende su existencia, hasta poner en entredicho la sostenibilidad del propio proyecto europeo. Las desigualdades entre los países deudores y los países acreedores, entre las virtudes del próspero norte continental y las dificultades del sur mediterráneo, en



la actualidad desvelan la debilidad de un modelo social que no consigue ser verdaderamente inclusivo y equitativo. Después de un lustro de grave inestabilidad económica, una de las consecuencias más evidentes de la crisis financiera es el auge euroescéptico de corte populista en muchos estados miembros. Prueba de ello han sido las elecciones europeas de 2014, donde se ha manifestado con fuerza la frustración, el descontento y la desconfianza ciudadana hacia las instituciones de la Unión Europea.

El Profesor Moreno tiene en cuenta las involuciones nacionales (y las derivas nacionalistas) que están poniendo en riesgo el proyecto europeo de cara al inmediato futuro. En su opinión, no se trata únicamente de salir de la crisis y enfrentarse a los retos globales, sino también de plantear una renovación estratégica y duradera para conciliar diversos aspectos estructurales, económicos y etno-territoriales. Esta es la condición para que se vuelva a creer en una Europa justa y cohesionada. Como señala el autor, se trata de una operación de edificación institucional que corresponde el reto originario, y todavía pendiente, de Europa.

La arquitectura institucional del proyecto comunitario constituye el contenido principal que se revisa a lo largo del libro, poniendo al día sus criticidades y sus oportunidades de desarrollo. Se subraya con insistencia la necesidad de definir unas estrategias apropiadas para seguir avanzando en los mecanismos de integración comunitarios a nivel territorial, político y social. Dos principios básicos de la Europeización son la subsidiariedad territorial y la rendición de cuentas democráticas. Ambos influyen de manera determinante en la gobernanza multinivel que inspira la Unión Europea: en el primer caso, se pretende fomentar el reparto de la responsabilidad estratégica y administrativa a distintos niveles de gobierno (local, regional o meso-estatal y estatal) dentro de un marco trasnacional; en el segundo, se insta a una mayor participación ciudadana en las decisiones políticas y sobre todo en el control y en la transparencia de la gestión de la “cosa pública”, evitando la mera preservación (a menudo partidaria y clientelar) en las instancias de poder estatales.

La historia moderna de Europa, y en particular la memoria de los conflictos no muy lejanos en el tiempo que se han sufrido en su territorio, nos recuerda que las poblaciones de este continente han compartido siempre sus destinos, incluso sus pulsiones fraticidas. En este sentido, sabemos que el proyecto europeo no puede darse si no se considera la paz política entre los países de este continente como una pieza inseparable de la paz social entre sus ciudadanos. El surgimiento de los Estados de Bienestar, en sus distintas formas y sustancias en prácticamente toda Europa, es un ejemplo tangible de cohesión y de integración social gracias al consenso democrático alcanzado en la segunda posguerra

mundial entre la aspiración al crecimiento económico y la justicia social regida por la redistribución de la riqueza. El proyecto Europeo se alimentó de la legitimidad compartida alrededor de este consenso hasta los años ochenta.

La globalización liberal y el progresivo desmantelamiento del sistema de bienestar alteró los equilibrios sociales y quebró el equilibrio institucional que se había constituido dentro los países y entre los países: Europa poco a poco ha dejado de reconocerse en una idea de cohesión capaz de dar respuestas a cuestiones estructurales cada vez más profundas y, en consecuencia, ha ido perdiendo credibilidad a los ojos de sus ciudadanos. La situación es aún más complicada si consideramos las insidias especuladoras de los centros financieros sobre la Eurozona y la desigualdad que se ha ampliado con la afirmación del modelo neoliberal, individualista y antisocial, durante las últimas décadas.

La crisis que se ha desatado desde 2007 representa el escenario de una nueva encrucijada en la que se encuentra el proceso de construcción de Europa. El Profesor Moreno utiliza una variedad de informes y de datos para describir el impacto de la crisis en el Modelo Social Europeo, haciendo hincapié en los sistemas neo-esclavista y re-mercantilizador que quieren sustituir a las políticas redistributivas de los “treinta años gloriosos” vividos hasta hace poco. Su argumento principal es que Europa puede salvarse como proyecto político solo si reivindica su papel institucional como oportunidad de paz y de progreso para todos los países que la integran. En su opinión, el antídoto de gobierno más eficiente para lograr este objetivo, para garantizar el protagonismo de los ciudadanos europeos y contra las visiones particularistas de los nacionalismos estatistas (y reaccionarios) es un federalismo regido por los principios de la gobernanza multinivel.

Europa entonces se puede salvar si se reequilibran las distorsiones de la economía con una política más responsable y cercana a unos territorios integrados entre sí. Este planteamiento federal precisa de partidos políticos y de grupos de interés capaces de replantearse sus funciones, dando respiro a una visión compartida y de conjunto.

En consecuencia, se redefinen los conceptos tradicionales de soberanía y de autogobierno que se ceñían a los confines nacionales para extenderlos a un gobierno de tipo extraterritorial.

Por su parte, en este contexto, los ciudadanos deberían aprender a convivir con la naturaleza intrínsecamente policéntrica del Viejo Continente, conciliando su arraigo y su identidad local con una visión más amplia, más solidaria y más participativa, en la cual reconocerse para tener una vida mejor, más próspera y segura.



El proyecto político europeo superará la crisis económica y seguirá su curso si logra reforzar su arquitectura institucional a partir de estas reconfiguraciones conceptuales y estratégicas. Frente al “divide y vencerás” de las fuerzas neoliberales, el Profesor Moreno nos advierte que los países de la Unión saldrán perdiendo si no pasan de una responsabilidad contractual con sus ciudadanos a una soberanía que les compromete hacia el exterior, a un nivel comunitario, en relación con determinados bienes y aspiraciones comunes.

Solo Europa puede salvarse a sí misma en esta encrucijada.

ALESSANDRO GENTILE
Universidad de Zaragoza

La protección social de la dependencia constituye un instrumento para lograr el bienestar y la calidad de vida de las personas en situación de dependencia y, al mismo tiempo, es una forma de inversión social.

Aunque han transcurrido más de ocho años desde la puesta en marcha de la LAPAD, la ley que configuró como un derecho subjetivo de ciudadanía la promoción de la autonomía personal y la atención a las personas en situación de dependencia, no ha conseguido garantizarlo. Existen dificultades tanto en la financiación como en la coordinación entre las administraciones, y preocupan las grandes disparidades, así como las dificultades para establecer un sistema que se base en la equidad social.

Asistimos a la incertidumbre sobre el futuro de la protección social de la dependencia, sobre el SAAD, sobre la gobernanza del sistema, los costes, su financiación y la sostenibilidad, así como sobre el impacto que la LAPAD está teniendo en la sociedad, y en especial entre las personas en riesgo de pobreza o exclusión social. Una realidad que nos hace preguntarnos si la protección de la dependencia es en estos momentos ¿Un pilar de barro?

 **Cáritas**
Española
Editores

ISBN 978-84-8440-614-3



9 788484 406143